

**Klauber
Geraedts
Friedrich
Wasem**

2011

Krankenhaus-Report

**Schwerpunkt:
Qualität durch
Wettbewerb**

mit Online-Zugang



Schattauer

Zugang zum Internetportal des »**Krankenhaus-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 469)

... so geht's:

- Im Internet www.krankenhaus-report-online.de aufrufen
- Anmelden (ggf. vorher registrieren – Sie erhalten per E-Mail Ihre Zugangsdaten zum Internetportal)
- Dann den unten angegebenen Zugangscode freischalten

Ihr Zugangscode: **KHR2011-6633-89Gt4d**

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Krankenhaus- Report 2011

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2011

Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem

Editorial Board

Gerhard Brenner

Saskia Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn

Rolf Hoberg

Hans-Helmut König

Wulf-Dietrich Leber

Markus Lungen

Michael Monka

Günter Neubauer

Dieter Paffrath

Holger Pfaff

Bernt-Peter Robra

Henner Schellschmidt

Barbara Schmidt-Rettig

Rüdiger Strehl

Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Boris Augurzky

Andreas Beivers

Ute Bölt

Simone Burmann

Guido Büscher

Werner de Cruppé

Cheryl L. Damberg

Claus Fahlenbrach

Jörg Friedrich

Max Geraedts

Nejla Gültekin

Antje Haas

Heidemarie Haeske-Seeberg

Günther Heller

Kerstin Heyde

Jürgen Klauber

Volker Koch

Helena Kramer

Wulf-Dietrich Leber

Gregor Leclerque

Markus Lungen

Jürgen Malzahn

Thomas Mansky

Sören Mattke

Ateev Mehrotra

Matthias Mohrmann

Günter Neubauer

Annabelle Neudam

Dieter Paffrath

Torsten Schelhase

Karl-Heinz Schönbach

Matthias Schrappe

Melony E. S. Sorbero

Jutta Spindler

Stephanie S. Teleki

Jürgen Wasem

Christian Wehner

Mit 80 Abbildungen und 56 Tabellen



Schattauer

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Krankenhaus-Report
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2011 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2802-8

Vorwort

Die Qualität der Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen im stationären Sektor muss im Sinne der Patienten das zentrale Anliegen aller Beteiligten im Gesundheitswesen sein. Die in den vergangenen Jahren verfolgte Stärkung wettbewerblicher Aspekte im Gesundheitssystem darf dabei nicht im Gegensatz zu Qualitätssicherung und -verbesserung gesehen werden; vielmehr bildet der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern – geeignete Anreizsysteme vorausgesetzt – einen wichtigen Ansatzpunkt, gute Qualität zu entwickeln und auch zu einem Wettbewerbsvorteil zu machen. Die bereits bestehenden Qualitätsinitiativen unter Beteiligung der Krankenhäuser legen denn auch ein beredtes Zeugnis dafür ab, dass die Kliniken sich intensiv darauf vorbereiten, diese Marktchancen zu nutzen. Vor dem Hintergrund des fallpauschalierten Vergütungssystems konzentrieren sich die Krankenhäuser nicht nur auf die Optimierung betrieblicher Abläufe und die Marktchancen durch sektorale Öffnung, sondern zunehmend auch auf eine hohe Qualität der Leistungserbringung als Wettbewerbsfaktor.

Sowohl die Qualitätssicherung als auch Fragen des Wettbewerbs standen in den vergangenen Jahren immer wieder im Fokus zahlreicher Beiträge des Krankenhaus-Reports. Seit der Ausgabe des Jahres 2004 mit dem Schwerpunkt „Qualitätstransparenz“ ist die Entwicklung deutlich vorangeschritten. Die Einführung der G-DRGs hat die Transparenz stationärer Leistungen stark erhöht und damit nicht nur dem klinikinternen Qualitätsmanagement neue Möglichkeiten eröffnet, sondern vor allem auch neue Impulse für die externe Qualitätssicherung gesetzt, die verstärkt auf Routedaten zurückgreifen kann. So schaffen Qualitätsvergleiche zunehmend Transparenz für Patienten und Einweiser. Perspektivisch können Qualitätsparameter auch verstärkt Eingang in Versorgungsverträge finden. Aus diesem Grund befasst sich der diesjährige Krankenhaus-Report im Rahmen des Schwerpunktes auch damit, qualitätsbezogene Aspekte vertragsfähig und damit vergütungsrelevant werden zu lassen.

Jenseits des Schwerpunktes widmet sich der Krankenhaus-Report – wie in jedem Jahr – weiteren Fragen von besonderer Aktualität und Relevanz. Im Fokus des Diskussionsblocks stehen in diesem Jahr ökonomische Fragestellungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung, zur möglichen Gestalt des zukünftigen Entgeltsystems in der Psychiatrie wie auch zur optionalen Einführung von Investitionspauschalen als Einstieg in die Monistik. Weitere Beiträge sind der sektorübergreifenden Bedarfsplanung sowie der Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen zur Krankenhausplanung in Deutschland gewidmet. Wie üblich umfasst der Krankenhaus-Report einen ausgiebigen statistischen Teil mit Informationen zu Struktur-, Leistungs-, Kosten- und Budgetdaten der Krankenhäuser auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des WIdO.

Wie in jedem Jahr schulden wir den Mitgliedern des Editorial Boards großen Dank für ihre engagierte und kompetente Unterstützung, die vielfältigen Anregungen und die praktische Mitwirkung am diesjährigen Krankenhaus-Report. Ebenso gedankt sei dem Schattauer-Verlag für seine gewohnt professionelle verlegerische Betreuung des Reports.

Zu guter Letzt möchten wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bedanken, insbesondere bei Ursula Mielke, Susanne Sollmann und Dr. Gregor Leclerque für die kompetente Erstellung von Grafiken, Tabellen und Internetportal sowie die redaktionelle Betreuung dieser Veröffentlichung.

Berlin, Essen und Witten, im November 2010

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Inhalt

Teil I Schwerpunktthema: Qualität durch Wettbewerb

1	Qualität durch Wettbewerb	3
	Jürgen Wasem und Max Geraedts	
1.1	Einleitung	4
1.2	Das ökonomische Konzept des Wettbewerbs.	4
1.3	Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Status quo	5
1.4	Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Perspektiven	7
1.5	Qualität durch Wettbewerb?	9
1.6	Fazit	14
1.7	Literatur	15
2	Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland.	19
	Thomas Mansky	
2.1	Einleitung	20
2.2	Technischer Zusammenhang von Qualitäts- und Vergütungs- systemen	21
2.3	Inhaltliche Entwicklung von Qualitäts- und Vergütungssystemen. . .	21
2.4	Verschiedene Ebenen der Qualitätsmessung	23
2.5	Anforderungen an die externe Qualitätsmessung	26
2.6	Qualitätsmessung und selektive Verträge.	31
2.7	Weitere Intensivierung der Qualitätsorientierung	32
2.8	Zusammenfassung	35
2.9	Literatur	35
3	Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburts- gewicht (VLBWs) auf der Basis von Routinedaten	39
	Günther Heller	
3.1	Einführung	39
3.2	Material und Methoden	40
3.3	Ergebnisse	41
3.4	Diskussion	44
3.5	Literatur	46

4	Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten in Deutschland	49
	Günter Heller	
4.1	Einführung	49
4.2	Material und Methoden	50
4.3	Ergebnisse	51
4.4	Diskussion	56
4.5	Literatur	60
5	Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz	61
	Matthias Mohrmann und Volker Koch	
5.1	Einleitung	62
5.2	Der generelle Blick: Das deutsche Gesundheitswesen	62
5.3	Der Krankenhausesektor in Deutschland	64
5.4	Qualitätsunterschiede in der Krankenhausversorgung	68
5.5	Möglichkeiten zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts.	72
5.6	Selektivverträge im Krankenhausbereich	73
5.7	Fazit	78
5.8	Literatur	78
6	Qualität als Wettbewerbsparameter des Krankenhauses	81
	Annabelle Neudam und Heidemarie Haeske-Seeberg	
6.1	Gesundheitssystem und Marktentwicklung	81
6.1.1	Entwicklung des Krankenhausmarktes	81
6.1.2	Herausforderungen des Marktes	82
6.1.3	Systemwechsel und seine Folgen	82
6.2	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	83
6.2.1	Gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung	83
6.2.2	Instrumente des Qualitätsmanagements	83
6.3	Wettbewerb und Erfolgsfaktoren im Krankenhaus	84
6.3.1	Wettbewerb im Krankenhausmarkt	84
6.3.2	Was ist eigentlich Erfolg?	85
6.3.3	Erfolgsfaktor Qualitätsmanagement	85
6.3.4	Werben mit Qualität	87
6.4	Fazit	91
6.5	Literatur	91
7	Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten	93
	Max Geraedts und Werner de Cruppé	
7.1	Einleitung	93
7.2	Freie Krankenhauswahl – die Gesetzeslage	94

7.3	Freie Krankenhauswahl – Epidemiologie	95
7.4	Patientenrelevante Qualitätsinformationen	96
7.5	Quellen für Qualitätsinformationen	99
7.6	Medien für Qualitätsinformationen	100
7.7	Auswahl von Krankenhäusern	100
7.8	Fazit	102
7.9	Literatur	103
8	Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzelleistungsvergütung	105
	Matthias Schrappe und Nejla Gültekin	
8.1	Einleitung	106
8.2	Der Systematische Review des SVR	106
8.3	Entwicklungen und Gefahren	107
8.4	Erfahrungen in Großbritannien	108
8.5	Umsetzungsmodalitäten	110
8.6	Perspektive: Integration in andere Versorgungskonzepte	112
8.7	Literatur	113
9	Pay for Performance im Krankenhaus: Erfahrungen in den USA	117
	Ateev Mehrotra, Cheryl L. Damberg, Melony E.S. Sorbero, Stephanie S. Teleki und Sören Mattke	
9.1	Einleitung	118
9.2	Vorgehensweise	119
9.2.1	Merkmale der drei P4P-Programme für stationäre Krankenhausbehandlung	119
9.2.2	Ergebnisse der veröffentlichten Artikel und methodische Fragen ...	121
9.3	Diskussion	126
9.4	Literatur	129
10	Pay for Performance – Rahmenbedingungen für ein konkretes Modell im Bereich der Endoprothetik	131
	Jürgen Malzahn, Kerstin Heyde und Claus Fahlenbrach	
10.1	Einleitung	131
10.2	Pay for Performance in der stationären Versorgung – Probleme und Lösungen	133
10.3	Qualitätsdefinition im Zusammenhang mit einem P4P-Modell für Hüftendoprothesenimplantation im direktvertraglichen Kontext.	134
10.4	Konkretes P4P-Modell für Hüft-Endoprothesen unter Verwendung des QSR-Verfahrens	135
10.4.1	QSR-Verfahren der AOK	136
10.4.2	Betrachtung indikationsbezogener und anderer Folgekosten bei Patienten mit Hüft-Endoprothesen	137
10.4.3	Datengrundlage und Methoden	137

10.5	Ergebnisse der Datenanalyse	139
10.5.1	Indikationsspezifische Folgekosten	139
10.5.2	Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres	141
10.5.3	Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen	143
10.6	Fazit	145
10.7	Literatur	145

Teil II Zur Diskussion

11	Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen	149
	Günter Neubauer, Andreas Beivers und Dieter Paffrath	
11.1	Ausgangslage: Qualitäts- und Preiswettbewerb sind unteilbar	150
11.2	Status quo: Qualitätswettbewerb bei Einheitspreisen	152
11.3	Der Irrweg des einheitlichen Bundesbasisfallwerts	154
11.4	Ausgestaltungsoptionen des DRG-Systems im Rahmen eines geregelten Preiswettbewerbs	156
11.5	Ausblick: Einbeziehung der Patienten und Versicherten	158
11.6	Literatur	159
12	Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?	161
	Boris Augurzky	
12.1	Einleitung	162
12.2	Derzeitige Finanzierungssituation	162
12.3	Neue Konzepte zur Investitionsfinanzierung	165
12.4	Auswirkungen eines Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung	169
12.5	Fazit	171
12.6	Literatur	172
13	Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	173
	Karl-Heinz Schönbach, Christian Wehner und Jürgen Malzahn	
13.1	Einleitung	174
13.2	Die aktuelle Sicherstellungsplanung als Auslaufmodell?	177
13.2.1	Grundlagen und Wirkung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung	177
13.2.2	Grundlagen und Wirkung der Krankenhausplanung	181
13.3	Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	186
13.3.1	Versorgungspolitische Debatte im Schatten der Finanzreform – Konzepte der Leistungserbringerverbände und der Gesundheitsministerkonferenz	186
13.3.2	Einordnung aus Krankenkassensicht	190
13.4	Fazit	193
13.5	Literatur	194

14	Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen?	
	Ein empirischer Vorschlag	197
	Markus Längen und Guido Büscher	
14.1	Probleme der gegenwärtigen Krankenhausplanung.	197
14.2	Zentrenbildung versus Erreichbarkeit	198
14.3	Annahmen und Alternativen	200
14.4	Methode	202
14.4.1	Beispiel: Ruhrgebiet.	203
14.4.2	Beispiel: Mecklenburg-Vorpommern	204
14.5	Diskussion	205
14.6	Literatur	208
15	Konturen künftiger Psych-Entgelte	209
	Antje Haas und Wulf-Dietrich Leber	
15.1	Gesetzlicher Auftrag 17 d: „DRG reloaded“	210
15.2	Psychiatrie-Vergütung 2008 – Ein Überblick.	212
15.3	Selbstverwaltungsauftrag an das InEK	220
15.4	OPS-Debatten – Der Streit um die richtige Abbildung	223
15.5	Das PIA-Problem	227
15.6	Empirie zur Frage „Tages-, Fall- oder Jahrespauschalen?“	231
15.7	Die nächsten Schritte: Kalkulation, Kodierung und Kodifizierung	234

Teil III Krankenhauspolitische Chronik

16	Krankenhauspolitische Chronik	241
	Simone Burmann	

Teil IV Daten und Analysen

17	Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG.	261
	Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich	
17.1	Einführung	262
17.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009	262
17.3	Allgemeine Budgetentwicklung.	264
17.4	Leistungsentwicklung im DRG-Bereich	267
17.4.1	Leistungsentwicklung nach Partitionen	267
17.4.2	Leistungsentwicklung nach Hauptdiagnosegruppen	269
17.4.3	Leistungsentwicklung nach haupt- und belegärztlicher Erbringung	271
17.5	Preisentwicklung im DRG-Bereich	272

17.5.1	Entwicklung der Basisfallwerte	272
17.5.2	Einfluss des Abschlags Tariferhöhungsrate	273
17.5.3	Einfluss des Pflegesonderprogramms.	274
17.5.4	Einfluss der Konvergenz	274
17.5.5	Einfluss des Mehrleistungsabschlags.	276
17.6	Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse.	277
17.6.1	Umsetzungszeitpunkte	277
17.6.2	Konsequenzen für das reale DRG-Preisniveau (Z-Bax)	279
17.7	Fazit	281
17.8	Anhang	282
17.9	Literatur	282
18	Statistische Krankenhausdaten:	
	Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2008.	285
	Ute Bölt	
18.1	Vorbemerkung	285
18.2	Kennzahlen der Krankenhäuser	286
18.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser	289
18.3.1	Sachliche Ausstattung	290
18.3.2	Angebot nach Fachabteilungen	299
18.3.3	Personal der Krankenhäuser.	304
18.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen.	308
18.4.1	Vollstationäre Behandlungen	309
18.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen.	309
18.4.3	Ambulante Operationen	310
18.5	Psychiatrische Krankenhäuser	311
18.6	Kosten der Krankenhäuser	312
19	Statistische Krankenhausdaten:	
	Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2008	319
	Torsten Schelhase	
19.1	Vorbemerkung	319
19.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten	320
19.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten	324
19.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten.	324
19.3.2	Verweildauer der Patienten	326
19.3.3	Regionale Verteilung der Patienten	328
19.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten.	330
19.4.1	Diagnosen der Patienten.	331
19.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht	334
19.4.3	Verweildauer bei bestimmten Diagnosen.	339
19.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen	342
19.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2008	345
19.6	Ausblick	348

20	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	349
	Jutta Spindler	
20.1	Vorbemerkung	350
20.2	Erläuterungen zur Datenbasis	351
20.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.	352
20.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	356
20.5	Operationen und medizinische Prozeduren	360
20.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	368
20.7	Fallzahlen und Erlöse nach DRGs	375

Teil V Krankenhaus-Directory

21	Krankenhaus-Directory 2009 DRG-Krankenhäuser im letzten Jahr der Budgetkonvergenz	381
	Der Krankenhaus-Report 2011 im Internet.	469
	Autorenverzeichnis	471
	Index	485

This page intentionally left blank

Einführung

Gregor Leclerque und Jürgen Klauber

Die Erhöhung der Markttransparenz und die daraus resultierende Stärkung des Wettbewerbs durch die Einführung des fallpauschalierten Vergütungssystems auf Basis von DRGs hat bei den Krankenhäusern nicht nur zu Rationalisierungsbemühungen geführt, wie beispielsweise im letztjährigen Krankenhaus-Report dokumentiert, sondern gleichzeitig auch ihren Blick für das Markthandeln in möglichen Innovationsfeldern geschärft. Bei fehlendem Preiswettbewerb rücken Art, Menge und Qualität der erbrachten Leistungen zwangsläufig stärker in den Vordergrund. So nutzen die Kliniken Gestaltungsspielräume und Marktchancen, die auf Öffnung bzw. Überwindung der sektoralen Leistungserbringung zielen, seien es Formen der Integrierten Versorgung, die Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren, die Erbringung ambulanter Operationen wie auch die Nutzung weiterer gesetzlicher Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen.

Neben konsequenten Bemühungen um Effizienzsteigerung und der Nutzung von sektorübergreifenden Marktchancen rückt aber auch die Qualität der Leistungserbringung als Wettbewerbsparameter zunehmend in den Fokus der Krankenhäuser. Auch wenn dies bisher unterschiedlich intensiv aufgegriffen wurde, zeigt sich die Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs in mehrfacher Hinsicht schon heute.

Durch Qualitätsvergleiche, u. a. unter Nutzung von Routinedaten, entsteht zunehmend Transparenz für Patienten und Einweiser, die bei der Krankenhausauswahl genutzt werden kann. Indikationsspezifische regionale Klinikführer und im Internet angebotene Portale zum Klinikvergleich spiegeln diese Entwicklung.

Aber auch das klinikinterne Qualitätsmanagement unterliegt einem Wandel – auch hier gewinnen neben dokumentierten Prozessdaten Routinedaten aus der Abrechnung vermehrt an Bedeutung, werden sie doch aufwandsarm generiert und liefern zusätzliche Informationen. Routinedaten der Krankenkassen bieten zudem die Chance, Ergebnisqualität im Follow-up, also über den reinen Krankenhausaufenthalt hinausgehend, beleuchten zu können. Dass die Krankenhäuser Qualität als Wettbewerbsparameter einen wachsenden Stellenwert zuordnen, zeigen nicht zuletzt Qualitätsinitiativen wie beispielsweise die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) oder 4QD-Qualitätskliniken.

Darüber hinaus loten Krankenkassen zunehmend aus, welche Möglichkeiten bestehen, Qualitätsparameter in Versorgungsverträgen zu berücksichtigen, um Versicherten eine möglichst gute, gesicherte Qualität zu einem angemessenen Preis zu bieten. Nicht zuletzt auch vor diesem Hintergrund wurden in der jüngsten Vergangenheit die internationalen Erfahrungen mit Pay-for-Performance-Konzepten verstärkt in Deutschland diskutiert.

Generell wird das gesamte Feld der externen Qualitätssicherung neue Impulse durch die sektorübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfahren. Wachsende Bedeutung sollten die Veränderungen im Bereich der Qualitätstransparenz schließlich auch für die Ausgestaltung einer zukünftigen Bedarfsplanung im Sinne einer (sektorübergreifenden) Versorgungsplanung erlangen können.

Die benannten Entwicklungen der vergangenen Jahre sind Anlass für die Herausgeber des Krankenhaus-Reports, als diesjähriges Schwerpunktthema „Qualität durch Wettbewerb“ vertiefend zu diskutieren. Diverse Beiträge im Diskussionsblock beleuchten aktuelle ökonomische Fragestellungen zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems, der Krankenhausfinanzierung sowie der Bedarfsplanung.

Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb

Qualität durch Wettbewerb

Soll der Wettbewerb zu einer verbesserten Qualität von Krankenhausleistungen führen, stellt sich für die Ökonomen zunächst die Frage nach dem stimmigen Marktmodell. Vor dem Hintergrund der Dominanz korporativer Strukturen und staatlicher Administration wird Wettbewerb in der Krankenhausversorgung bisher im Wesentlichen auf dem Behandlungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Patienten gesehen, während ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Verträge mit Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt (Vertragswettbewerb) bisher noch kaum greift. Unabhängig von der zukünftigen politischen Gewichtung der relativen Entwicklung des Wettbewerbs auf beiden Märkten ist für einen Wettbewerb um Qualität wesentlich, dass Informationsasymmetrien zwischen Patient und Leistungserbringer bzw. Krankenkasse und Leistungserbringer überwunden werden. Hier wird insbesondere bezogen auf den Behandlungsmarkt noch eine deutliche Verbesserung der Anpassung von Transparenzinstrumenten an den Nutzerbedarf als notwendig erachtet. Handlungsbedarf wird aber auch noch hinsichtlich der Schaffung ordnungspolitisch stimmiger Anreizstrukturen für einen funktionierenden qualitätsorientierten Vertragswettbewerb gesehen. (*Beitrag Wasem/Geraedts*)

Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland

Mit der Einführung der G-DRGs hat auch die Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland einen substanziellen Wandel erfahren. Bisherige, stärker prozessorientierte und aufwändige Verfahren können durch aufwandsarme, Routinedaten-basierte Möglichkeiten ergänzt werden, die auch den Blick auf mittel- und langfristige Ergebnisse jenseits des Krankenhausaufenthaltes in sektorübergreifender Sicht eröffnen. Mit dem Routinedatenzugang entfällt zugleich das bisherige Anbietermonopol bezüglich der Qualitätsmessung. Die wachsenden und perspektivischen neuen Einsatzbereiche der Qualitätsindikatoren – neben der Verbesserung des klinikinternen Qualitätsmanagements die Einbindung in einzelvertragliche Vergütungskonstrukte und möglicherweise auch die Berücksichtigung im kollektivvertraglichen Vergütungssystem – stellen neben der medizinischen Bedeutung zusätzliche Anforderungen an ihre Aussagekraft und Manipulationsresistenz. (*Beitrag Manky*)

Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) auf der Basis von Routinedaten

Die vorliegende Analyse zeigt am Beispiel von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht die Tragweite eines Instrumentariums auf Basis von Routinedaten. Es wird gezeigt, dass die Ermittlung von risikoadjustierten Sterblich-

keiten für VLBWs sinnvoll möglich ist, die Ergebnisse sich hinsichtlich Aussagekraft und Verlässlichkeit an publizierten Studien messen lassen. Damit könne das Verfahren eine Alternative bzw. eine Ergänzung zum bestehenden Verfahren der Ergebnisberichterstattung bilden, dem ein erheblicher Reporting Bias bescheinigt wird. (*Beitrag Heller*)

Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten in Deutschland

Endoprothesenregister, deren Fehlen in Deutschland schon länger bemängelt wurde, haben die Aufgabe, die Standzeiten und langfristigen Wirkungen der Implantation einer Prothese zu erfassen. Jüngst wurde das AQUA-Institut mit der Einrichtung eines solchen Registers beauftragt. Dabei lässt sich zeigen, dass bereits heute die Lebensdauer von beispielsweise Hüft-Endoprothesen auf Basis von Routinedaten aus der Abrechnung analysiert werden kann. So betrug die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Endoprothesen rd. 95%. Unterschiede zeigen sich hierbei nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch je nach Prothesentyp und der Art der Fixation am Knochengewebe. Auch Begleiterkrankungen, beispielsweise Diabetes, zeigen einen merklichen Einfluss auf die Lebenszeit der Endoprothese. (*Beitrag Heller*)

Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz

Internationale Vergleiche verweisen immer wieder darauf, dass das deutsche Gesundheitssystem bei relativ hohen Ausgaben nur mittlere Ergebnisse liefert. Dabei zeigen sich beispielsweise auf Basis der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) durchaus deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern. Angesichts bestehender Überkapazitäten in der stationären Versorgung wäre es eigentlich naheliegend, die Versorgung in Form einer Positivauswahl stärker auf Kliniken mit guter und überdurchschnittlicher Qualität zu konzentrieren. Tatsächlich bestehen hierfür auf Grundlage des geltenden Rechts keine oder nur geringe Umsetzungschancen, sei es in der Krankenhausplanung, den Budgetverhandlungen oder den bisherigen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung. Selektivverträge könnten hier Abhilfe schaffen. Diese sind so auszugestalten und einzusetzen, dass sie nicht als Sparmaßnahme daherkommen, sondern auf Qualitätsverbesserung in der Versorgung zielen. Können hierdurch Folgebehandlungen verringert werden, so werden Effizienzreserven automatisch ausgeschöpft – ganz zu schweigen davon, dass unnötiges Leid der Patienten vermieden wird. (*Beitrag Mohrmann/Koch*)

Qualität als Wettbewerbsparameter des Krankenhauses

In der jüngeren Vergangenheit hat der Wettbewerbsdruck auf die Krankenhäuser zugenommen. Für die Kliniken bedeutet dies freilich nicht nur die Notwendigkeit, sich am Markt zu behaupten, sondern auch die Möglichkeit, durch ein eigenständiges Profil ihre Marktchancen zu verbessern. Unter diesen Gesichtspunkten sind Qualitätsüberlegungen nicht nur – wie mitunter verkürzend dargestellt – Kostenfaktoren; sie stellen vielmehr einen wichtigen Wettbewerbsparameter für die Krankenhäuser dar. Der Ausweis guter Qualität ist ein zentrales Marketinginstrument in einem Wirtschaftssektor, in dem hohe Qualitätsstandards für die Kunden von dominanter Bedeutung sind. Doch darüber hinaus bildet die Prozessoptimierung mit dem

Ziel der Qualitätsverbesserung auch einen Ansatzpunkt für betriebswirtschaftliche Verbesserungen und Kundenbindung. Somit kann Qualitätsmanagement tatsächlich auch zum Ausgangspunkt von Effizienzsteigerung und Kosteneinsparungen werden. (*Beitrag Neudam/Haeske-Seeberg*)

Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten

Ungeachtet der restriktiveren rechtlichen Vorgaben und der Notaufnahmen haben Krankenhauspatienten in der Regel die Möglichkeit, ein Krankenhaus für einen bevorstehenden Eingriff frei zu wählen. Angesichts dieses Umstands stellt sich die Frage, wie und wo sich die Versicherten über ein Krankenhaus informieren und welche Kriterien hierbei im Vordergrund stehen. Insbesondere ist von Interesse, welchen Stellenwert in diesem Zusammenhang der – wahrgenommenen – Qualität des Krankenhauses beigemessen wird. Sich über die Qualität eines Krankenhauses und der dort erbrachten Leistung, oftmals in Hinblick auf eine bestimmte Diagnose, zu informieren, ist für die Versicherten mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit ihren umfassenden Informationen werden dieser Nachfrage nur bedingt gerecht. Nach wie vor lässt sich eine deutliche Lücke zwischen der grundsätzlich zugänglichen Information und ihrer Rezeption seitens der Versicherten konstatieren. Neue Angebote vergleichender Qualitätsinformation können ggf. zukünftig den Entscheidungsprozess besser unterstützen. (*Beitrag Geraeds/de Cruppé*)

Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzelleistungsvergütung

Die Vergütung im G-DRG-System richtet sich nach der erbrachten Leistungsmenge; Qualitätsaspekte werden nicht explizit berücksichtigt. In den vergangenen Jahren sah man einen Kardinalweg zur Verbesserung der Qualität daher in der Einführung qualitätsbezogener Vergütungskomponenten. Unter Rückgriff auf internationale Erfahrungen, beispielsweise aus Großbritannien und den USA, lässt sich allerdings feststellen, dass dieser Weg nicht so einfach beschritten werden kann wie zunächst erhofft. Insbesondere die in den letzten Jahren erschienenen langfristigen Evaluationen werfen einige Fragezeichen auf. Für die weitere Entwicklung wird es entscheidend darauf ankommen, wie ein P4P-Modell konkret ausgestaltet und umgesetzt wird und wie es mit den sonstigen Gegebenheiten des Gesundheitswesens interagiert. Insbesondere wichtig erscheint die Spezifizierung der finanziellen Anreize, die nicht in Einzelleistungsvergütung übergehen sollten. (*Beitrag Schrappe/Gültekin*)

Pay for Performance im Krankenhaus: Erfahrungen in den USA

Systematische Analysen zu Pay-for-Performance-Programmen im stationären Bereich sind Mangelware. Bezogen auf die USA existierten zur Jahresmitte 2007 nur acht entsprechende Untersuchungen in Zeitschriften mit Peer Review. Bei den meisten hiervon fehlte eine Kontrollgruppe, sodass sich die Auswirkungen von P4P nicht eindeutig von einer allgemeinen, im Zeitverlauf stattfindenden Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern separieren lassen. Einige wenige aussagekräftige Studien, die sich vor allem auf klinische Prozessqualität konzentrieren, verweisen auf eine um einige Prozentpunkte bessere Qualität gegenüber vergleichbaren Kran-

kenhäusern. Freilich bestehen aber auch hier zahlreiche offene Fragen; weitere systematisch evaluierende Studien erscheinen wünschenswert und notwendig. (*Beitrag Mehrotra/Damberg/Sorbero/Teleki/Mattke*)

Pay for Performance – Rahmenbedingungen für ein Modell im Bereich Endoprothetik

Pay for performance (P4P) hat viele Gesichter. Als sinnvoller Ansatz für die Implementierung von P4P-Programmen erscheint in erster Linie das Aufsetzen auf nachgewiesener Ergebnisqualität. Spielräume für Vergütungsanreize ergeben sich dort, wo eine bessere Ergebnisqualität nachweisbar mit vermiedenen Folgekosten einhergeht. Voraussetzung für die Umsetzung eines derartigen P4P-Programms ist, dass eine sichere und manipulationsresistente Messung von Ergebnisqualität möglich ist. Es bietet sich an, hierzu auf das Verfahren Qualitätsmessung mit Routinedaten (QSR) zurückzugreifen. Auf Basis des QSR-Verfahrens zur Hüft-Endoprothesenimplantation (Hüft-EP) wird exemplarisch der Nachweis geführt, dass überdurchschnittliche Qualität bei der Hüft-EP mit unterdurchschnittlichen Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres einhergeht und Pflegestufen weniger häufig erhöht werden. Damit ist ein Weg für die Implementierung von P4P skizziert. Wenn selektive Vertragskonstrukte möglich sind, die es erlauben, stärker Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität zu belegen, könnten die resultierenden Einsparungen teilweise über einen qualitätsabhängigen Vergütungszuschlag an die Krankenhäuser zurückgegeben werden und würden auf diese Weise einen korrespondierenden betriebswirtschaftlichen Anreiz setzen. (*Beitrag Malzahn/Heyde/Fahlenbrach*)

Zur Diskussion

Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen

Das deutsche Gesundheitssystem ist in hohem Maße reguliert; dies gilt insbesondere auch für die Preisbildung bei Krankenhausleistungen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat sich diese Tendenz durch die Ausrichtung auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert für die Vergütung von Krankenhausleistungen noch verstärkt. Der Verzicht auf Preissteuerung führe heute zur Fehlallokation knapper Ressourcen, der Wettbewerb werde auf einen Innovations- und Qualitätswettbewerb mit dem Ziel der Mengenausweitung reduziert. Aus ordnungstheoretischer Sicht wird die Notwendigkeit differenzierter Preise postuliert, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen. Wenn überhaupt, sollten staatliche Preise Richtpreise sein. Es gelte, Wettbewerb nicht zu teilen, sondern einen echten Preis-Leistungs-Wettbewerb zu implementieren. (*Beitrag Neubauer/Beivers/Paffrath*)

Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?

Die Diskussion um die Investitionsfinanzierung und die bestehenden Verwerfungen durch den Dualismus von Investitionsfinanzierung durch die Länder und Betriebsmittelbereitstellung durch die Krankenkassen ist ein ordnungspolitischer Dauerbrenner. Nicht nur, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkommen, auch zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Art und Höhe der Investitionsförderung, die ein Krankenhaus erhält, und seinem wirtschaftlichen Erfolg.

Auch wenn eine echte monistische Finanzierung als politisch nicht umsetzbar angesehen wird, lässt sich der Weg für einen weitgehenden praktischen Einstieg in die Monistik skizzieren. Mit Investitionspauschalen, die ab 2012 von den Bundesländern eingeführt werden können und bei denen je DRG ein bestimmter (relativer) Investitionsbedarf bundesweit festgelegt wird, kann die Investitionsförderung zunächst auf der Landesebene auf eine für alle Krankenhäuser planbare Größe mit Leistungsbezug umgestellt werden. Neben dieser regionalen Quasi-Monistik könnten in einem zweiten Schritt auf der Basis des Landes mit der geringsten Förderung je Fall rd. drei Viertel der Investitionspauschale auf die Krankenkassen übertragen werden. Dies wäre ein noch deutlicherer Schritt hin zur Monistik, wobei allerdings noch zu klären ist, wie der GKV-PKV-Dualismus berücksichtigt wird. (*Beitrag Augurzky*)

Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Parallel zur laufenden Finanzierungsdiskussion in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden verstärkt Fragen der Sicherstellung diskutiert. Für den stationären Sektor werden von den Krankenhäusern nicht besetzbare Arztstellen bemängelt, auf der anderen Seite verweisen die internationalen Vergleichsdaten nach wie vor auf eine hohe Bettendichte mit Unterauslastung, der Abbau von Überkapazitäten kommt vergleichsweise langsam voran. Im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung findet sich ebenfalls eine im internationalen Vergleich üppige Ausstattung, gleichwohl bestehen Strukturprobleme. Während in vielen Bedarfsplanungsregionen bei den meisten Arztgruppen eine Überversorgung besteht, gibt es auch ländliche Gebiete mit rückläufigen Bevölkerungszahlen, in denen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist. Sind sich die Akteure auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger noch weitgehend darin einig, die Einführung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung zu fordern, die sich am tatsächlichen Leistungsbedarf orientiert, so variieren die konkreteren konzeptionellen Vorstellungen massiv, wenn es darum geht, wer in welchem Umfang die Sicherstellung wahrnimmt, inwieweit tatsächlich Sektorgrenzen in der Versorgung überwunden werden, in welchem Umfang echter Vertragswettbewerb mit Lockerung des Kontrahierungszwangs zugelassen wird und wie die Ausgestaltung der Anreizsetzungen auf der Vergütungsseite erfolgt. (*Beitrag Schönbach/Wehner/Malzahn*)

Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen? Ein methodischer Vorschlag zur Optimierung der Erreichbarkeit

Die heutige gesetzliche Bedarfsplanung im Krankenhaussektor basiert auf der Fortschreibung vergangenheitsbezogener Werte. Dabei finden Qualitätsaspekte, Fragen der Erreichbarkeit etc. kaum Berücksichtigung. Der vorliegende Beitrag skizziert ein erstes Modell, das auf den empirischen Daten über die räumliche Inanspruchnahme von stationären Leistungen basiert. Vorgestellt wird das Modell anhand von zwei regionalen Beispielen, dem Ruhrgebiet und dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Mit Blick auf die Nichtüberschreitung bestimmter Wegezeiten werden in diesem Modell algorithmisch versorgungsnotwendige Krankenhausstandorte bestimmt. Eine derartige Modellbildung bezogen auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern kann grundsätzlich um weitere Parameter, z. B. Qualitäts-, Sicherstel-

lungs- oder Wettbewerbsvorgaben, ergänzt werden – je nach den zu setzenden normativen Zielsetzungen der Planung. Aufgezeigt wird mit dieser ersten Modellbildung, wie die Krankenhausplanung grundsätzlich auf eine neue methodische Grundlage gestellt werden kann. (*Beitrag Längen/Büscher*)

Konturen künftiger Psych-Entgelte

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist der Auftrag zur Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische Leistungen ergangen. Die Vorgehensweise bei dieser Entwicklung wie auch die bereits festgelegten Grundzüge des Systems selbst weisen deutliche Parallelen zur Einführung des G-DRG-Systems auf, auch wenn Tages- statt Fallpauschalen vergütet werden sollen. Als substantieller Streitpunkt hat sich bisher vor allem die Erweiterung des Prozedurenschlüssels (OPS) durch das DIMDI erwiesen. Die bestehenden OPS sind deutlich inputorientiert, eine ergebnisbezogene Definition kommt dabei zu kurz. Ein Entgeltsystem auf dieser Grundlage liefe Gefahr, einen Anreiz zu einer Inputmaximierung zu setzen. Ebenso spielt – anders als im Fallpauschalensystem für den somatischen Bereich – der Zeitbezug in der Psychiatrie eine große Rolle. Hier bietet sich möglicherweise an, die Entgelte auf den bei psychiatrischen Behandlungen feststellbaren Wochenrhythmus zu beziehen. Die anstehenden Entwicklungsschritte im Bereich der Kodierung und Kalkulation werden die Transparenz des psychiatrischen Leistungsgeschehens deutlich verbessern. Parallel wird die ordnungspolitische Debatte zum Vergütungsrahmen einsetzen. (*Beitrag Haas/Leber*)

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist eine ganze Reihe von Regelungen wirksam geworden, die Auswirkungen auf die Krankenhausbudgets haben. Tatsächlich sind die Budgets zwischen 2008 und 2009 stark angewachsen, was direkt auf eine Reihe von Maßnahmen im Rahmen des KHRG zurückgeführt werden kann. Aber auch in anderer Hinsicht hatte das KHRG Einfluss auf die Krankenhausfinanzierung, denn das späte Inkrafttreten und die weiten Interpretationsspielräume der Regelungen haben eine prospektive Verhandlungsführung behindert. 2009 wurden Vereinbarungen dementsprechend deutlich später geschlossen als im Jahr zuvor. Um die sich abzeichnenden Budgetsteigerungen abzumildern, hat der Gesetzgeber im Nachgang zum KHRG eine Reihe von begrenzenden Maßnahmen erlassen. Diese waren allerdings auf das Jahr 2009 beschränkt. Da die Regelungen des KHRG fortwirken, ist die Tendenz zur Budgetausweitung nur vorübergehend gebremst. (*Beitrag Kramer/Leclerque/Friedrich*)

Wie gewohnt beinhaltet der Krankenhaus-Report auch in diesem Jahr wieder die **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Burmann*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich und schreibt damit die Chronik aus den vorangegangenen Ausgaben des Reports fort. Die vollständige Chronik seit dem Jahr 2000 ist über das Internetportal verfügbar.

Der Teil „Daten und Analysen“ enthält wie in jedem Jahr **Beiträge auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes**. Diese Beiträge geben zum einen einen fundierten Überblick über die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser (*Beitrag*

Böhl). Darüber hinaus wird sowohl auf Basis der Diagnosestatistik der Krankenhäuser (*Beitrag Schelhase*) als auch basierend auf der fallpauschalenbezogenen Statistik nach § 21 KHEntgG (*Beitrag Spindler*) die Entwicklung der Diagnosen und Prozeduren in den vergangenen Jahren nachgezeichnet.

Das **Krankenhaus-Directory** verzeichnet in diesem Jahr neben Eckdaten aus den Budgetvereinbarungen auch Informationen zur Qualität von Behandlungsergebnissen für drei Leistungsbereiche der Endoprothetik auf der Basis des QSR-Verfahrens (Qualitätssicherung mit Routinedaten). Dargestellt werden so Grunddaten, Leistungsmengen, Preise und Qualitätsparameter für insgesamt rd. 1 600 Krankenhäuser.

Teil I Schwerpunktthema:

Qualität durch Wettbewerb

(Kapitel 1–10)

This page intentionally left blank

Jürgen Wasem und Max Geraedts

Abstract

Vom Wettbewerb erwarten sich die Ökonomen einen Beitrag zu einer effizienten, den Bedürfnissen der Nachfrager entsprechenden Versorgung mit Gütern und Diensten und eine leistungsgerechte Verteilung der Ressourcen. Im Vergleich zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft wird das Gesundheitswesen überwiegend nicht über wettbewerbliche Mechanismen gesteuert, vielmehr dominieren korporative Koordination und staatliche Administration. In der Krankenhausversorgung besteht gegenwärtig Wettbewerb insbesondere auf dem Behandlungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Patienten und ihre einweisenden Ärzte. Hingegen besteht kaum Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Verträge mit Krankenkassen („Vertragswettbewerb“). Politisch werden sowohl Modelle zur Stärkung des Wettbewerbs auf dem Behandlungsmarkt als auch Konzepte zum Ausbau des Vertragswettbewerbs diskutiert. Damit der Wettbewerb auch um Qualität geführt werden kann, ist in beiden „Welten“ erforderlich, dass die bestehende Informationsasymmetrie zwischen den Leistungsanbietern und den Kunden überwunden wird. Dazu ist erforderlich, dass Qualitätsinformationen an den Bedarf der Nutzer angepasst werden. Erforderlich ist allerdings auch, dass das Qualitätsargument in den Entscheidungskalkülen der Akteure einen hinreichenden Stellenwert im Vergleich zu den anderen entscheidungsrelevanten Parametern einnimmt. Dazu müssen auch regulative Voraussetzungen geschaffen werden.

Economists expect that competition helps to achieve an efficient provision of goods and services corresponding to the needs of the customers and a performance-based allocation of resources. Compared to many other areas of the economy, health care is not primarily controlled via competitive mechanisms, but rather dominated by corporate coordination and government administration. In hospital care, competition primarily exists between hospitals and their admitting physicians on the market for treating patients. However, there is little competition on the performance market between hospitals to contract with health insurance funds („managed competition“). Politically, models for strengthening competition in the treatment market as well as concepts for the development of managed competition are discussed. In order to achieve a competition for quality, the existing informational asymmetry between service providers and customers must be overcome in both „worlds“. This requires that quality information is tailored to the needs of the users. Apart from that, it is important that in the decisions of the actors quality is given sufficient priority compared to other parameters relevant for decision-making. This calls for a suitable regulatory framework.

1.1 Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ist Wettbewerb einer der zentralen Begriffe in den gesundheitspolitischen Diskursen geworden. Eine genauere Analyse zeigt allerdings rasch, dass hiermit bisweilen sehr unterschiedliche Konzepte verbunden sind. Entsprechend verschieden sind auch die praktischen Konsequenzen, die zur „Stärkung des Wettbewerbs“ gefordert werden. Qualität wird regelmäßig als eines der Ziele angegeben, die mit Wettbewerb verfolgt werden sollen. Der Link vom Wettbewerb zur Qualität bleibt dabei allerdings häufig unklar.

In diesem Beitrag werden wir nach knappen grundsätzlichen Vorüberlegungen zum ökonomischen Konzept des Wettbewerbs seine Verortung in den Steuerungsbezügen des Gesundheitssystems und insbesondere der Krankenhausversorgung im Status quo und in möglichen Reformmodellen untersuchen. Anschließend wollen wir der Frage nachgehen, welche Rolle Qualität in diesen Wettbewerbskonzepten spielt. Schließlich wollen wir der zentralen Frage nach der Rolle von Informationen im Wettbewerb um Qualität nachgehen.

1.2 Das ökonomische Konzept des Wettbewerbs

„Competition is a rivalry between individuals (or groups or nations), and it arises whenever two parties strive for something that all cannot obtain.“ (Stigler 1987, S. 531)

Wettbewerb ist zwar ein in der Ökonomie häufig verwendeter Begriff, jedoch ist damit keineswegs ein einheitliches Konzept verbunden. Den gemeinsamen Nenner drückt die Definition des US-Ökonomen und Nobelpreisträgers George Stigler aus: Es liegt eine Situation einer Rivalität vor, in der die Kontrahenten (Wettbewerber) um Ressourcen miteinander ringen, die knapp sind, sodass nicht alle (im gewollten Maß) daran teilhaben können. Insbesondere bezieht sich das Konzept in ökonomischer Perspektive auf die Austauschsituation zwischen Anbietern und Nachfragern nach Gütern und Produkten: Anbieter stehen in der Erstellung von Gütern oder Diensten untereinander in Konkurrenz um die knappen Ressourcen der Nachfrager; umgekehrt stehen die Nachfrager untereinander in Konkurrenz um die von den Produzenten angebotenen Leistungen.

Vom Wettbewerb erwarten sich die Ökonomen einen Beitrag zu einer effizienten, den Bedürfnissen der Nachfrager entsprechenden Versorgung mit Gütern und Diensten und eine leistungsgerechte Verteilung der Ressourcen (Knieps 2007, 4ff.):

- Effizienz soll dadurch erreicht werden, dass die Anbieter sich um einen möglichst wirtschaftlichen Einsatz der Produktionsfaktoren bemühen. Bei gegebener Qualität wird die möglichst kostengünstigste Form der Produktion realisiert. Dazu werden die Anbieter den technischen und organisatorischen Fortschritt für Innovationen im Produktionsprozess nutzen. Ineffizienten Anbietern entziehen die Nachfrager ihre Gunst, so dass sie aus dem Wettbewerb ausscheiden.

- Es können sich diejenigen Anbieter durchsetzen, denen es am besten gelingt, sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrager zu orientieren. Werden Güter und Dienste höherer Qualität zu höheren Kosten produziert, werden bei heterogenen Präferenzen der Nachfrager unterschiedliche Preis-Qualitäts-Kombinationen angeboten. Auch bei der Orientierung an den Präferenzen der Nachfrager kommt dem technischen Fortschritt und der ihm innewohnenden Dynamik eine wichtige Rolle zu.
- Da leistungsfähige Anbieter zum Zuge kommen, die Güter und Dienste anbieten, die den Präferenzen der Nachfrager entsprechen, können diese Anbieter Umsätze und Einkommen erzielen. Konkurrierende Anbieter, denen dies nicht gelingt, gehen hingegen leer aus. Die Verteilung der Einkommen bei den Anbietern korreliert daher mit ihrer Leistungsfähigkeit mit Blick auf die Präferenzen der Nachfrager.

Wenngleich Ökonomen sich vom Wettbewerb Beiträge zu einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Güterversorgung erwarten, wird er im Allgemeinen als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess verstanden.

1.3 Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Status quo

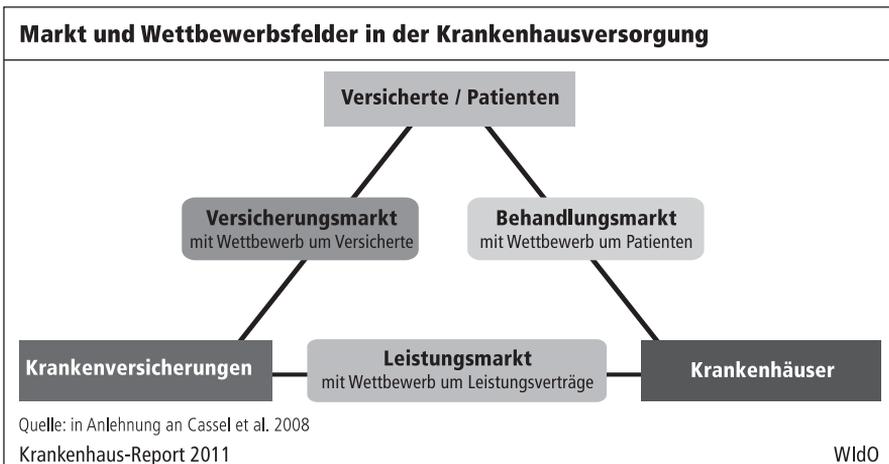
Im Vergleich zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft ist das Gesundheitswesen in den meisten westlichen Industriegesellschaften traditionell überwiegend nicht über wettbewerbliche Mechanismen gesteuert worden. Die historischen Gründe für diese ubiquitäre Feststellung sind vielfältig. Ökonomische Erklärungsversuche, warum Gesundheitsversorgung ein „besonderes Gut“ sei (Culyer 1971; McGuire et al. 1988; Wasem 1993; Wasem et al. 2010) und warum die wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen allgemein oder im Krankenhausbereich im Besonderen (Wasem et al. 2010) wenig tauglich ist, können sie nur begrenzt erklären, zumindest ergänzend müssen politikwissenschaftliche Ansätze (Alber und Bernardi-Schenkluhn 1992) herangezogen werden.

Auch in (West-)Deutschland waren und sind korporative Koordination und staatliche Administration gegenüber dem wettbewerblichen Ansatz vorherrschende Steuerungsmechanismen (Wille 1999). Dies gilt insbesondere für den Bereich der Krankenhausversorgung, der spätestens seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 als „planwirtschaftlicher Entwurf“ (Neubauer 2010) anzusehen ist: Für die allermeisten Krankenhäuser, insbesondere sofern sie Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen wollen, gilt, dass sie in einen staatlichen Angebotsplan eingebunden sind, der ihre Entscheidungsfreiheiten hinsichtlich Standort, Leistungsbreite, Bettenzahl deutlich beschränkt. Investitionen sollen – so zumindest der Ansatz – über staatlich vorgegebene und finanzierte Investitionspläne erfolgen. Auch das Entgeltsystem ist staatlich vorgegeben, orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten der Produktion von Krankenhausleistungen und tendiert in Richtung eines bundesweiten Einheitspreissystems (vgl. dazu auch den Beitrag von Neubauer et al. in diesem Band).

Umgekehrt gilt für die Krankenkassen als Finanzierungsträger der Krankenhausversorgung ihrer Versicherten, dass sie die Ergebnisse der staatlichen Krankenhausplanung weitgehend gegen sich gelten lassen müssen: Die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes gilt als Abschluss eines Versorgungsvertrages, den die Kassen wegen Vetomöglichkeiten der Bundesländer faktisch nicht kündigen können (Stollmann 2010). Sie verfügen über begrenzte Möglichkeiten, in dem von der Krankenhausplanung gesetzten Rahmen Leistungsspektrum und -mengen der Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen zu beeinflussen. Auch sind sie dem staatlich vorgegebenen Entgeltsystem unterworfen, können also nur in dessen Rahmen begrenzt Preise beeinflussen. Einzelverträge können mit Krankenhäusern im Rahmen der Integrierten Versorgung und von Disease Management Programmen geschlossen werden, ohne dass dadurch die Position von Krankenhäusern im Bedarfsplanungsmechanismus und die Kostenübernahmeverpflichtung in der Regelversorgung berührt würde.

Gleichwohl besteht auch gegenwärtig in der Krankenhausversorgung in begrenztem Umfang Wettbewerb. Abbildung 1–1 macht die Dimensionen deutlich, in denen grundsätzlich Wettbewerb in der Krankenhausversorgung vorstellbar wäre. Gegenwärtig stellen wir insbesondere auf dem Behandlungsmarkt Wettbewerb fest: Angesichts deutlicher Überkapazitäten und weiter rückläufiger Verweildauern wetteifern die Krankenhäuser um Patienten – indem sie diese selber, aber über Einweiser-Marketing auch deren behandelnde niedergelassene Ärzte umwerben. Da der Wettbewerbsparameter Preis gegenüber dem Patienten trotz der rechtlich vorgesehenen Mehrkostenregelung bei Wahl eines anderen als des in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses (dazu: Sichert 2010) – die bei landesweit einheitlichen Basisfallwerten allerdings zunehmend auch formal leer läuft – faktisch keine Rolle spielt, konzentrieren sich die Krankenhäuser in ihrer Patientenwerbung offenbar insbesondere auf von diesen wahrnehmbare Aktionsparameter der Servicequalität. Die Krankenkassen haben allerdings „Lotsen-Systeme“ auf der Basis der gesetzlichen Qualitätsberichte entwickelt, mit denen sie die Patienten zur Unterstüt-

Abbildung 1–1



zung der Krankenhauswahlentscheidung auch über Qualitätsparameter der medizinischen Versorgung unterrichten wollen (vergl. dazu auch den Beitrag von Geraedts und de Cruppé in diesem Band).

Diese Instrumente können auch vom niedergelassenen Arzt bei seiner Krankenhauseinweisung genutzt werden. Auch für den Arzt spielen ökonomische Überlegungen allenfalls insoweit eine Rolle, als er möglicherweise mit einem Krankenhaus über einen Kooperationsvertrag zur Erbringung des Krankenhausaufenthalts vorbereitender Leistungen verbunden ist (Bohle 2010), wobei Qualitätsaspekte in der Auswahlentscheidung bedeutsam sein können.

1.4 Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Perspektiven

In der gesundheitspolitischen Debatte ist die explizite oder implizite Forderung nach Stärkung des Wettbewerbs populär – dieser wird allerdings in der Regel nicht als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess verstanden, sondern er soll zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beitragen. Unter der Überschrift der Stärkung des Wettbewerbs werden hierbei recht unterschiedliche Konzepte verstanden. Sie unterscheiden sich insbesondere darin, welcher der in Abbildung 1–1 skizzierten Märkte im Vordergrund steht; dahinter liegen tiefgreifende Unterschiede in der Einschätzung über die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit von Gestaltungsoptionen für die unterschiedlichen Akteure:

- Ein erster Ansatz will vor allen Dingen den – wie gesehen in Grenzen auch bereits vorhandenen – Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt stärken. Hier soll die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer stärker wettbewerbsmäßig und marktlich ausgestaltet werden. Dieses Konzept der „direkten Marktbeziehung“ liegt etwa den Vorstellungen der freien Ärzteschaft oder der Zahnärzte zugrunde. Es ist auch die Vorstellung weiter Teile der FDP. Zentrales Instrument in diesem Ansatz ist vor allen Dingen die vertragliche Vereinbarung zwischen Patient und Leistungserbringer – im „Idealmodell“ ist sie „ungestört“ von Regelungen anderer Beteiligten, im Übrigen müssen die Regelungsarrangements für die übrigen Beteiligten – zum Beispiel über Mehrkosten-Arrangements in der Erstattung der Krankenversicherung – mit der Vertragsvereinbarung zwischen Patient und Leistungserbringer passförmig gemacht werden.
In dem Konzept der direkten Marktbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer auf dem Behandlungsmarkt kommt dem Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt ergänzende Bedeutung zu: Denn die Krankenversicherungen können sich im Wettbewerb untereinander durch unterschiedliche Kostenerstattungstarife unterscheiden. Demgegenüber gibt es in diesem Modell keinen Leistungsmarkt, Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die Modalitäten der Leistungserbringung und der Vergütung werden nicht abgeschlossen.
- Ein anderer Ansatz zielt demgegenüber darauf, den bislang – gerade auch im Bereich der Krankenhausversorgung – unterentwickelten Leistungsmarkt aus-

zubauen und – mittelfristig – zur tragenden Säule des Vertrags- und Versorgungssystems weiter zu entwickeln (Ebsen et al. 2003). Dieses Konzept des „Vertragswettbewerbs“ wird etwa von Teilen der GKV und den Arbeitgebern unterstützt, im politischen Raum wird es von Teilen der SPD und von Bündnis90/Die Grünen getragen; auch die meisten GesundheitsökonomInnen vertreten dieses Konzept. Zentraler Ansatzpunkt dieses Konzepts ist die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern. An dessen Stelle tritt die Verpflichtung einer Krankenkasse, in qualitativ und quantitativ ausreichendem Umfang Leistungen für ihre Versicherten über Verträge mit Leistungserbringern einzukaufen – exemplarisch wird dies für die Krankenhäuser unter dem Label „Elektiv wird selektiv“ diskutiert (Leber et al. 2007).

Im Konzept des Vertragswettbewerbs sind Leistungsmarkt und Versicherungsmarkt systematisch miteinander verbunden: Die Kassen stehen durch die Kassenwahlentscheidung der Versicherten unter Wettbewerbsdruck, so dass die Versicherten im Rahmen der Kassenwahl auch über die realisierten Verträge ihrer Krankenkasse mit Leistungserbringern „mit den Füßen“ abstimmen. Demgegenüber kommt dem Behandlungsmarkt insofern eine nur untergeordnete Bedeutung zu als die Wahlrechte in Bezug auf Leistungserbringer in unterschiedlichen Vertragsmodellen der Krankenkassen eingeschränkt werden mögen – die Auswirkungen dessen müssen wiederum umgekehrt die Krankenkassen in ihrer Vertragspolitik mit Blick auf die Kassenwahlentscheidung der Versicherten berücksichtigen.

Beide Konzepte sind sich im Kern einig in ihrer Skepsis sowohl gegenüber staatlicher Steuerung als auch gegenüber dem Kollektivvertragssystem mit beidseitigem Kontrahierungszwang. Dass sich die beiden vorgestellten Wettbewerbskonzepte für das Gesundheitswesen und die stationäre Versorgung gleichwohl so grundlegend voneinander unterscheiden, ist darin begründet, dass sie in ihrem Verständnis der Situationen der Akteure und des daraus resultierenden Steuerungsbedarfes und seiner Systemerfordernisse stark divergieren:

- Die Bedeutung der Asymmetrie des Verhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer wird unterschiedlich eingeschätzt: Während die Vertreter des Konzeptes der direkten Marktbeziehung davon ausgehen, dass Arzt bzw. Krankenhaus und Patient im Regelfall auf Augenhöhe miteinander agieren und sich vertraglich binden können, erachten die Vertreter des Konzeptes des Vertragswettbewerbs die Beziehung als stark durch Asymmetrie geprägt. Daher sehen sie es als erforderlich an, dass dem Patienten ein „ergänzender Sachwalter“ (Breyer et al. 2005) zur Seite gestellt wird – im Konzept des Vertragswettbewerbs in einem Krankenversicherungssystem kommt diese Aufgabe der Krankenkasse zu.
- Die Notwendigkeit der Steuerung von Versorgungsprozessen chronisch Kranker wird ebenfalls unterschiedlich bewertet: Die Befürworter der Stärkung der direkten Marktbeziehung gehen davon aus, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten die geeigneten Entscheidungen zum Behandlungsablauf trifft und die adäquaten weiteren Leistungserbringer einbindet. Demgegenüber gehen die Vertreter des Vertragswettbewerbskonzepts davon aus, dass es einer sektorüber-

greifenden Steuerung bedarf, die etwa das Schnittstellenmanagement einbezieht. Die Krankenkasse wird als geeigneter Akteur angesehen, der mit Leistungserbringern solche Prozesse organisiert und im Wettbewerb der Versorgungskonzepte die geeigneten auswählt.

Realistisch für die nähere Entwicklung der GKV in Deutschland dürfte unseres Erachtens sein, dass der Gesetzgeber keines der skizzierten alternativen Modelle einer Steuerung der GKV ausschließlich über Wettbewerb umsetzen wird – weder das Modell direkter Marktbeziehungen zwischen Patient und Leistungserbringer, noch das Modell des Vertragswettbewerbs um Leistungsverträge. Insbesondere wird die Politik weder vollständig die Kontrahierungszwänge der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern oder Kassenärztlichen Vereinigungen zugunsten selektivvertraglicher Gestaltungen lockern, noch wird sie die bestehenden Kollektivverträge zugunsten direkter Verträge zwischen Patienten und ihren Ärzten und Krankenhäusern weitgehend abschaffen.

Dies bedeutet auch, dass die heutige Parallelität von Kollektiv- und Selektivverträgen zumindest auf mittlere Sicht erhalten bleibt und – wie bereits in den vergangenen zehn Jahren – eine evolutorische Entwicklung zu beobachten sein wird. Dies bedeutet konkret: Der Spielraum für Selektivverträge wird möglicherweise erweitert, indem zum Beispiel auch für den Krankenhausbereich „rein sektorale“ Selektivverträge für Teilbereiche des Versorgungsspektrums zugelassen werden, die von den Akteuren dann auch intensiv genutzt werden dürften, um ihre Funktionalität für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auszutesten. Auch werden Bereinigungsverträge, bei denen die Vergütung im Kollektivvertrag gekürzt wird, im Vergleich zu den heute überwiegenden „Add on“-Verträgen an Bedeutung gewinnen. Zugleich wird aber auch – u. a. unterstützt durch Modifikationen des gesetzlichen Rahmens – die direkte Marktbeziehung zwischen Leistungserbringer und Versicherten wichtiger: etwa durch Ausbau der Möglichkeiten für Ärzte und Krankenhäuser, Mehrleistungen gegenüber der Standardleistung der GKV gegen eine Aufzahlung erbringen zu können.

1.5 Qualität durch Wettbewerb?

In der näheren Zukunft ist daher damit zu rechnen, dass ein gewisser Ausbau des Wettbewerbs stattfinden wird, sowohl Patienten, Versicherte als auch Krankenkassen und Krankenhäuser zugleich aber weiterhin auch durch staatliche Regulierung mit deutlichen Beschränkungen ihrer Möglichkeiten, wettbewerblich zu agieren, konfrontiert sein werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Voraussetzungen, unter denen Qualität ein relevanter Wettbewerbsparameter sein kann. Dies führt uns zunächst erneut zu der bereits angesprochenen Frage der Informationsasymmetrien im Gesundheits- und Krankenhaus-Bereich, ist doch offensichtlich, dass deren Überwindung Voraussetzung sein muss, wenn Wettbewerb nicht nur als Effizienzmaschine genutzt werden soll, sondern auch als Instrument zur Generierung von Qualität.

Adressaten und Gestaltung von Qualitätsinformationen

Qualität durch Wettbewerb setzt unter anderem voraus, dass potenzielle Kunden über Informationen zu den für sie relevanten Qualitätskriterien verfügen und diese auch aktiv nutzen, indem sie unter verschiedenen Wettbewerbern den jeweils für ihre Bedürfnisse passendsten auswählen. Einer der Hauptgründe für das Marktversagen im Gesundheitswesen besteht genau darin, dass diese Voraussetzung bisher nicht erfüllt ist. Stattdessen liegt eine Informationsasymmetrie vor, bei der die Kunden traditionell kaum über geeignete Qualitätsinformationen zum Leistungsangebot verfügen und die Leistungsanbieter zumindest zum Teil solche Informationen besitzen. Für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb bei der Krankenhausversorgung muss deshalb die bestehende Informationsasymmetrie zwischen den Leistungsanbietern und den Kunden überwunden werden. Wer aber ist eigentlich der geeignetste Adressat solcher Informationen? Und wie müssten diese gestaltet sein, um einen Qualitätswettbewerb zu ermöglichen?

Prinzipiell lassen sich bei der Krankenhausversorgung fünf Adressaten-Gruppen unterscheiden, deren Informationsbedarf sich potenziell unterscheidet. Zum ersten sind hier die für die Krankenhausplanung zuständigen Einrichtungen der Länder zu nennen. Wenn wie in Nordrhein-Westfalen beispielsweise Brustzentren nur dann zugelassen werden, wenn sie bestimmte Qualitätsparameter erfüllen, dann brauchen die Länder Informationen darüber, ob die jeweils in Frage kommenden Krankenhäuser diese Kriterien erfüllen.

Zum zweiten benötigen die Krankenkassen solche Informationen, wenn sie beispielsweise im Rahmen von Selektivverträgen, wie sie bei der integrierten Versorgung möglich sind, nur Krankenhäuser auswählen wollen, die eine überdurchschnittliche Qualität bieten. Ob eine solche Steuerung in Deutschland stattfindet, wurde unseres Wissens noch nicht untersucht. Aus der internationalen Literatur werden vor allem Studien aus den USA berichtet, die zeigen, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten alles in allem keinen Einfluss auf die Auswahl von Krankenhäusern und einen höheren Marktanteil der positiv bewerteten Krankenhäuser hat (Fung et al. 2008).

Als dritte Adressatengruppe sind die einweisenden Ärzte zu nennen, die einerseits von Patienten als wesentliche Berater bei der Auswahl eines Krankenhauses genannt werden (Geraedts 2006), die aber andererseits auch rechtlich verpflichtet sind, auf der Krankenhauseinweisung die zwei nächstgelegenen, geeigneten Krankenhäuser für die avisierte stationäre Behandlung ihrer Patienten zu benennen. Ärzte scheinen jedoch die vorliegenden Informationen zur Qualität von Krankenhäusern bisher nur in geringem Umfang zu nutzen. So ergab eine zur Zeit im Rahmen der Versorgungsforschungsinitiative der Bundesärztekammer durchgeführte Befragung, an der bis zum Zeitpunkt einer Zwischenauswertung 216 niedergelassene Allgemeinmediziner, Chirurgen, Internisten, Gynäkologen und Orthopäden teilgenommen hatten, dass nur 16% der Ärzte die Qualitätsinformationen aus den gesetzlichen Qualitätsberichten für die Einweisungsberatung ihrer Patienten genutzt hatten (Geraedts et al.).

Als vierte Gruppe müssen die Patienten und deren Angehörige berücksichtigt werden. Trotz der Einschränkungen einer völlig autonomen Krankenhauswahl durch Patienten, die sowohl für elektive Krankenhausaufenthalte – Vorbehalt der ärztlichen Einweisung – als auch Notfallbehandlungen – Beachtung der Notfallauf-

nahmebereiche – gilt, spielen Patientenwünsche in beiden Bereichen eine große Rolle. Patienten ist es im Allgemeinen wichtig, ein Krankenhaus wählen zu können (Geraedts 2006); zudem gibt bei Befragungen ein Großteil der Krankenhauspatienten an, selber das Krankenhaus gewählt zu haben (Dierks et al. 2001). Bei der konkreten Krankenhauswahl in Deutschland scheinen die vorliegenden Qualitätsinformationen in Form der gesetzlichen Qualitätsberichte bzw. der darauf aufbauenden Internetportale jedoch bislang kaum eine Rolle zu spielen (Geraedts und de Cruppé 2010). Trotzdem erfreuen sich vergleichende Informationen zur Qualität medizinischer Leistungserbringer im Internet großer Beliebtheit. Allein das Portal „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung zählt täglich rund 11 000 Zugriffe (persönliche Mitteilung der Bertelsmann-Stiftung), sodass für die Zukunft zumindest potenziell eine größere Nutzung solcher Informationen bei der Krankenhauswahl prognostiziert werden kann.

Zuletzt können als mittelbare Nutzer von Qualitätsinformationen die Krankenhäuser selber genannt werden. Aus der Literatur zur öffentlichen Qualitätsberichterstattung kristallisierte sich in den letzten Jahren heraus, dass die Krankenhäuser diejenigen Adressaten sind, die Qualitätsinformationen am meisten nutzen (Marshall et al. 2000). Krankenhäuser verwenden die Informationen zu ihrer eigenen Leistung im Vergleich zur Performanz der Wettbewerber vor allem zum Benchmarking und als Ausgangspunkt für Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -verbesserung (Longo et al. 1997; Marshall et al. 2000; Laschober et al. 2007; Fung et al. 2008; Geraedts et al. 2009). Sie erkennen offenbar zunehmend, dass sie auf dem Behandlungsmarkt und zudem bei einem sich öffnenden Leistungsmarkt Chancen in der Darstellung ihrer Qualität haben.

Schaut man sich die fünf genannten Adressatengruppen insgesamt an, dann zeigt sich, dass Qualitätsinformationen bisher nur einen geringen Beitrag zum Wettbewerb in der Krankenhausversorgung leisten können, da die vorliegenden Informationen bisher kaum genutzt werden. Die Erfahrungen aus der internationalen Literatur deuten darüber hinaus darauf hin, dass Qualitätsinformationen bislang auch nur marginale Effekte auf die Qualität der Versorgung haben (Robinowitz und Dudley 2006, Fung et al. 2008). Unter den von Berwick et al. beschriebenen zwei Wegen der Beeinflussung der Qualität durch vergleichende Qualitätsinformationen – durch Selektion der Besten oder Anstoßen interner Veränderungsprozesse (Berwick et al. 2003) – scheint bislang offenbar nur der zweite Weg in der Krankenhausversorgung eine größere Rolle zu spielen.

Als wesentlicher Grund für die bislang geringe Nutzung von Qualitätsinformationen als Wettbewerbsparameter wird vor allem deren unzureichende Anpassung an den Bedarf der Nutzer und deren unzureichende Gestaltung diskutiert (Hochhauser 2003; Sofaer et al. 2005; Robinowitz und Dudley 2006; Fung et al. 2008; Geraedts und de Cruppé 2010). In Bezug auf die Inhalte hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Studie finanziert, die für die Adressaten des gesetzlichen Qualitätsberichts – Krankenhauspatienten, einweisende Ärzte und Krankenhäuser – untersucht hat, ob der für diese Adressaten von der Selbstverwaltung intendierte Zweck erfüllt wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Qualitätsberichte für alle Adressaten nur teilweise ihren Zweck erfüllen (Geraedts 2010). Hier wird eine stärkere Anpassung der Inhalte an die konkret geäußerten Informationswünsche notwendig sein. Eine Weiterentwicklung von Aufbereitung und Publikation von Quali-

tätsinformationen aus den Qualitätsberichten für die wettbewerbliche Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung erscheint daher angezeigt.

Darüber hinaus sahen alle Adressaten Verbesserungsbedarf bei der Gestaltung der Qualitätsinformationen, die als zu komplex beurteilt wurde. Grundlage der Gestaltung sollten die Vorschläge sein, die von verschiedenen Autoren in den letzten Jahren eingebracht wurden (Hammond 1981; Longo et al. 1997; Hibbard et al. 2001; Hibbard et al. 2002; Vaiana und McGlynn 2002; Hibbard und Peters 2003; Robinowitz und Dudley 2006; Gerteis et al. 2007; Peters et al. 2007; Peters et al. 2009; Hibbard et al. 2010). Demnach kommt es darauf an, zunächst die Verständlichkeit der Qualitätsinformationen zu erhöhen, indem die kognitiven Anforderungen reduziert (z. B. einfache Sprache, einfache Grafiken) und wichtige Informationen herausgestellt werden. Dabei sollten Zahlen nicht isoliert berichtet, sondern möglichst auch mit einer Bewertung (gut/schlecht) versehen werden. Vorsicht ist bei einer Zusammenfassung verschiedener Bewertungskriterien zu „Gesamtbeurteilungen“ angebracht, da diese die Interpretation der Kriterien in einer von den Nutzern oftmals nicht bewussten Weise verändert. Darüber hinaus scheint es ebenso hilfreich zu sein, die Informationen in eine Erläuterung des Konzepts der Qualität der medizinischen Versorgung einzubetten und die Motivation zur Nutzung der Informationen zu fördern, indem zum Beispiel persönliche Patientenberichte bzw. Erfahrungen die sonst trockenen Informationen ergänzen. Ein ebenfalls ungelöstes Problem stellt die Berichterstattung über seltene Ereignisse wie Sterblichkeitsraten dar. Sowohl Thomas und Hofer (1998) als auch Dimick et al. (2004) konnten in ihren Studien zeigen, dass eine öffentliche Berichterstattung zu seltenen Versorgungsergebnissen wie Sterblichkeits- oder Komplikationsraten allein aus statistischen Überlegungen zumeist entweder keine Unterschiede zeigt oder aber falsch positive oder falsch negative Ergebnisse produziert. Deshalb schlagen Robinowitz und Dudley (2006) vor, öffentlich eher über häufigere Ereignisse wie Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen, Versorgungsprozesse und auch -strukturen sowie über zeitlich oder über mehrere Leistungserbringer aggregierte Versorgungsergebnisse zu berichten.

Ob eine solche, auf der Basis dieser Erkenntnisse optimierte Qualitätsinformation besser in der Lage sein wird, die Informationsasymmetrie zwischen Kunden und Leistungsanbietern der Krankenhausversorgung zu reduzieren und letztlich über einen informierten Wettbewerb zu mehr Qualität führt, ist bisher nicht abschließend geklärt. Manche Autoren bezweifeln, dass Qualitätsinformationen jemals diese Bedeutung erlangen werden. Sowohl Schneider und Lieberman (2001) als auch Marshall (2001) sehen die Bedeutung von Qualitätsinformationen eher darin, dass sie der Rechenschaftspflicht gegenüber den Kunden genügen und die oben erwähnte Förderung von Qualitätsaktivitäten der Leistungsanbieter stimulieren sollen. Inwieweit diese primär im US-Kontext gewonnenen Einschätzungen auch auf die wettbewerbliche Weiterentwicklung im hiesigen Kontext übertragen werden können, ist unklar.

Relevanz des Qualitätsarguments für die Akteure

Festzuhalten bleibt in jedem Falle, dass geeignete, entsprechend aufbereitete Qualitätsinformationen eine notwendige, allerdings sicherlich keine hinreichende Voraussetzung für Qualität durch Wettbewerb sind. Eine weitere Voraussetzung ist so-

eben bereits angesprochen worden: Das Qualitätsargument muss in den Entscheidungskalkülen der Akteure einen hinreichenden Stellenwert im Vergleich zu den anderen entscheidungsrelevanten Parametern einnehmen. Für Patienten konkurriert das Qualitätsargument bezüglich der medizinischen Versorgung möglicherweise einerseits mit leicht erlebbaren Elementen der Service-Qualität (wie attraktive Zimmerausstattung), auch gibt es einen Trade-off zwischen Qualität und Nähe zum Wohnort – auch wenn die Patienten offenbar bei elektiven Leistungen durchaus bereit sind, längere Wege in Kauf zu nehmen (Friedrich und Beivers 2009).

Versicherte sind zudem – gerade in Bezug auf Krankenhausleistungen – nur potenzielle Nutzer von Krankenhäusern: Über 80 Prozent der Versicherten haben in einem Jahr keinen Krankenhausaufenthalt. Hingegen sind Versicherte regelmäßig Beitragszahler, wählen unter den aktuellen Finanzierungsregelungen ihre Krankenkassen daher auch nach der Höhe des Zusatzbeitrages aus. Empirisch überprüft wurde im Rahmen eines Discrete-Choice-Experimentes, inwieweit Versicherte bereit sind, sich gegen Beitragsermäßigung in ein weiter entferntes Krankenhaus mit gleicher Qualität zu begeben (Nolting et al. 2006), inwieweit sie für höhere Qualität auch bereit wären, höhere (Zusatz-)Beiträge in Kauf zu nehmen, ist unseres Wissens bislang nicht systematisch untersucht. Eine solche Untersuchung müsste auch berücksichtigen, dass die Krankenkasse relativ rasch gewechselt werden kann, „Gesunde“ also auch noch davon ausgehen können, bei Entwicklung insbesondere von chronischen Erkrankungen relativ rasch einen Kassenwechsel von beitragsgünstigen zu qualitätsbetonten Krankenkassen realisieren zu können. Dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt Krankenkassen bei Erhebung eines Zusatzbeitrages erhebliche Mitgliederverluste hinzunehmen haben, ist insoweit keine implizite Antwort, weil nicht untersucht wurde, ob die Versicherten die Abwahlentscheidungen trotz vermuteter Unterschiede in der Qualität des Versorgungsangebots der Vertragspartner der Krankenkassen trafen oder ob sie davon ausgingen, dass die Qualität des Angebots die gleiche ist.

Damit ist umgekehrt auch das Kalkül der Krankenkassen angesprochen: Insofern Qualitätsverbesserungen (zum Beispiel durch intelligenteren Organisation der medizinischen Versorgung im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung) mit geringeren Ausgaben für die einzelne Krankenkasse einhergehen, ist es naheliegend, dass sie im Wettbewerb diese Qualitätsverbesserungsmöglichkeiten realisieren werden. Dort, wo sich Qualitätsverbesserungen aber nur unter Inkaufnahme von Ausgabensteigerungen realisieren lassen, hat die Krankenkasse eine Abwägung zwischen der (oft auch erst mittelfristig ihre Wirkung realisierenden) Qualitätsverbesserung und der inkrementellen Verschlechterung ihrer relativen Wettbewerbssituation hinsichtlich der finanziellen Position zu treffen. Dies gilt tendenziell auch, wenn mit der mittelfristigen Qualitätsverbesserung auch Kosteneinsparungen einhergehen, von denen die Krankenkasse profitieren kann. Je stärker der Kassenvorstand davon ausgeht, dass die große Mehrheit der Mitglieder nicht bereit ist, für mehr Qualität Zusatzbeiträge zu entrichten, werden sich solche Qualitätsverbesserungen nur schwer durchsetzen lassen. Je stärker Kassenvorstände die Erwartung haben, bei deutlichem Invest in die Qualität der Behandlung von Erkrankungen würden Erkrankte aus anderen Krankenkassen (etwa vom Arzt getriggert, der dem Selektivvertrag der Kasse beigetreten ist) überwechseln, wird auch der durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bewirkte Deckungsbeitrag für Versicherte

mit der jeweiligen Erkrankung das Kalkül beeinflussen (Wasem et al. 2008): Für die meisten der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigten Erkrankungen ist offenbar eine annähernd ausgeglichene finanzielle Situation realisiert (Göpffarth et al. 2010), für nicht im RSA-berücksichtigte Erkrankungen wird dies in aller Regel hingegen nicht der Fall sein – bei solchen Erkrankungen ist es für Krankenkassen im Wettbewerb nicht rational, auf ausgabensteigernde Qualität zu setzen. Inwieweit die derzeit beobachtbaren Kalküle der Krankenkassen sich verändern, wenn sie bei einer Lockerung der Kontrahierungszwänge deutlich größere Gestaltungsmöglichkeiten in ihren Beziehungen zu ihren Vertragspartnern Krankenhäusern haben, ist allerdings eine offene Frage. Denn gegenwärtig gehen die Versicherten (weitgehend zu Recht) davon aus, dass die Wahl einer Krankenkassen kaum mit unterschiedlicher Behandlungsqualität verbunden ist – hingegen würden sich ja unter dem Regime des Vertragswettbewerbs eingekaufte Behandlungsqualitäten auch zwischen den Kassen unterscheiden können, sodass die Behandlungsqualität stärker eine Komponente bei der Kassenwahlentscheidung sein könnte als heute, wo die Kassenwahlentscheidung völlig risikolos auf die Auswahl des günstigsten Zusatzbeitrages reduziert werden kann.

Schließlich ist auf das Kalkül der Krankenhäuser einzugehen: Sind sie in einen Wettbewerbsrahmen gesetzt, der es ihnen angeraten erscheinen lässt, Wettbewerbsvorteile durch Kommunikation von Qualität zu realisieren, ist es naheliegend, dass sie diese Möglichkeit nutzen. Dies wird – wie beschrieben – um so eher eine realistische Perspektive, wie die Qualitätsinformationen so ausgestaltet sind, dass sie von den Nachfragern in beiden Settings (Patienten auf dem Behandlungs- und Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt) verstanden und nachvollzogen werden können.

1.6 Fazit

Damit Qualität zum Wettbewerbsfaktor wird, muss also nicht nur die Informationsasymmetrie zwischen den Akteuren abgebaut, sondern auch die Regulierung, darunter auch die Anreizstruktur verändert werden. Unter anderem muss Qualität für die Kostenträger genauso wie für die Leistungserbringer und die Patienten eindeutig positive Effekte bewirken, indem zum Beispiel die Attrahierung schlechter Risiken für die Krankenkassen über den RSA hinreichend ausgeglichen wird¹ oder Patienten bei der Wahl effizienterer Leistungserbringer Vorteile erhalten.

Ziel sollte es sein, einen Qualitätswettbewerb um die beste medizinische Versorgung der Bedürftigsten auszulösen – sei es auf der Basis der Schwere oder Chronizität ihrer Erkrankungen, sei es auf der Basis der geringsten Fähigkeit zu aktiven Mitwirkung an der Behandlung. Damit ließe sich eventuell auch die befürchtete Verstärkung der sozialen Disparität als Nebenwirkung einer stärker wettbewerblich organisierten Gesundheitsversorgung verhindern.

¹ In der internationalen RSA-Debatte wird auch eine Überkompensation für schlechte Risiken diskutiert: Glazer & McGuire 2000.

1.7 Literatur

- Alber J, Bernardi-Schenkluhn B. Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt: Campus 1992.
- Berwick DM, James B, Coye M J. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003; 41, 1 Suppl. I30–8.
- Bohle T. Kooperation von Krankenhäusern mit anderen Leistungserbringern. In: S. Huster S, Kaltenborn M (Hrsg). *Krankenhausrecht*. München: Beck 2010; 241–76.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. *Gesundheitsökonomie*. 5. Auflage. Berlin: Springer 2005.
- Culyer AJ. The Nature of the Commodity „Health Care“ and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers-New Series* 1971; 23: 189–211.
- Dierks M, Bitzer E, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz, FW S. Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart 2001.
- Dimick J, Welch G, Birkmeyer J. Surgical mortality as an indicator of hospital quality – the problem with small sample size. *JAMA* 2004; 292: 847–51.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. In: AOK-Bundesverband (Hrsg). *Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung*. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn 2003; 145–307
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Fung C, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle P. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008; 148, Jan; (2): 111–23.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: J. Böcken, B. Braun, R. Amhof und M. Schnee (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006*. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006; 154–70.
- Geraedts M. Noch unveröffentlichte Daten. 2010.
- Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppé W. Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Dtsch med Wochenschr* 2009; 134, S06. S232–3.
- Geraedts M, de Cruppé W. Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Wasem J, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011*. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W. „Visitenkarte“ zum Projekt „Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung“. www.baek.de/downloads/3_Visitenkarte_2010.pdf (21. Juli 2010).
- Gerteis M, Gerteis J, Newman D, Koepke C. Testing consumers' comprehension of quality measures using alternative reporting formats. *Health Care Financ Rev* 2007; 28: 31–44.
- Glazer J, McGuire TG. Optimal Risk Adjustment in Markets with adverse selection. *An Application to Managed Care*. *American Economic Review* 2000: 1055–71.
- Göpfährth D, Wasem J, Wittmann R. „Übersteuert“ der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich? *DGSMP-Jahrestagung 2010*. Gesundheitswesen Suppl. 2010.
- Hammond K. *Principles of organization in intuitive and analytical cognition* Center for Research on Judgement and Policy. Boulder, CO: University of Colorado 1981.
- Hibbard JH, Greene J, Daniel D. What is quality anyway? Performance reports that clearly communicate to consumers the meaning of quality of care. *Med Care Res Rev* 2010; 67, June (3): 275–93.

- Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions. Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 2003; 24: 413–23.
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27, 11: 591–604.
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res* 2002; 37, 2: 291–313.
- Hochhauser M. Lousy report card? Most consumers don't pay attention. *Manag Care Q* 2003; 11, 3: 28–9.
- Knieps G. Wettbewerbsökonomie: Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik. Berlin: Springer 2007.
- Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda D. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health Care Financ Rev.* 2007; 3: 61–76.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauer J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2007; 81–106.
- Longo D, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA* 1997; 278, 19: 1579–84.
- Marshall M. Accountability and quality improvement: the role of report cards. *Qual Health Care* 2001; 10 June (2): 67–8.
- Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The Public Release of Performance Data – What do we expect to gain? A Review of the Evidence. *JAMA* 2000; 283, 14: 1866–74.
- McGuire, A, Henderson J, Mooney G. *The Economics of Health Care. An Introductory Text*. London: Routledge & Kegan Paul 1988.
- Neubauer G. Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht – Kommentar zum Bericht über Deutschland. In: Becker U, Ross F, Sichert M (Hrsg). *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung. Steuerungsinstrumente in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und den USA im Rechtsvergleich*. Baden-Baden: Nomos 2010; 263–74.
- Nolting HD, Grabbe Y, Loos S, Bug C, Wasem J. Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will! 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens. DELPHI Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss: Janssen-Cilag 2006.
- Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard J, Mertz C. Less is more in presenting quality information to consumers. *Med Care Res Rev* 2007; 64: 169–90.
- Peters E, Dieckmann N, Västfjäll D, Mertz C, Slovic P, Hibbard J. Bringing meaning to numbers: the impact of evaluative categories on decisions. *J Exp Psychol Appl* 2009; 15. Sept. (3): 213–27.
- Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 517–36.
- Schneider E, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 2001; 10, June (2): 96–103.
- Sichert M. Wahl und Wettbewerb im regulierten System – Normative Steuerung der Krankenhausversorgung in Deutschland. In: Becker U, Ross F, Sichert M (Hrsg.): *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung. Steuerungsinstrumente in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und den USA im Rechtsvergleich*. Baden-Baden: Nomos 2010; 257–63
- Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Services Research* 2005; 40, 6p2: 2018–36.
- Stigler GJ. Competition. In: Eatwell J, Milgate M, Newman P (Hrsg). *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London: Norton 1987; 531–5.
- Stollmann F. Krankenhausplanung. In: Huster S, Kaltenborn M (Hrsg). *Krankenhausrecht*. München: H.C. Beck 2010; 97–112.
- Thomas J, Hofer T. Accuracy of Risk-Adjusted Mortality Rate as a Measure of Hospital Quality of Care. *Med Care* 1998; 37, 1: 83–92.

- Vaiana M, McGlynn E. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev* 2002; 59: 3–35.
- Wasem J. Gesundheitsökonomie und Versicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 1993; 82: 123–60.
- Wasem J, Lux G, Schillo S, Staudt S, Jahn R. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2008; 62, 4: 15–22.
- Wasem J, Walendzik A, Rotter I. Ökonomische und sozialpolitische Grundlagen des Krankenhausrechts. In: S. Huster und M. Kaltenborn (Hrsg.): *Krankenhausrecht*. München: Beck 2010; 1–16.
- Wille E (Hrsg). *Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung*. Baden-Baden: Nomos 1999.

This page intentionally left blank

2 Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland

Thomas Mansky

Abstract

Die Entwicklung der Vergütungssysteme, die damit erweiterte Verfügbarkeit medizinischer Daten und die technische Entwicklung machen bisher kaum in der Routine darstellbare Qualitätsindikatoren mit nur geringem Zusatzaufwand messbar. Diese Erweiterung der Möglichkeiten ergänzt die bisherigen, stärker prozessorientierten und aufwändigen Verfahren in sinnvoller Weise oder kann diese zum Teil sogar in effizienterer Form, d.h. mit stark reduziertem Erfassungsaufwand ersetzen. Mit diesen neuen Methoden lassen sich auch die mittel- bzw. langfristige Entwicklungen eines Krankheitsbildes bzw. Behandlungsergebnisses nach Erstbehandlung oder Intervention verfolgen. Solche Messungen sind inhärent sektorübergreifend. Gleichzeitig kann diese Art der Messung auch auf Seiten der Krankenkassen durchgeführt werden, sodass das bisherige Monopol der Anbieter bezüglich der Qualitätsmessung entfällt.

Mit der Erweiterung der Möglichkeiten ändert sich auch der Anwendungszweck der Qualitätsindikatoren. Die vergleichende Darstellung, die Einbindung in Versorgungsverträge und künftig die eventuelle Verwendung im Vergütungssystem rücken stärker in den Vordergrund. Diese neuen Anwendungsbereiche erfordern aber auch, dass bei der Beurteilung von entsprechenden, einrichtungsextern verwendeten Qualitätsindikatoren neben der medizinischen Bedeutung und Aussagekraft weitere Kriterien, wie zum Beispiel die Manipulationsresistenz, mehr Beachtung finden. Die bisherige rein medizinische Bewertung von Qualitätsindikatoren ist daher um weitere Dimensionen zu ergänzen, die hier erörtert werden.

The evolution of reimbursement systems, the subsequently increased availability of medical data in administrative systems as well as technological progress make quality indicators easily available which have hardly been accessible for routine use before. New opportunities resulting from these changes supplement the existing process-oriented quality measurements or even replace it in a more efficient way by avoiding additional data collection. Using these new methods, the mid- and long-term development of a disease or the outcome of an initial treatment or intervention can also be followed easily. Such measurements are inherently cross-sectoral. Furthermore, this type of measurement can also be performed by the health care funds so that the existing monopoly of the providers for delivering quality information no longer applies.

The increased potential of quality indicators also changes the framework for their application. Comparative public reporting, the use for selective contracting or a possible future use within the reimbursement system become more promi-

nent. These new applications require that in addition to the medical validity and significance of quality indicators, their resistance against manipulation and other issues needs more attention. Therefore, the former purely medical assessment of quality indicators should be supplemented by additional dimensions which are discussed in this article.

2.1 Einleitung

Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten garantieren zweifellos eine ausgezeichnete medizinische Versorgung bei hervorragender Strukturqualität und in aller Regel auch sehr guten Ergebnissen. Es sei besonders betont, dass diese guten Ergebnisse in Deutschland im Kontext einer allgemeinen Zugänglichkeit der Versorgung für alle stehen. Von einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin kann hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungsqualität aus verschiedenen Gründen, auf die später noch eingegangen wird, trotz mancher Unkenrufe nicht die Rede sein. Ein Vergleich mit dem zwar punktuell herausragenden, in der Breite aber nicht den Anforderungen genügenden und nur sehr schwer reformierbaren System in den USA sollte alle Beteiligten zu mehr Augenmaß im auch hier unvermeidlichen Reformprozess veranlassen.

Viele Untersuchungen zeigen allerdings, dass selbst auf dem erreichten hohen Versorgungsniveau weitere Verbesserungen möglich sind. Exemplarisch sei hierzu die zusammenfassende Studie „To Err is Human“ des Institute of Medicine genannt (Kohn et al. 1999). Weitere Verbesserungen erfordern vor allem, dass Qualität im Routinebetrieb hinreichend genau und möglichst manipulationssicher messbar sein muss und dass die Verbesserung der Qualität Teil des Managementprozesses der Kliniken werden muss. Anders ausgedrückt: Erst wenn auch der Geschäftsführer bzw. Verwaltungsleiter einer Klinik wichtige Ergebnisse wie beispielsweise die Herzinfarktsterblichkeit in seinem Hause so gut kennt, messen, interpretieren und ggf. im Management zusammen mit den leitenden Ärzten verbessern kann wie sein Betriebsergebnis, ist Qualität wirklich im Alltag des Krankenhausmanagements angekommen. Die Erfahrungen beispielsweise der HELIOS Kliniken mit einem auf Ergebnismessung, Peer Review und Prozessverbesserung beruhenden System zeigen, dass sich die Ergebnisse in Kliniken, die noch nicht das optimale Niveau erreicht haben, in einem Ausmaß verbessern lassen, das der Wirksamkeit sehr guter Medikamente in nichts nachsteht (HELIOS Kliniken 2008). Der Einsatz entsprechender, anderweitig beschriebener Managementverfahren muss daher ein ethischer Imperativ sein. Trotz des erreichten hohen Niveaus der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt es demnach keinen Grund zu verharren.

2.2 Technischer Zusammenhang von Qualitäts- und Vergütungssystemen

Qualitätssicherung und Vergütungssysteme sind auf mehrfache Weise miteinander verknüpft und beeinflussen sich in ihrer Entwicklung gegenseitig. Zum einen gibt es einen engen technischen Bezug. Die EDV-technische Entwicklung und die Einführung der DRG-Systeme führen zu einer verbesserten Datenlage hinsichtlich der Verfügbarkeit von Informationen über behandelte Krankheitsbilder und durchgeführte (größere) Prozeduren. Diese Informationen aus sogenannten Routinedaten (oder auch administrativen Daten bzw. Abrechnungsdaten) sind nicht nur für den Leistungserbringer, sondern auch für die Krankenkassen und auf Bundesebene zugänglich und werden zunehmend für die Qualitätsmessung genutzt. Durch pseudonymisierte personenbezogene Zusammenführung dieser und anderer Daten lassen sich Langzeitinformationen zu Behandlungsergebnissen gewinnen, die bisher nicht zur Verfügung standen oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu erfassen waren. In Deutschland, den USA, Großbritannien, der Schweiz und Österreich wird an der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung entsprechender Messsysteme gearbeitet (AOK Bundesverband et al. 2007; AHRQ 2007; Busse et al. 2009; Mansky et al. 2010b; Fuchs et al. 2010).

Dies wird wiederum Rückwirkungen auf die Vergütungssysteme haben. Je besser und zuverlässiger die verfügbaren Qualitätsinformationen werden, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass sie künftig im Vergütungssystem berücksichtigt werden.

2.3 Inhaltliche Entwicklung von Qualitäts- und Vergütungssystemen

International entwickeln sich die Vergütungssysteme in ähnlicher Weise. Viele beruhen in der Anfangsphase auf der Kostenerstattung (Fee for Service; am Ressourcenverbrauch, d. h. am betriebswirtschaftlichen „Input“ orientierte Vergütung). Dies ist in der Frühphase der Entwicklung von Gesundheitssystemen, solange eine Mangelsituation hinsichtlich des Leistungsangebots besteht, ein mögliches Vergütungssystem mit einem in dieser Phase sinnvollen, maximalen Anreiz zur Leistungssteigerung. Bei ausreichendem Angebot sind diese Systeme wegen der unkontrollierbaren Leistungsausweitung nicht mehr tragbar. Auch qualitativ sind sie dann bedenklich, da – je nach Gestaltung der Vergütung – medizinisch nicht mehr sinnvolle Fehl- und Überversorgungen entstehen, die hinsichtlich der Versorgungsqualität bestenfalls unschädlich, teils aber auch bedenklich sind. In der Versorgung der privat Krankenversicherten sind solche Entwicklungen erkennbar, aber auch aus den Ländern der sogenannten „emerging markets“, die sich derzeit im Übergang befinden, wird informell ähnliches berichtet. Wissenschaftlich ist dieser Bereich unzureichend untersucht, zumal viele Anbieter aus naheliegenden Gründen die Kostenerstattungssysteme für positiv und wünschenswert halten.

International folgen auf die „input-orientierten“ Kostenerstattungssysteme „output-orientierte“ Vergütungsformen, in denen nicht mehr direkt der Ressourcenaufwand, sondern mehr oder weniger pauschaliert das medizinische Produkt bezahlt

wird. Im stationären Bereich sind in der Regel DRG-Systeme die Basis solcher Output-Definitionen. Diesen Systemen wird vorgeworfen, sie würden die Qualität gefährden. Nachgewiesen werden konnte dies hingegen nicht. Umfangreiche Studien ergaben keinen Hinweis für Qualitätsminderungen durch Fallpauschalierungen im stationären Bereich. (Davis und Rhodes 1988, OECD 1994). Im Gegenteil wird aufgrund des Abbaus von Überdiagnostik und -therapie eher eine Qualitätsverbesserung vermutet.

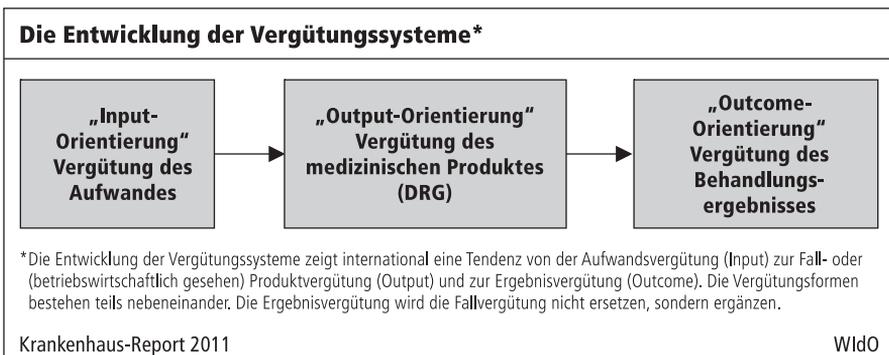
Weder die Kostenerstattung noch die Fallpauschalierung integrieren per se Qualitätsaspekte in die Vergütung. Allenfalls einige Protagonisten des Kostenerstattungssystems sind noch der Meinung, dass dieses nach dem Motto „viel hilft viel“ automatisch die beste Qualität garantiere. Die DRGs beinhalten Elemente, die in beide Richtungen wirken. Die im deutschen System vorgesehenen Fallzusammenführungen (gemäß FPV) lassen sich beispielsweise als eine begrenzte „Garantie“ für die erbrachten Leistungen verstehen, da bestimmte Wiederaufnahmen nicht bzw. nicht vollständig bezahlt werden. Allerdings beinhaltet das System auch Belohnungen für schlechte Qualität. Vermeidbare Komplikationen werden beispielsweise über das Schweregradsystem mittelbar vergütet. Außerdem gibt es über kostenorientierte Vergütungselemente beispielsweise in der Intensivmedizin Fehlzanreize zur Überversorgung auch bei potenziell risikobehafteten Leistungen.

Die verschiedenen hier genannten Gründe:

- nachweislich bestehendes weiteres Verbesserungspotenzial
- technisch neue Möglichkeiten der Ergebnismessung
- mangelnde Qualitätsanreize im bestehenden Vergütungssystem

verstärken die Suche nach Messinstrumenten, die ein besseres internes Ergebnismangement bei den Leistungserbringern ermöglichen, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten zur qualitäts- bzw. ergebnisorientierten Vergütung schaffen. Nur wenn Ergebnisse beeinflussbar (manageable) und zuverlässig messbar sind, können sie eventuell auch in die Vergütung einbezogen werden. Etwas unscharf wird oft von „Pay for Performance (P4P)“ gesprochen (dieser Leistungsbegriff schließt nicht unbedingt Qualität ein), etwas zutreffender ist der Begriff „value based purchasing“ (Porter und Olmsted Teisberg 2006). „Ergebnisorientierte (Outcome-orientierte) Vergütung“ dürfte begrifflich eher das gemeinte Ziel beschreiben, nämlich eine Vergütung, die auch am medizinischen Behandlungsergebnis orientiert ist (Abbildung 2–1).

Abbildung 2–1



Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Deutschland muss unter anderem an den hier skizzierten Rahmenbedingungen gemessen werden. Es ist daher insbesondere zu fragen, welche Anforderungen Qualitätsindikatoren erfüllen müssen, damit sie diese Entwicklungen wirkungsvoll unterstützen können.

2.4 Verschiedene Ebenen der Qualitätsmessung

Qualität lässt sich auf verschiedenen Ebenen messen und beeinflussen. Diese Ebenen schließen sich nicht aus, sondern werden vielfach nebeneinander existieren. Die intraprofessionelle Qualitätssicherung wird häufig sehr kleinteilig bei den einzelnen Prozessschritten ansetzen. Diese Form der Qualitätssicherung ist einrichtungsintern unbedingt erforderlich, aber für sich allein nicht ausreichend. Natürlich ist die Umsetzung und Einhaltung beispielsweise der Hygienevorschriften im Behandlungsprozess unbedingt notwendig. Dennoch ist es erforderlich, die Ergebnisse, d.h. zunächst die Infektionsrate und im Endergebnis bei komplexeren Behandlungsprozessen beispielsweise auch die Sterblichkeit zu messen. Es versteht sich, dass diese Ergebnismessungen nur sinnvoll sind, wenn sie – bei Abweichungen – umgekehrt auch wieder auf das Management und die Prozesse zurückwirken. Die Messung der Endpunkte ist auch sinnvoll, weil sie im Ergebnis Einflüsse aus verschiedensten Bereichen integrieren. Aus Einzelbetrachtungen der Prozessschritte kann angesichts der Komplexität vieler medizinischer Prozesse nicht unbedingt auf das Endergebnis geschlossen werden (Bradley et al. 2006). Darüber hinaus ist die Messung der Qualität der Prozessschritte sehr manipulationsanfällig. Die Ergebnismessung ist wesentlich schwerer zu beeinflussen.

Das Behandlungsergebnis beim Herzinfarkt ist beispielsweise von vielerlei Faktoren abhängig. Die korrekte Medikation spielt eine Rolle, die leitliniengerechte Versorgung mit Linksherzkatheter, ggf. auch Schrittmacher, Koronaroperation usw. Im Prozess spielen die Abläufe in der Notfallaufnahme ebenso eine Rolle (z. B. door to table time, siehe Bradley et al. 2005) wie die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Prozesse in der Intensivmedizin und viele andere Schritte. Die vielfältigen Faktoren, die alle das Ergebnis beeinflussen können, müssen natürlich optimiert werden, sind aber in der Summe nur schwer zu kontrollieren. Ein Endpunkt wie z. B. die Messung der Sterblichkeit kann hier Aufschluss über das integrale Funktionieren der Prozessschritte geben und dementsprechend bei Auffälligkeiten Anlass sein, die Prozesse zu überprüfen. Über den Krankenhausfall hinausgehende Ergebnismessungen, wie sie mit dem QSR-Verfahren der AOK möglich sind (AOK-Bundesverband 2007 et al.) (beim Herzinfarkt beispielsweise Raten und Zeitpunkte einer Re katheterisierung nach Stent), können diese Ergebnismessung weiter verbessern.

Die Bedeutung dieser unterschiedlichen Sichten sei an einem Beispiel aus der Industrie erörtert. Wir erwarten, dass moderne PKWs eine hohe Sicherheit bei Unfällen bieten. Diese Sicherheit resultiert aus enorm vielen Detailmerkmalen der Konstruktion, wie z. B. vorbereitete Knautschzonen, konstruktive Stabilität der Fahrgastzelle, Einbauweise und Verschiebungsrichtung des Motors beim Crash usw. Kein Endverbraucher würde beim Kauf eines Autos auf die Idee kommen, die Konstruktionspläne zu studieren, um die Sicherheit zu beurteilen. Stattdessen wird

er sich in diesem Fall an Crashtests oder ggf. Schadensstatistiken der Versicherer orientieren. Diese Sicht des Endverbrauchers bedeutet nicht, dass die Sorgfalt bei der Konstruktion und im Produktionsprozess überflüssig wäre. Sie ist vielmehr – wie gerade in dieser Branche erst jüngst wieder deutlich wurde – Voraussetzung dafür, dass das Ergebnis stimmt.

Dieser Sichtwandel in der externen Qualitätssicherung findet in der Medizin erst in den letzten Jahren statt. Am Anfang hat die intraprofessionelle „Ingenieurssicht“ dominiert. Dementsprechend war und ist die Qualitätssicherung auf viele Prozessparameter ausgerichtet. Sofern dies eine Hilfe für die beteiligten Ärzte darstellt und der Erfassungsaufwand vertretbar bleibt, ist dies nicht zu kritisieren, aber eine Ergänzung um die Endpunktparameter ist dringend nötig. In der wissenschaftlichen Medizin ist die Einbeziehung der Endpunkte bei vielen vergleichenden Untersuchungen zu Behandlungsmethoden selbstverständlich. Umso befremdlicher mutet es an, dass die Übertragung dieser Sicht auf den Routineprozess anfangs als so problematisch gesehen wurde.

Geht man in der Messung über den Krankenhausaufenthalt hinaus, so wird – je nach Diagnose – die Qualitätsmessung zunehmend sektorübergreifend. Der Einfluss der verschiedenen Sektoren ist dabei unterschiedlich. Bei der Herzinsuffizienz wird die 30-Tage-Sterblichkeit noch stark von der Krankenhausbehandlung abhängen. Die 1-Jahres-Sterblichkeit spiegelt dagegen die Krankenhausbehandlung, ggf. Reha-Verfahren, die Betreuungsqualität im ambulanten Sektor und die (durchaus auch ärztlich beeinflussbare) Compliance der Patienten wider. Derartige integrale Sichtweisen wären von großem Wert für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in Deutschland. Eine vergleichende Untersuchung der 1-Jahres-Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz könnte lokale Schwachstellen offenbaren und eine Grundlage für gezielte regionale Gesundheitsprogramme darstellen. Zwar wird dagegen eingewandt, dass die Verursacher in einer solchen Sicht nicht klar identifizierbar seien. Diese Sichtweise ist aber zu punitiv oder an kurzfristigen (selektiven) Vertragsmodellen ausgerichtet. Qualitätsorientierte Versorgungspolitik ist auch mit nichtpunitiven Verfahren denkbar und kann dann auch eine Anbietergruppe betreffen, in der der einzelne Verursacher von außen nicht unbedingt identifizierbar sein muss. In diesem Sinne wären auch regionale qualitätsbezogene Vergütungsmodifikationen (Zu-/Abschläge) denkbar, die sich im Sinne der Erreichung von regionalen Gesundheitszielen an übergreifenden Zielwerten orientieren. Betrachtet man das System nicht primär unter „Gerechtigkeitsgesichtspunkten“, sondern im Sinne adäquater Anreizwirkungen, so könnten solche Systeme wesentliche Anreizwirkungen entfalten. Regionale Versuche dazu wären schon jetzt technisch möglich.

Nicht für alle Krankheitsbilder lässt sich die Ergebnisqualität in adäquaten Zeiträumen messen. Dies gilt insbesondere für große Teile der Onkologie. Kurzfristig sind auch hier beispielsweise die Sterblichkeit oder die Komplikationsrate bei nicht rein palliativen Tumoroperationen wesentliche Kriterien. Selbst wenn das Ergebnis mittelfristig infaust sein sollte, sollte der Patient möglichst nicht an Operationen mit nicht-palliativem Ansatz versterben. Das wesentliche Kriterium der mittelfristigen Sterblichkeit (je nach Tumorart 1-, ..., 5- bis 10-Jahres-Sterblichkeit) kommt allerdings für das praktische Qualitätsmanagement oft zu spät. Dennoch ist es eine äußerst wichtige Kennzahl, die einerseits über Tumorregister, andererseits aber auch über Routinedaten gewonnen werden kann und unbedingt zur Verfügung

Abbildung 2–2

Mögliche Qualitätsindikatoren auf verschiedenen Betrachtungsebenen*					
Beispiel	Ebene 0: Strukturqualität	Ebene 1: Prozessqualität	Ebene 2: Ergebnis Krankenhaus	Ebene 3: kurzfristiges Ergebnis extern (QSR)	Ebene 4: mittel- bis langfristiges Ergebnis (QSR)
Herzinfarkt	Sicherstellung der Geräte- und Ausstattungsqualität (z. B. Mindestanforderungen Linksherzkatheter, Intensivmedizin)	Beispiele: door to table/balloon time, Gabe von ASS usw.	Krankenhaussterblichkeit	30-Tage-Sterblichkeit (z. B. QSR)	Reinfarktraten, Reinterventionsraten und -zeitpunkte (möglich mit QSR)
(elektive) Hüftgelenk- endoprothese	Allgemeine Vorschriften Krankenhaushygiene, OP-Ausstattung, Medizinproduktegesetz, usw.	Indikation, OP-Technik, perioperative Antibiotikaprophylaxe usw.	Frühkomplikationen (z. B. Luxation, Revisionen), Wundinfektion, Beweglichkeit, Gehfähigkeit, Todesfälle (z. B. BQS)	90-Tage-Komplikationsraten (Revision, Luxation, thrombembolische Ereignisse, andere Wiederaufnahmen wg. Komplikationen usw.), z. B. QSR	Revisionsraten nach 1, 2, 3, 5, 10... Jahren, Kaplan-Meier-Kurven zur Haltbarkeit des Implantates (möglich mit QSR)
kolorektale Operationen bei Darmkrebs	Allgemeine Vorschriften zur Krankenhaushygiene, OP-Ausstattung, Weiterbildung usw.	Wahl des OP-Verfahrens, adjuvante Chemotherapie usw. gemäß aktueller Leitlinie (S3)	Krankenhaussterblichkeit	90-Tage-Komplikationsraten (Reoperationen, Nahtinsuffizienz, andere Wiederaufnahmen wg. Komplikationen usw.), z. B. QSR	5-Jahres-Überlebensrate, Kaplan-Meier-Kurven usw. (möglich mit QSR)

*Die auf Ebene 3 und 4 über den Krankenhausfall hinausreichende externe Messung nach dem QSR-Verfahren kann derzeit nur von den Krankenkassen durchgeführt werden.

Krankenhaus-Report 2011 WIdO

stehen sollte. Für das Qualitätsmanagement dürften aber in diesem Bereich prozessorientierte Vorgaben unverzichtbar sein, die sicherstellen, dass die Behandlungsschritte, die Einfluss auf das Überleben haben, auch tatsächlich eingehalten werden (Wöckel et al. 2010). Dies setzt zunächst qualitativ hochwertige Leitlinien voraus, aus denen sich gesicherte (!) Zertifizierungsschritte ableiten lassen. Die Bildung der Mammazentren dürfte die Versorgungsqualität verbessert haben, da insbesondere auch der Zwang zur interdisziplinären Abstimmung die Einhaltung der in diesem Fall ergebniswirksamen Leitlinien verbessert haben sollte. Ergebnisse sollten sich in diesem Fall in den Tumorregisterauswertungen zeigen. Sie wären aber auch über Routedaten messbar (QSR).

Es sei an dieser Stelle allerdings kritisch angemerkt, dass derzeit sicher nicht alle der die verschiedensten Krankheitsbilder betreffenden, weit ausufernden Zertifizierungsprogramme zur Qualitätsverbesserung beitragen. Deren Erörterung ist aber nicht Gegenstand dieses Artikels.

Abbildung 2–2 zeigt an drei Beispielen Indikatoren der verschiedenen Betrachtungsebenen. Wichtig beim Aufbau eines umfassenden Indikatorensatzes ist es, dass die Indikatoren der verschiedenen Ebenen dort, wo es möglich ist, aufeinander abgestimmt sind. So sollte beispielsweise die grundsätzliche Definition des Herzinfarktes auf allen Betrachtungsebenen gleich sein, auch wenn jeweils verschiedene Indikatoren für dieses Krankheitsbild gemessen werden. Dennoch werden die Kennzahlen im Detail auf den verschiedenen Ebenen abweichen, da es unterschiedliche technische Möglichkeiten gibt. Misst man beispielsweise den Anteil der mit Linksherzkatheter versorgten Infarktpatienten, so ergibt sich anhand der reinen Krankenhausfalldaten ein unzutreffendes Bild, da Infarktpatienten, die von

kleineren Kliniken ohne Katheterplatz zur Katheterintervention aufwärts verlegt werden, doppelt gezählt werden (zwei Krankenhausfälle). Auf Kassenebene, also beispielsweise mit dem fallübergreifenden QSR-Verfahren, lassen sich (bei nach ICD-Klassifikation sonst gleicher Herzinfarktdefinition) beide Fälle verbinden und Mehrfachzählungen vermeiden, sodass ein zutreffenderes Bild entsteht.

Prinzipiell sind die Krankenhausdaten der Ebene 2 angreifbar, da der Beobachtungszeitraum mit Entlassung quasi „willkürlich“ und nicht standardisiert endet. Das QSR-Verfahren kann auf Ebene 3 und 4 genauere und vor allem standardisierte Ergebnisse (30-Tage-Sterblichkeit) liefern, die aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht wesentlich aussagekräftiger sind. Dennoch sind Auswertungen der Ebene 2 für das Klinikmanagement unverzichtbar, da sie im Gegensatz zu Ebene 3 und 4 sofort zur Verfügung stehen. Ferner sollten erkennbare Probleme auf dieser Ebene Anlass zum Handeln sein (besser wird die Sterblichkeit nach Entlassung nicht).

Betrachtet man den ambulanten Sektor, so muss davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen in einzelnen Praxen häufig nicht ausreichen werden, um krankheitsgruppenbezogene Qualitätsindikatoren sinnvoll zu messen. Auch hinsichtlich der Präzision der Kodierung sind Zweifel angebracht. Dennoch zeigen die genannten Beispiele, dass und wie sektorübergreifende qualitätsverbessernde Verfahren möglich wären. Die 1- oder 2-Jahres-Überlebensrate nach klinischer Erstbehandlung einer Herzinsuffizienz lässt sich beispielsweise am effizientesten im Zusammenwirken aller Beteiligten verbessern. Derzeit gibt es dazu zwar Konzepte (Störk und Angermann 2007), die vereinzelt umgesetzt werden, es fehlen aber wirksame Anreize zur flächendeckenden Umsetzung. Nicht zuletzt sind im Moment auch keine wirksamen Controllinginstrumente implementiert. Mit dem QSR-Verfahren lassen sich aber die Zielgrößen (z. B. Sterblichkeit, Hospitalisationsraten) kontinuierlich messen, sodass das Verfahren „manageable“ wird. Auf dieser Basis ließen sich regionalisierte Gesundheitsziele definieren, die mit Bonus-/Maluszahlungen kombiniert werden könnten (ob dann das zuvor genannte oder andere Verfahren zur Verbesserung der Ergebnisse eingesetzt wird, sollte – solange die Ziele erreicht werden – den Anbietern überlassen bleiben). Dabei sollte im Sinne des Versorgungszieles auch über regionale, gruppenbezogene Lösungen nachgedacht werden. Es kommt hier nicht auf ultimative Gerechtigkeit (Verursacher) an, sondern auf wirksame Anreize zur Implementierung einrichtungübergreifender Verbesserungen. Da eine Verbesserung einerseits das Zusammenwirken voraussetzt, andererseits aber auch davon auszugehen ist, dass gruppenintern Ursachen der Versorgungsprobleme oft bekannt sind, wäre bei entsprechenden Anreizen durchaus mit Verbesserungen zu rechnen.

2.5 Anforderungen an die externe Qualitätsmessung

Nicht jeder Indikator, der etwas über die Qualität der medizinischen Behandlung aussagen kann, ist tatsächlich gleichermaßen für eine externe Darstellung von Qualität geeignet. Gemeint ist hier nicht die Verständlichkeit für das Laienpublikum. Diese kann nicht der alleinige Maßstab für die medizinische Qualitätsmessung sein. Gemeint ist vielmehr die Frage, ob und inwieweit sich Qualität von außen möglichst zuverlässig messen lässt und ob auch beim praktischen Einsatz der Indika-

toren von einer möglichst weitgehenden Manipulationsresistenz ausgegangen werden kann. Es lassen sich unter diesem Gesichtspunkt einige Mindestanforderungen an Qualitätsindikatoren für den Einsatz in der externen Messung formulieren.

Medizinische Aussagekraft

Mögliche Indikatoren müssen eine wesentliche Aussage hinsichtlich des medizinischen Ergebnisses der Behandlung liefern können.

Erfassungsweg bzw. Erfassungsaufwand

Angeichts der ohnehin hohen Dokumentationsbelastung sollte die Kennzahl wenn möglich ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand aus vorhandenen Daten ableitbar sein. Im Zweifelsfall sollte untersucht werden, ob sich gewünschte Ergebnisparameter nicht auch mittelbar mit hinreichender Genauigkeit aus vorhandenen Daten ableiten lassen. Beispielsweise wären umfangreiche Nacherhebungen nach größeren Eingriffen bei niedergelassenen Ärzten (oder in Krankenhausambulanzen) denkbar, um auftretende spätere Komplikationen zu erfassen. Zu fragen ist, ob hier nicht mittelbare Messungen, wie beispielsweise die aus vorhandenen Daten berechenbaren Wiedereinweisungsdaten wegen bestimmter Diagnosen oder die stationäre Durchführung bestimmter komplikationstypischer Prozeduren (z. B. über die OPS-Kodierung identifizierbare Revisionseingriffe) für die Messung ausreichen (AOK-Bundesverband 2007). Damit würden zwar „nur“ die gravierenderen Komplikationen erfasst. Diese wären aber ohne Zusatzaufwand und auch sicher erfassbar, da nicht meldeabhängig (die Wiederaufnahme wird in den Abrechnungsdaten praktisch zu 100% erfasst). Der dafür eingesparte Erfassungsaufwand würde die leichten Einschränkungen, sofern die Fokussierung auf schwerere Komplikationen überhaupt als Einschränkung zu sehen ist, auf jeden Fall rechtfertigen.

Erfassungsqualität

Die zu messende Kennzahl muss in der Praxis hinreichend genau und zuverlässig erfasst werden. Es ist nicht sinnvoll, sehr präzise Fragestellungen zu definieren, wenn bekannt ist, dass die Präzision vorliegender Daten geringer ist. Eine Verbesserung der Datenqualität ist nur durchsetzbar, wenn der Zweck medizinisch hinreichend wichtig und damit für die Beteiligten auch einsehbar ist. Es muss daher oft nach einem Kompromiss zwischen erwünschter und durchsetzbarer Präzision gesucht werden.

Beispiel: Die Auswertung der Herzinsuffizienz nach NYHA-Stufen ist nicht sinnvoll, wenn ein erheblicher Teil der Fälle als „nicht näher bezeichnet“ kodiert ist. Auch stellt sich die Frage, wie belastbar (im Sinne der Objektivität) die NYHA-Diagnose ist. Aus diesem Grunde wird beispielsweise bei den German Inpatient Quality Indicators, G-IQI (Mansky et al. 2010b) die Adjustierung nach Altersstufen und Geschlecht bevorzugt.

Manipulationssicherheit

Ein externer Qualitätsindikator sollte über eine möglichst hohe Manipulationssicherheit verfügen. Er sollte daher möglichst nicht von der Erfassung abhängen (und damit auch nicht durch einfaches Unterlassen manipulierbar sein). Die aus adminis-

trativen Daten gemessene Sterblichkeit oder Wiederaufnahmeraten sind in diesem Sinne relativ harte Indikatoren, die Frage nach direkt kodierten Komplikationen ist dagegen eher als vergleichsweise naiv zu bezeichnen.

Zeitnähe

Sofern die Kennzahlen Krankenhausfälle betreffen, ist eine zeitnahe Messung wünschenswert, da die Ergebnisse sonst nicht in das Management integrierbar sind. Soweit auf Kassenebene Langzeitindikatoren gemessen werden, ist es sinnvoll, zusätzlich auch krankenhauserne, inhaltlich korrespondierende, intern messbare und zeitnah verfügbare Kennzahlen zur Verfügung zu stellen, auch wenn diese nicht so gut standardisiert sind wie die Langzeitergebnisse (bei der aus Kassendaten gemessenen 30-Tage-Sterblichkeit für den Herzinfarkt wäre das beispielsweise die Krankenhaussterblichkeit).

Eignung für das interne Management

Die Eignung für das interne Management der Abteilung bzw. des Krankenhauses (oder auch einer Arztpraxis) ergibt sich aus den vorherigen Kriterien (Relevanz, Beeinflussbarkeit, Manipulationssicherheit, Zeitnähe).

Patientensicherheit

Bestimmte Indikatoren beschreiben seltene Ereignisse, die nicht unbedingt auf prinzipielle Mängel in den krankheitsbezogenen Prozessen zurückzuführen sind, die aber einen Hinweis auf ein Sicherheitsversagen im Einzelfall geben können und aus diesem Grunde Anlass zur Nachuntersuchung der Indikatorfälle sein sollten. Beispiel: Sentinel-Todesfälle bei Hüftgelenkendoprothesen oder Cholezystektomien.

Sinnvolle Anreiz- /Verbesserungswirkung

Der Indikator muss wichtig genug und prinzipiell geeignet sein, Verbesserungsprozesse beim Leistungserbringer anzustoßen. Bei medizinisch wesentlichen Indikatoren wird diese Bedingung in der Regel erfüllt sein.

Die folgenden Kriterien können zur Information mit angegeben werden:

Wissenschaftlicher Bezug

Qualitätssicherung in der Versorgungswirklichkeit ist nicht mit der Situation einer wissenschaftlichen Studie vergleichbar. Ein- und Ausschlusskriterien lassen sich zwar auch, aber nicht so präzise definieren wie in Studien üblich. Dennoch sollten Ergebniskennzahlen zumindest einen Bezug zu den für ein Krankheitsbild prinzipiell auch in wissenschaftlichen Untersuchungen verwendeten Definitionen haben. Abweichungen davon lassen sich dann ggf. anhand der Unterschiede in den Definitionen präzisieren und verstehen.

Risikoadjustierung

Es lässt sich prinzipiell aussagen, ob ein Indikator adjustierbar bzw. ob eine Risikoadjustierung im konkreten Fall sinnvoll ist (auf Einzelheiten der Risikoadjustierung wird in diesem Artikel nicht eingegangen).

Sektorbezug

Der Sektorbezug kann für jeden Indikator qualitativ beschrieben werden.

Ökonomische Bedeutung

Ein bestimmtes Ergebnis kann, muss aber nicht, auch ökonomisch im Sinne von Einsparungen oder Mehrkosten bedeutsam sein. Zumindest qualitativ lässt sich die Richtung beschreiben. Die Senkung postoperativer Komplikationsraten wird beispielsweise fast immer auch zur Senkung von Folgekosten führen. Die Senkung der Infarktsterblichkeit ist zumindest im direkten Sinne ökonomisch neutral (die erweiterte Betrachtung im Sinne möglicher gewonnener Lebensjahre etc. ist hier nicht gemeint).

Abbildung 2–3

Bewertungsmatrix für beispielhaft ausgewählte Qualitätsindikatoren						
Kriterium	1	2	3	4	5	6
Indikatoren	Histol. Befund Cholezystektomie	Herzinfarktsterblichkeit im Krankenhaus	Herzinfarktsterblichkeit, 30 Tage (QSR)	Todesfälle bei Hüft-TEP	Komplikationen z. B. bei Hüft-TEP (BQS)	90-Tage-Komplikationsindex z. B. nach Hüft-TEP (QSR)
Quelle	Erfassung	Routinedaten Krankenhaus	Routinedaten Kassen	Routinedaten Krankenhaus	Erfassung	Routinedaten Kassen
Medizinische Aussagekraft	0	++	+++	+	+	+++
Erfassungsaufwand	+	--	--	--	++	--
Erfassungsqualität	0	++	++	++	-	++
Manipulationssicherheit	--	+	++	++	--	++
Zeitnähe	0	+	-	+	0	-
Eignung für Management	--	++	+	+	+	+
Reiner Patientensicherheitsindikator	0	0	0	+	-	0
Sinnvolle Anreizwirkungen	--	++	++	+	0	++
Wissenschaftlicher Bezug	n/a	+	++	n/a	+	+
Risikoadjustierung	n/a	+	+	n/a	+	+
Sektorbezug	stationär	stationär	überwiegend stationär mit ambulant	stationär	stationär	stationär mit ambulant
Ökonomische Bedeutung	0	0	0	0	+	++
Eignung für P4P	nein	+	+++	0/+	--	+++

Symbole:
 +++ bis + = sehr hoch bis hoch bzw. sehr zutreffend bis zutreffend
 0 = mittel bzw. geringe Bedeutung
 - bis -- = gering bis sehr gering bzw. kaum bis gar nicht zutreffend
 n/a = nicht anwendbar

Krankenhaus-Report 2011 WIdO

Eignung für P4P

Die Eignung eines Indikators für den Einsatz im Rahmen qualitätsorientierter Vergütungssysteme lässt sich qualitativ abschätzen.

Die hier genannten Kriterien lassen sich auf denkbare Indikatoren anwenden. Abbildung 2–3 erläutert dies anhand einiger prägnanter Beispiele. Die Beispiele zeigen:

1. Die Frage, ob eine Gallenblase nach Cholezystektomie bei gutartigen Erkrankungen histologisch untersucht wurde, hat nur geringe Relevanz, auch deshalb, weil es sich um einen organisatorischen Routineschritt im OP-Bereich mit „Alles-oder-nichts“-Charakter handelt. Wesentliche Verbesserungseffekte sind aufgrund dieser Messung nicht zu erwarten und die Manipulationsanfälligkeit wäre im Zweifelsfall hoch. Die Eignung für das Qualitätsmanagement ist daher vergleichsweise gering.
2. Die Krankenhaussterblichkeit bei Herzinfarkt ist medizinisch sehr wichtig. Die Rückwirkung auf die Prozesse und potenzielle Verbesserungseffekte sind bei einer wirksamen Auseinandersetzung mit dieser Kennzahl sehr hoch. Aufgrund dieses Sachverhalts und der zeitnahen Verfügbarkeit ist die Eignung für das Management hoch. Für eine qualitätsorientierte Vergütung ist der Indikator wegen unzureichender Standardisierung aber weniger geeignet.
3. Die derzeit nur kassenseitig messbare, standardisierte 30-Tage-Sterblichkeit bei Herzinfarkt hat medizinisch ebenfalls eine hohe Bedeutung. Sie ist im Gegensatz zur Krankenhaussterblichkeit ein gut standardisierbarer, vergleichsweise manipulationsresistenter Wert mit daher auch hoher Eignung für eine Integration in qualitätsorientierte Vergütungsverfahren. Für das krankenhausinterne Management ist der Indikator allerdings trotz der aus medizinischer Sicht guten Qualität allein aufgrund der mangelnden Zeitnähe der Verfügbarkeit weniger geeignet.
4. Die Todesfälle bei (elektiven) Hüftgelenksendoprothesen sind ein wichtiger Patientensicherheitsindikator und sollten daher auf jeden Fall im internen Management Beachtung finden. Da es Einzelereignisse sind, ist die Eignung für qualitätsorientierte Vergütungsverfahren nur in Kombination mit anderen Kennzahlen gegeben.
5. Komplikationsangaben, beispielsweise in der BQS-Erfassung: Diese Werte sind stark erfassungsabhängig und daher nicht hinreichend manipulationssicher. Wie bei der Krankenhaussterblichkeit endet ferner der Beobachtungszeitraum in der Regel mit der Entlassung. Die Eignung für qualitätsorientierte Vergütungsverfahren ist daher gering.
6. 90-Tage-Komplikationsindex aus QSR-Daten: Mit diesem Indikator lassen sich zusammengefasst harte Komplikationen in Form von Wiederaufnahmen wegen thromboembolischer Ereignisse, Luxationen oder Revisionen auswerten. Diese Kennzahlen sind kaum manipulierbar. Die Eignung für eine qualitätsorientierte Vergütung ist daher hoch. Die Zahlen sind auch für das krankenhausinterne Management wichtig, methodenbedingt aber erst relativ spät verfügbar. Die aus dem Indikator resultierenden Anreize zur Verbesserung der Behandlungsabläufe sind hoch. Ferner hat der Indikator erhebliche (volks-) wirtschaftliche Bedeutung, da die Behandlung der Komplikationen sehr kostenintensiv ist.

Diese beispielhafte, kursorische Erörterung verschiedener Indikatoren gibt die Sicht des Autors wieder und mag stellenweise diskussionsbedürftig sein. Die Darstellung zeigt aber exemplarisch, dass es möglich ist, die Bedeutung und Eignung von Qualitätsindikatoren für die Qualitätsverbesserung und für qualitätsorientierte Vergütungssysteme qualitativ zu bewerten.

Auch das AQUA-Institut nimmt derzeit Bewertungen der neuen Qualitätsindikatoren in den laufenden Panelverfahren vor (AQUA 2010). Allerdings sind dort die Bewertungsdimensionen (auftragsgemäß) eingeschränkter als im hier vorgestellten Ansatz und betreffen vorwiegend medizinische Aspekte im engeren Sinne. Der hier erörterte Ansatz geht über den Auftrag des AQUA-Instituts hinaus und bewertet mögliche Indikatoren auch nach der Eignung im betriebswirtschaftlichen Sinne (Management von Qualitätsverbesserungen) und im Sinne der Eignung für künftige qualitätsorientierte Vergütungsmodifikationen. Ferner werden der oft tabuisierte Aspekt der inhärenten Manipulationsresistenz und der Erfassungsaufwand explizit als Beurteilungskriterien angesprochen.

2.6 Qualitätsmessung und selektive Verträge

Ergebnisqualität war auch früher bereits Gegenstand von Versorgungsverträgen. Insbesondere im Rahmen des vermehrten Abschlusses der Verträge zur integrierten Versorgung im Rahmen der ab 2004 geltenden Anschubfinanzierung gab es im Zusammenhang mit den nach §140b SGB V formulierten Anforderungen entsprechende Vereinbarungen. Bei den Endoprothesen wurden beispielsweise in der einen oder anderen Form zum Teil sogar 5- bis 10-Jahres-Garantien vereinbart. Dem Autor ist wenig darüber bekannt, inwieweit die Umsetzung solcher Garantien auch tatsächlich erfolgte bzw. erfolgt, ob entsprechende Controlling-Instrumente aufgebaut wurden (dies wäre beispielsweise mit Methoden analog zu QSR möglich) bzw. inwieweit Garantiezusagen seitens der Krankenkassen auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Auch der Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung (Grothaus 2009) enthält dazu keine Informationen.

Die AOK hat jetzt begonnen, Ergebnisse aus dem QSR-Projekt im Rahmen von Versorgungsverträgen für elektive Leistungen (Endoprothesen) zu verwenden (Göbel 2009; Mohrmann 2009). Dies ist einerseits zu begrüßen, da hier Pionierarbeit geleistet wird und die Methodik der Qualitätsmessung erstmals Eingang in Vergütungsverträge findet. Andererseits ist in Zukunft noch zu diskutieren, ob die qualitätsorientierte Vergütung eher ein Thema im kollektivvertraglichen Bereich oder im selektiven Kontrahieren sein wird. Aus der Perspektive eines selektiven Kontrahierens wären im Hinblick auf ein umfassenderes Zielbild der Qualitätsverbesserung allerdings noch folgende Aspekte zu diskutieren:

1. Bisher wird die qualitätsbezogene Vergütung in diesem Bereich vor allem mit Blick auf elektive, medizinisch eher „einfachere“ Krankheitsbilder diskutiert. Das ist einerseits legitim, zeigen doch die QSR-Ergebnisse, dass auch hier noch erhebliche Verbesserungen zu erzielen sind. Andererseits muss aber der Anspruch erhoben werden, dass auch die Qualitätsverbesserung, beispielsweise Verbesserung der Sterblichkeit, bei schweren akuten Krankheitsbildern

- (Pneumonie, Schlaganfall, Herzerkrankungen; siehe HELIOS 2008) avisiert wird.
2. Die AOK kann mit ihrem erheblichen Marktanteil in der Größenordnung von 40% der stationären Fälle Maßstäbe setzen. Das Verfahren ist aber nicht ohne Weiteres auf kleinere Datenbestände übertragbar. Krankenkassen mit einem Marktanteil von beispielsweise rund 10% können für ihre jeweiligen Versicherten die Ergebnisse nicht sicher messen. Ein umfassenderer Ansatz muss daher das Ziel haben, die Ergebnisqualitätsmessung auf eine vollständige Datengrundlage aller Krankenhausfälle zu stellen.
 3. Schließlich muss sich Qualitätsmanagement im Krankenhaus auf ein Krankheitsbild bzw. einen Eingriff beziehen und nicht auf den Versichertenstatus des Patienten. Es kann für eine Krankheit in einem Krankenhaus nicht verschiedene Qualitätskriterien oder Ziele oder Behandlungspfade geben. Es ist vielmehr gerade das Ziel des Qualitätsmanagements, eine möglichst standardisierte, gleichmäßig sichere, leitliniengerechte Behandlung für alle Patienten in einer Krankheitsgruppe durchzusetzen. Nur dies garantiert beste Qualität (Peterson et al. 2006). Dieses Zielbild einer umfassenden Qualitätssteigerung wäre im kollektivvertraglichen Bereich mit entsprechenden Vergütungssystemen umsetzbar. Im selektiven Kontrahieren wären nur Ansätze, bei denen es darum geht, die besten Häuser für die jeweils eigenen Versicherten zu belegen, konform zu dieser Bedingung. Die Schaffung unterschiedlicher Qualität im gleichen Krankenhaus mit Blick auf die eigene Versichertenklientel wäre medizinisch nicht sinnvoll und daher nicht akzeptabel.

Ein selektives Kontrahieren in diesem umfassenden Sinne (Qualitätssteigerung in allen Versorgungsbereichen, Belegungswettbewerb, keine Qualitätsdifferenzierung entlang des Versichertenstatus) steht allenfalls am Anfang. Zu begrüßen ist aber schon heute das Vorgehen der AOK wegen seiner Schrittmacherfunktion. Vor allem ist herauszustellen, dass die AOK mittels der QSR-Methodik Qualität in glaubhafter Weise zum Vertragsgegenstand machen kann, da sie über Methoden zur selbstständigen Messung und somit zum effizienten und zeitnahen Vertragscontrolling verfügt. Ob die gewollte umfassende Qualitätsorientierung langfristig eher im Rahmen des skizzierten selektivvertraglichen Vorgehens erreicht werden kann oder ob sie eher über Regelungen im kollektivvertraglichen Bereich erreichbar ist, beispielsweise durch eine ergebnisabhängige Modifikation der Vergütungssystematik, wie vom Autor an anderer Stelle vorgeschlagen (siehe auch Abschnitt 2.7), muss die Zukunft erweisen.

2.7 Weitere Intensivierung der Qualitätsorientierung

Es gibt mehrere Hauptwege, die Qualitätsorientierung zu verbessern, darunter die einheitliche, vergleichende Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen und die qualitätsorientierte Vergütung. Für Diagnosen bzw. Therapieverfahren, bei denen das Behandlungsergebnis nicht in vertretbarer Zeit messbar ist, müssen auch Verfahren zur sicheren Umsetzung der nachgewiesenen wirksamen Prozessschritte in Erwägung gezogen werden (beispielsweise mittels Zertifizierung).

Das „Public Reporting“ setzt sich weltweit mehr und mehr durch. In den USA ist die Verfügbarkeit harter Daten, wie etwa der 30-Tage-Sterblichkeit, für viele Krankheitsbilder eine Selbstverständlichkeit (Beispiele: HealthGrades 2010, Cleveland Clinic 2010; California HealthCare Foundation 2010). Die Nutzung von Routinedaten (administrative data) ist dabei eine Selbstverständlichkeit. Besonders intensiv wurde dort die Veröffentlichung der Sterblichkeiten für die Herzchirurgie am Beispiel des Bundesstaates New York diskutiert. Es wurde kritisiert, die Veröffentlichung führe dazu, dass Risikopatienten operiert werden. Diverse Untersuchungen können dies jedoch nicht belegen, sondern weisen darauf hin, dass gerade schlechtere Einrichtungen sich entweder verbessert haben oder vom Markt gegangen sind (Hannan et al. 1995; Steinbrook 2006).

In Deutschland gibt es zwar auch eine Veröffentlichungspflicht für Qualitätsindikatoren. Viele der verfügbaren und vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Veröffentlichung empfohlenen BQS-Indikatoren sind aber hinsichtlich der Ergebnisqualität weniger aufschlussreich. Im Sinne der oben genannten Anforderungen an die Qualitätsindikatoren wären hier künftig erhebliche Verbesserungen möglich. Die AOK bzw. das WIdO können auf der Basis der QSR-Methodik eine Vorreiterrolle übernehmen. Auf Krankenseite haben die HELIOS Kliniken wesentliche Vorarbeiten geleistet. Die HELIOS Kliniken bzw. jetzt auch die Initiative Qualitätsmedizin, IQM, veröffentlichen sowohl von der Reichweite (d. h. Anzahl der betroffenen Fälle und Krankheitsbilder) als auch von der medizinischen Bedeutung her umfassende Indikatoren nach der Systematik der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI; HELIOS 2008; Mansky und Nimptsch 2010c). Mit der bevorstehenden Veröffentlichung der Version 3 der G-IQI Indikatoren wird dieses Qualitätsreporting nochmals deutlich verbessert und erweitert werden.

In der Schweiz werden seit 2009 Qualitätsindikatoren auf der Basis der G-IQI veröffentlicht (Schweizerische Eidgenossenschaft 2010). Derzeit ist die Teilnahme der Spitäler freiwillig. An der Auswertung für das Datenjahr 2007 hat knapp die Hälfte der Spitäler teilgenommen. In den Folgejahren soll diese Veröffentlichung obligat werden. Aufgrund der Auswahl der Indikatoren ist das Reporting umfassender und betrifft eher medizinisch wesentliche Ergebnisindikatoren als die derzeit offizielle deutsche Berichterstattung auf der Basis der BQS-Kennzahlen.

Es ist nicht völlig klar, ob die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren einen direkten Einfluss auf die Krankenhauswahl der Patienten hat. Einige Untersuchungen in den USA scheinen dagegen zu sprechen (Schauffler und Mordavsky 2001). Allerdings wird einerseits kritisiert, dass auch in den USA die Qualitätsdarstellungen noch zu uneinheitlich und für den Verbraucher zu unverständlich seien und daher nicht wirken könnten (Rothberg et al. 2008). Andererseits ist zu bedenken, dass die freie Krankenhauswahl in den USA vielfach aufgrund erheblicher Zuzahlungen seitens des Patienten in der Praxis stark eingeschränkt ist. Unter diesen Umständen können Qualitätsgesichtspunkte nur zum Teil wirksam werden. Insgesamt besteht aber in der Literatur wenig Zweifel, dass die intraprofessionelle Wirkung der Veröffentlichungen beträchtlich ist und ganz erheblich zu Verbesserungen beiträgt. Die Erfahrungen der HELIOS Kliniken, die seit 2000 ihre Ergebnisse veröffentlichen, bestätigen dies (HELIOS 2008). Gleichzeitig konnte in verschiedenen HELIOS-Krankenhäusern ein erheblicher Fallzahlenanstieg nach deutlichen Qualitätsverbesserungen beobachtet werden (HELIOS 2008, S. 90f und

S. 98f). Dieser scheint nur zum Teil auf die Veröffentlichung der Indikatoren und deren Wahrnehmung durch die Patienten zurückzuführen sein, da er bereits vor der Veröffentlichung der verbesserten Kennzahlen einsetzte. Dies spricht dafür, dass die informelle lokale Wahrnehmung der Verbesserungen durch Patienten und einweisende Hausärzte ein entscheidender Faktor ist. Träfe dies zu, dann wären die Qualitätsindikatoren vor allem ein Instrument, mit dem seitens des Managements Schwachstellen erkannt und – zum Nutzen der Patienten und des Krankenhauses – beseitigt werden können.

Eine weitere Intensivierung der Auseinandersetzung mit Qualitätsverbesserungen kann erreicht werden, wenn medizinische Ergebnisse in die Vergütungssystematik einbezogen werden. Der Autor hat verschiedene Ansätze dazu an anderer Stelle diskutiert (Mansky 2010a). Ein bevorzugtes Modell wäre die ergebnisabhängige Modifikation der Basisfallwerte der Krankenhäuser. Dazu müssten die verschiedenen Qualitätsindikatoren mit Punktzahlen versehen werden. Diese ließen sich auch mengenabhängig modifizieren, sodass beispielsweise die maximale Punktzahl für einen Qualitätsindikator nur erreicht werden kann, wenn nicht nur der Wert besser ist als der Bundesdurchschnitt, sondern gleichzeitig auch überdurchschnittliche Fallzahlen behandelt werden. Aus den einzelnen Punktwerten kann eine Gesamtpunktzahl errechnet werden, die in Beziehung zu der im jeweiligen Haus erreichbaren Maximalpunktzahl gesetzt werden kann. Aus dem Über- bzw. Unterschreiten des Bundesmittelwertes, der sich bei Verwendung von Routinedaten aus den Daten nach § 21 KHEntgG bzw. analogen Datenbeständen errechnen ließe, könnte ein prozentualer Zu- bzw. Abschlag auf den Basisfallwert eines Krankenhauses bestimmt werden. Zu- und Abschläge in einem Bereich von maximal plus/minus 3 bis 5 Prozent (die Extremwerte werden in der Praxis kaum erreicht) würden ausreichen, um erhebliche Anreizwirkungen hinsichtlich einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Qualität zu setzen. Auf diese Weise würde die Auseinandersetzung mit der Qualität das gesamte Klinikmanagement beeinflussen. Gegenwärtig wird „Qualität“ in vielen administrativen Bereichen eher als Marketingaufgabe und weniger als Managementauftrag betrachtet. Diese Einstellung ließe sich durch Einbeziehung harter Kennzahlen in das Vergütungssystem verändern.

Voraussetzung für die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in die Vergütungssystematik ist die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Die Krankenhausdaten nach § 21 KHEntgG sind bereits verfügbar und könnten sofort genutzt werden. Für eine sinnvolle Messung der QSR-Indikatoren auch außerhalb des AOK-Systems müssten die Daten der Krankenkassen kassenübergreifend zusammengeführt werden. Ein solches Verfahren ließe sich analog zur krankenhausesübergreifenden Zusammenführung der Falldaten nach § 21 KHEntgG realisieren. Über standardisierte Schnittstellen können bei entsprechendem politischen Willen in ähnlicher Form auch medizinische Daten der Krankenkassen zentral nutzbar gemacht werden. Dies würde nicht nur für die Qualitätsmessung, sondern auch für die Versorgungsforschung erhebliche neue Möglichkeiten schaffen, wie das Beispiel entsprechender, vielfältig genutzter Datenbestände in den USA zeigt (CMS 2010).

2.8 Zusammenfassung

Die Entwicklung der Vergütungssysteme, die damit die erweiterte Verfügbarkeit medizinischer Daten und die technische Entwicklung erlauben Verbesserungen in der Messung medizinischer (Ergebnis-)Qualität. Bisher kaum in der Routine darstellbare Qualitätsindikatoren werden mit nur geringem Zusatzaufwand berechenbar. Diese Erweiterung der Möglichkeiten ergänzt die bisherigen, stärker prozessorientierten und aufwändigen Verfahren in sinnvoller Weise oder kann diese zum Teil sogar in effizienterer Form, d. h. mit stark reduziertem Erfassungsaufwand, ersetzen.

Die neuen Möglichkeiten erlauben die Qualitätsmessung auf prinzipiell zwar nicht neuen, bisher aber wegen des Aufwandes kaum zugänglichen Betrachtungsebenen. Insbesondere kann auch die mittel- bzw. langfristige Entwicklung eines Krankheitsbildes bzw. Behandlungsergebnisses nach Erstbehandlung oder Intervention verfolgt werden. Diese Messungen sind inhärent sektorübergreifend. Gleichzeitig kann diese Art der Messung auch auf Seiten der Krankenkassen durchgeführt werden, sodass das bisherige Monopol der Anbieter bezüglich der Qualitätsmessung entfällt. Diese Entwicklung ist in anderen Wirtschaftszweigen längst vollzogen. Sie ist auch in der Medizin unumgänglich.

Die externe, stärker ergebnisbezogene Sicht auf die Qualität wird zunehmend die parallel weiterhin erforderliche intraprofessionelle („ingenieurtechnische“) Betrachtungsweise ergänzen. Mit der Erweiterung der Möglichkeiten und neuen Anwendungen der Qualitätsindikatoren ändert sich auch deren Anwendungszweck. Die vergleichende Darstellung, die Einbindung in Versorgungsverträge und künftig die eventuelle Verwendung im Vergütungssystem rücken stärker in den Vordergrund. Neben der Frage nach der medizinischen Bedeutung und Aussagekraft der Indikatoren ist zunehmend auch die Frage der Manipulationsresistenz kritisch zu sehen. Die bisherige rein medizinische Bewertung der Qualitätsindikatoren ist daher um weitere Dimensionen zu ergänzen.

Trotz noch bestehender Vorbehalte dürfte der Einsatz dieser neuen Messinstrumente bei richtiger Anwendung geeignet sein, die bereits jetzt hervorragende Qualität des deutschen Gesundheitswesens weiter zu verbessern.

2.9 Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Guide to Inpatient Quality Indicators, Version 3.1 (March 12, 2007). http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf (6. September 2010).
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätssicherung und Forschung im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2.0, Stand: 30. Juni 2010. http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_2-0.pdf (6. September 2010).
- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 2007.

- Bradley EH, Roumanis SA, Radford MJ, Webster TR et al. Achieving Door-to-Balloon Times That Meet Quality Guidelines: How Do Successful Hospitals do it? *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1236–41.
- Bradley EH, Herrin J, Elbel B et al. Hospital quality for acute myocardial infarction. Correlation among process measures and relationship with short-term mortality. *JAMA* 2006; 296: 72–8.
- Busse R, Nimptsch U, Mansky T. Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. *Health Affairs* 2009; 28 (2): w294–w304.
- California HealthCare Foundation. Rating Hospital Quality in California. <http://www.calhospital-compare.org/?v=3> (6. September 2010).
- Cleveland Clinic, Heart & Vascular Institute. Outcomes 2009. <http://my.clevelandclinic.org/heart/about/outcomes/default.aspx> (5. September 2010).
- Davis CK, Rhodes DJ. The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy* 1988; 9: 117–31.
- Fuchs F, Amon M, Nimptsch U, Mansky T. A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-27226, <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2722/>
- Göbel T. Erfahrungen und Konzepte der AOK Hessen. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: S317.
- Grothaus FJ. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) 2009.
- Hannan EL, Siu AL, Kumar D, Kilburn H, Chassin MR. The Decline in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Mortality in New York State: The Role of Surgeon Volume, *JAMA* 1995; 273: 209–13.
- HealthGrades. Find a Hospital. Hospital Reviews and Ratings. <http://www.healthgrades.com/find-a-hospital?intcid=WLCM-Hosp> (5. September 2010).
- HELIOS Kliniken. Ergebnisqualität sicher messen und aktiv verbessern – Erfahrungen. Medizinischer Jahresbericht 2006/2007. Berlin: HELIOS Kliniken 2008.
- Mansky T, Nimptsch U. German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) – Qualitätsmessung in der Initiative Qualitätsmedizin. In: Kuhlen R, Rink O, Zacher J (Hrsg). *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010c*. Berlin: MWV (im Druck).
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg). *Committee on Quality of Health Care in America: To err is human – Building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press 1999.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Neuer Rahmen für die Kliniken. *Gesundheit und Gesellschaft* 2007; 10: 27–32.
- Mansky T. Qualitätsorientierte Vergütung: Was wäre machbar? *Der Chirurg BDC* 2010a; 1: 6–9.
- Mansky T, Nimptsch U, Vogel K, Hellerhoff F. G-IQI – German inpatient quality indicators, Version 2.5. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-26102, <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2610/>
- Mohrmann M. Elektive Endoprothetik – Patientensteuerung nach Qualitätsergebnissen: Projekte der AOK Rheinland/Hamburg. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: S318.
- OECD. *Health: Quality and choice*. Health policy studies No. 4. Paris: OECD 1994.
- Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, DeLong ER, Lytle BL et al. Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2006; 295: 1912–20.
- Porter ME, Teisberg Olmsted E. *Redifining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press 2006.
- Rothberg MB, Morsi E, Benjamin EM, Pekow PS, Lindenauer PK. Choosing The Best Hospital: The Limitations Of Public Quality Reporting. *Health Affairs* 2008; 27: 1680–7.
- Steinbrook R. Public Report Cards – Cardiac Surgery and Beyond. *New Engl J Med* 2006; 355: 1847–9.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Inneren, Bundesamt für Gesundheit. *Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2007*. Bern: Bundesamt für Gesundheit 2010.

Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer Reports in Health Care: Do They Make a Difference? *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 69–89.

Störk S, Angermann CE. Das Interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz. *GGW* 2007; 1 (7): 14–22.

Wöckel A, Kurzeder C, Geyer V, Novasphenny I, Wolters R, Wischnewsky M, Kreienberg R, Varga D. Effects of guideline adherence in primary breast cancer – a 5-year multi-center cohort study of 3976 patients. *Breast* 2010; 19(2): 120–7.

This page intentionally left blank

3 **Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) auf der Basis von Routinedaten**

Günther Heller

Abstract

In diesem Beitrag wird dargelegt, wie die Ergebnisqualität auf der Basis von Routinedaten erhoben und klinikspezifisch ausgewiesen werden kann. Dabei werden Analysen von insgesamt über 16 600 AOK-versicherten sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW) der Jahre 2003 bis 2009 erstellt und ein Vergleich der aktuell noch an der Regelversorgung teilnehmenden Level-1-Kliniken durchgeführt. Die Vor- und Nachteile von routinedatenbasierten Messmethoden im Vergleich zu Analysen auf Basis der seit 30 Jahren in Deutschland existierenden Neonatalerhebung werden diskutiert und Möglichkeiten einer künftigen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für VL BWs skizziert.

The article discusses how outcome quality for individual hospitals may be determined and reported by using routine data. This analysis is based on a total of over 16,600 AOK-insured very low birth weight infants (VLBW) born between 2003 and 2009. So-called level 1 hospitals which are currently still participating in standard care are benchmarked. The article discussed the pros and cons of measures based on the use of routine data in comparison to analyses based on the survey of neonatal care which has been carried out in Germany for the past 30 years and outlines possible future cross-sectoral quality assurance methods for VL BWs.

3.1 **Einführung**

Die Ermittlung der Behandlungsqualität von Frühgeborenen ist international wie auch national seit Jahrzehnten von großem wissenschaftlichen und öffentlichen Interesse. Um die Qualität der Versorgung von Frühgeborenen zu sichern, wurde in Deutschland bereits zu Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zunächst in Niedersachsen und Bayern eine Neonatalerhebung entwickelt und eingeführt, die

rasche Verbreitung fand und seit den 90er Jahren praktisch bundesweit flächendeckend eingesetzt wurde. Ausgehend davon hat die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) eine bundesweite Neonatalerhebung entworfen, die das AQUA-Institut nach Übernahme des sektorenübergreifenden Verfahrens nach § 137 SGB V aktuell umsetzt und weiterentwickelt (AQUA-Institut 2010).

Der zentrale Indikator für die Ergebnisqualität in der Versorgung von VLBWs ist die risikoadjustierte Neugeborenensterblichkeit oder neonatale Mortalität (Sterblichkeit von Lebendgeborenen innerhalb von vier Wochen nach der Geburt). Dabei existieren zahlreiche Ansätze, die Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit der Neugeborenen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Prognosevariablen zu einem Score zusammenzufassen und diesen Score anschließend als Basis für risikoadjustierte Modellbildungen zu nutzen.

Bekannte Beispiele hierfür sind z. B. der CRIB- bzw. CRIBII-Score (International Neonatal Network 1993; Parry et al. 2003), oder die SNAP- bzw. SNAPPE-Scores (Richardson et al. 1999; Richardson et al. 2001). Allerdings werden für die Berechnung der genannten Scores einige schwer zu erhebende physiologische Messwerte benötigt.

Ziel dieser Arbeit ist es, ein Prognose- bzw. ein Risikoadjustierungsmodell zu erläutern und zu diskutieren, das allein auf GKV-Abrechnungsdaten basiert. Nach Analyse des Modellfits werden zusätzlich klinikspezifische Ergebnisse dieser Berechnungen für die aktuell als Level-1-Kliniken noch an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser dargestellt. Anschließend sollen Vor- und Nachteile dieses Modells gegenüber den surveybasierten Modellen und seine potenzielle Bedeutung bei der Weiterentwicklung neonatologischer Qualitätssicherungsinstrumente in Deutschland diskutiert werden.

3.2 Material und Methoden

Bundesweit wurden alle AOK-versicherten Kinder analysiert, die ein Aufnahme-gewicht zwischen 300 g und 1499 g und ein Lebensalter von 0 oder 1 Tag bei Aufnahme aufwiesen und zwischen dem 01.01.2004 und dem 30.09.2009 entlassen wurden. Wurde ein Kind mehrfach stationär behandelt, wurde nur der erste Krankenhausaufenthalt gezählt. Als Analyseendpunkt wurde der Überlebensstatus des Kindes innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme gewählt. Dies geschah, weil dieser Endpunkt bereits für andere Zwecke aufbereitet in unseren Daten vorliegt (Heller 2010). Als Informationsgrundlage dienten die Angaben, die die Krankenhäuser gemäß § 301 SGB V im Rahmen der Abrechnung an die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln, wie auch anonymisiert verknüpfte Personenbestandsdaten zur Ermittlung des Überlebensstatus. Neugeborene mit einer kongenitalen Anomalie als Hauptdiagnose wurden ausgeschlossen.

Prognosemodelle wurden anhand von Angaben zu Geschlecht, Aufnahme-gewicht und weiteren kodierten diagnosebasierten Risikoadjustierungsvariablen erstellt. Dazu wurden logistische Regressionen genutzt. Zur Evaluation der Modell-güte wurden Receiver-Operating-Characteristic-Analysen und Hosmer-Lemeshow-Tests durchgeführt (Hosmer und Lemeshow 2000; Iezzoni 2003) und die Ergeb-

nisse anschließend mit anderen publizierten Werten verglichen. Die graphische Illustration eines Volume-Outcome-Zusammenhangs wurde mit einer lokalen gewichteten Regression (Lowess) dargestellt (Schnell 1994). Alle statistischen Analysen wurden mit Stata 10.0 durchgeführt (StataCorp 2007).

Auf der Basis dieses Modells werden klinikspezifische Standardisierte Mortalitäts-Ratios (SMR) ermittelt, indem die Anzahl der beobachteten verstorbenen Kinder einer Klinik durch die Anzahl der gemäß dem Prognosemodell zu erwartenden verstorbenen Kinder dividiert wird.

3.3 Ergebnisse

Tabelle 3–1 zeigt die Charakteristika der analysierten Population. Insgesamt wurden 16607 Früh- und Neugeborene aus Kliniken in die Analyse eingeschlossen. Das durchschnittliche Aufnahmegewicht betrug 1074 Gramm (Quartilsgrenzen 828/1120/1350). 21,7% waren Mehrlinge. In 19,4% der Fälle war eine intrauterine Mangelentwicklung oder fetale Mangelernährung dokumentiert. Die 30-Tage-Sterblichkeit betrug 10,4% (Tabelle 3–1)

In die logistische Regression wurden nach inhaltlicher und statistischer Prüfung zahlreicher potenzieller Einflussfaktoren folgende Variablen mit aufgenommen: Entlassungsjahr, kategorisiertes Aufnahmegewicht, Geschlecht, übergewichtige oder zu schwere Neugeborene, Hypoxie unter der Geburt, intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung. Dabei weist die Fläche unter der Receiver-

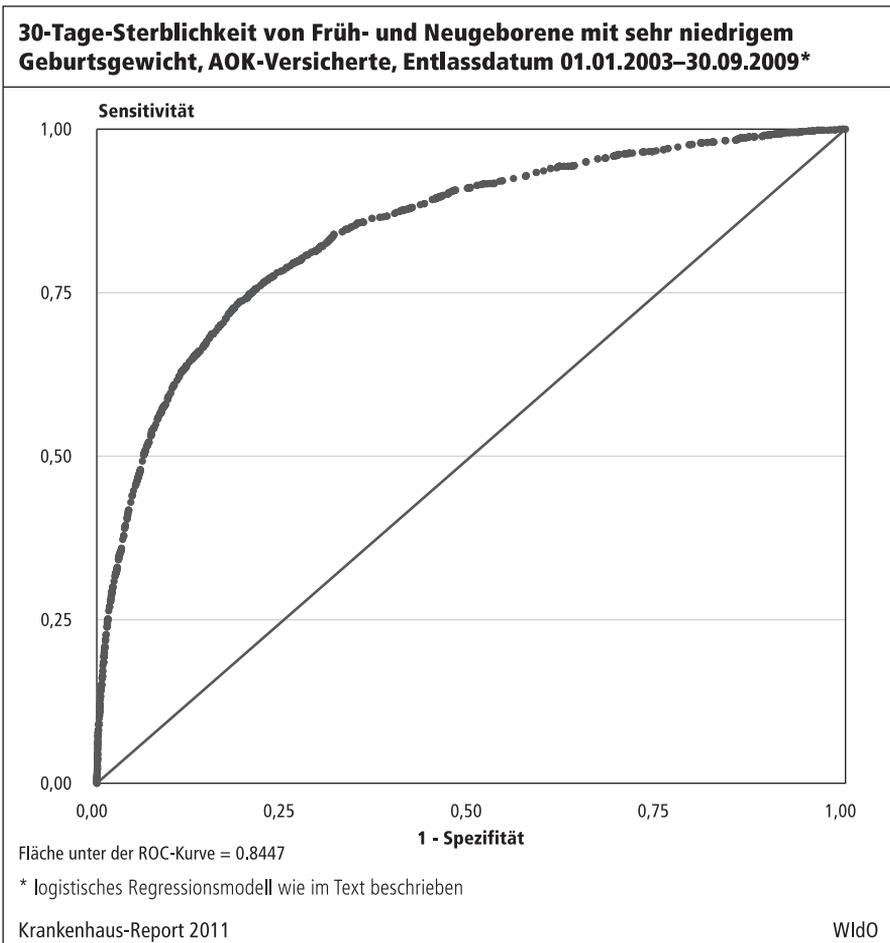
Tabelle 3–1

Charakteristika der Früh- und Neugeborenen*

	Anzahl	in %
Anzahl Früh- und Neugeborene	16607	
Anzahl Kliniken	387	
Aufnahmegewicht, Mittelwert	1074	
Aufnahmegewicht, Quartilsgrenzen	828/1120/1350	
Männliche Kinder	8395	50,6
Mehrling	3611	21,7
Oligohydramnion	291	1,8
Intrauterine Hypoxie	440	2,6
Hypoxie unter der Geburt	1822	11,0
Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	3230	19,4
Übergewichtige oder zu schwere Neugeborene	31	0,2
30-Tage-Sterblichkeit 1722	1722	10,4

* AOK-versicherte Früh- und Neugeborene mit 300 bis 1250 g Aufnahmegewicht und einem Entlassdatum vom 01.01.2003 bis zum 30.09.2009

Abbildung 3–1

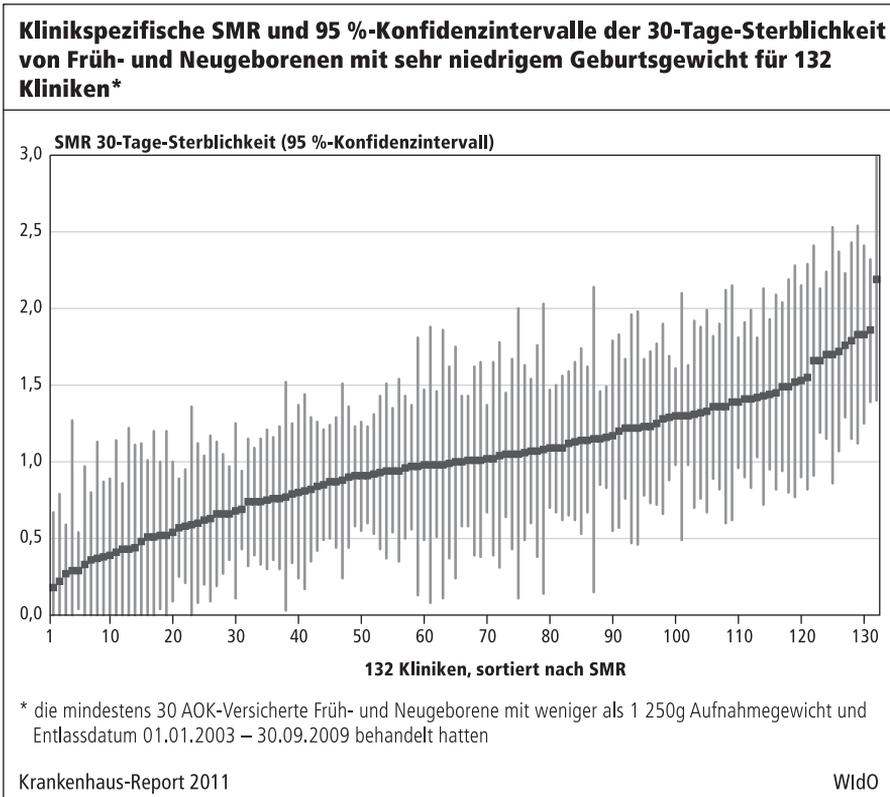


Operating-Characteristic-Kurve (ROC Kurve) mit etwas über 84% eine sehr gute Diskriminationsfähigkeit auf (Abbildung 3–1) und der Hosmer-Lemeshow Test mit einem p-Wert der Chi2-Statistik von 0,83 auf einen sehr guten Modellfit mit ebenso guter Übereinstimmung der vorhergesagten und geschätzten Werte hin.

Anschließend wurde für jede Klinik in Deutschland ein SMR berechnet. In dem hier analysierten Datensatz befanden sich 132 Kliniken, die im Untersuchungszeitraum mindestens 30 Kinder mit einem Aufnahmegewicht von unter 1 250 g behandelt hatten, was in etwa 15 Kindern pro Jahr für alle VLBWs mit einem Gewicht unter 1 250 g entsprechen dürfte¹. Bei den Kliniken handelt es sich im Wesentlichen

¹ In der hier analysierten Datenbasis befinden sich ohne Ausschlüsse etwa 16 600 Fälle. In Deutschland werden pro Jahr zwischen etwa 8 000–8 500 VLBWs geboren. Für eine approximative Hochrechnung der hier analysierten Kinder auf alle behandelten Kinder in Deutschland wurde daher die Anzahl der Kinder pro Klinik in unserer Datenbasis durch zwei dividiert.

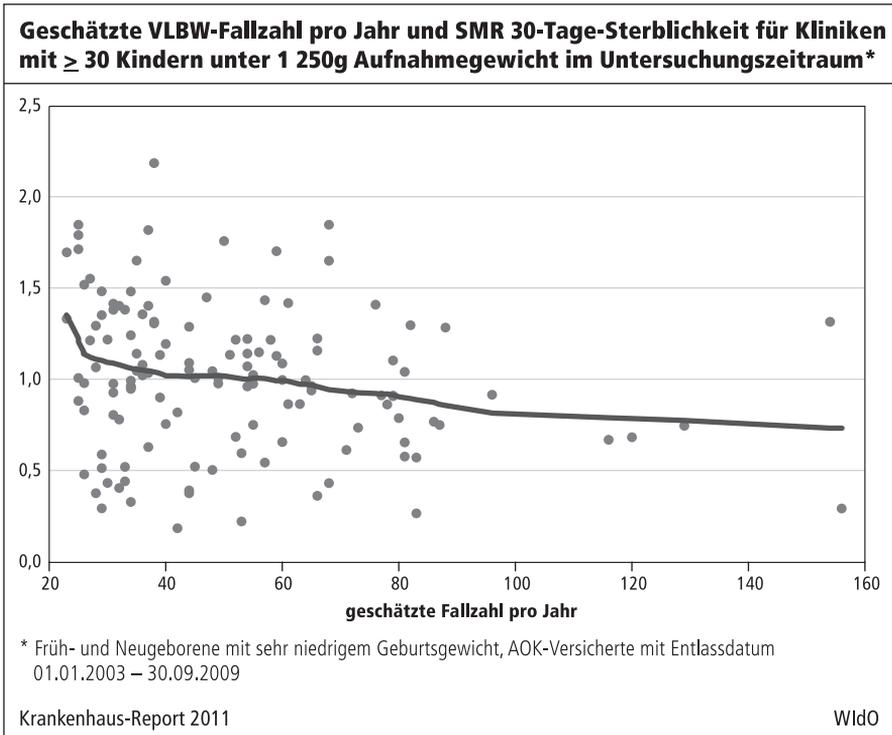
Abbildung 3–2



um die Kliniken, die bis Ende 2010 VLBWs behandeln dürfen (G-BA 2010) Dabei zeigt sich das kleinste SMR bei 0,18, das größte bei 2,19. 14 Kliniken weisen ein SMR von unter 1,5 auf, zehn Kliniken liegen mit ihrem 95 %-Konfidenzintervall oberhalb eines SMR von 1, wären also formal signifikant auffällig. Alle signifikanten auffälligen Kliniken weisen mindestens zehn Todesfälle auf (Abbildung 3–2).

In der Abbildung 3–3 ist ein Streudiagramm zwischen der hochgerechneten Fallzahl/Jahr und den klinikspezifischen SMR dargestellt. Ein möglicher Volume-Outcome-Zusammenhang wurde – analog zu dem Vorgehen bei Rogowski et al. 2004 – mittels einer Lowess-Regression analysiert. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß eine deutliche Streuung der SMR mit der Fallzahl, aber auch ein Rückgang der geschätzten SMR mit steigender Fallzahl. Auffällig ist allerdings auch eine Klinik mit einer geschätzten Fallzahl von unter 150 VLBWs pro Jahr und einem SMR von 1,3.

Abbildung 3–3



3.4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden erstmals klinikspezifische standardisierte Mortalitäts-Ratios (SMR) der 30-Tage-Sterblichkeit auf der Basis von Routinedaten und 16 607 AOK-versicherten Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) in Deutschland berechnet. Da die klinikspezifische Neugeborenensterblichkeit als der zentrale Ergebnisqualitätsparameter der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht gilt, kann gleichzeitig ein zentraler Aspekt der Versorgungsqualität auf Basis von Routinedaten berechnet und ausgewiesen werden.

Dabei zeigt ein Blick auf die publizierten Gütekriterien anderer Prognosescores mitunter nochmals deutlich bessere Ergebnisse (International Neonatal Network 1993; Richardson et al. 1999; Richardson et al. 2001; Parry et al. 2003). Andererseits hatten frühere unveröffentlichte Arbeiten im Vergleich mit den Hessischen Neonataldaten der Jahre 2000–2005 gezeigt, dass ein verbesserter Modellfit des CRIBII-Scores in diesen Daten allein durch die Verwendung von Blutgasanalysewerten bei Aufnahme bedingt ist (Ergebnisse nicht dargestellt).

Dabei sollte bedacht werden, dass eine valide Dokumentation von Blutgaswerten bei Aufnahme ggf. ein kritisches Datum darstellt, weil sie einen hohen appa-

rativen Aufwand und eine sorgfältige zeitgerechte Messung voraussetzt und diese Messung in problematischen klinischen Situationen ggf. schwer zu bewerkstelligen ist. In der Konsequenz ist zu befürchten, dass diese Werte in den Situationen, wo sie mutmaßlich besonders prädiktiv sind, ggf. nicht valide und nicht homogen abgebildet sind. Daher kann gefragt werden, ob eine Verwendung von Blutgaswerten zur Prognosebestimmung, genauer zur Beurteilung einer klinikspezifischen Sterblichkeit, wirklich benötigt wird. Dies gilt umso mehr, als Bühner et al. 2008 unlängst demonstrierten, dass eine alleinige Verwendung des Geburtsgewichts im Prognosemodell dem CRIBII-Score ggf. auch überlegen sein kann. Dieses Ergebnis ist deswegen von Bedeutung, weil die genannten Angaben zu Blutgaswerten in den Routinedaten nicht enthalten sind. Werden unsere Ergebnisse mit den Angaben von Bühner et al. 2008 verglichen, bleibt auch anzumerken, dass die hier ermittelten Gütemaße des Modells insgesamt etwas besser ausfallen, wenn ein vergleichbares Analyseintervall (bei Bühner et al. 2002 bis 2006) betrachtet wird. Zusätzlich sei angemerkt, dass auch die unlängst veröffentlichten Daten des NICHD Neonatal Research Network (NRN) für Neugeborene unter 1 000g sich nur auf Geburtsgewicht, Gestationsalter, Mehrlingsstatus, Geschlecht und antenatale Kortikosteroidtherapie stützen (Tyson et al. 2008), also ebenfalls ohne Angaben zu Blutgaswerten auskommen. Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die antenatale Gabe von Kortikosteroiden in unseren Routinedaten nicht verfügbar ist und der Mehrlingsstatus, unter simulatener Risikoadjustierung mit den anderen Risikoadjustierungsvariablen, in unseren Daten keinen signifikanten Einfluss mehr aufwies. Grundsätzlich könnte diskutiert werden, ob einzelne weitere Risikoadjustierungsvariablen in unserem Modell nicht ggf. entbehrlich sind und aufgrund der seltenen Dokumentation mutmaßlich eher zu mehr Verzerrungen als zu einer besseren Vergleichbarkeit führen. Es kann gezeigt werden, dass die Ergebnisse mit oder ohne solche Risikoadjustierungsvariablen in Bezug auf die Gütekriterien der Modelle wie auch in Bezug auf klinikspezifische SMR sehr ähnlich sind (Ergebnisse nicht dargestellt). Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich das hier vorgestellte Prognosemodell auf der Basis von Routinedaten mit international publizierten Scores durchaus messen kann.

Ungeachtet dessen bleibt die Frage, ob ausgewiesene klinikspezifische Sterblichkeiten ausreichend stabile oder reliable Ergebnisse liefern oder ob diese aufgrund von geringen Fallzahlen im Wesentlichen vom Zufall abhängig sind (Dimick et al. 2004; Heller 2010). Vor diesem Hintergrund war die Einführung einer Mindestmenge durch den gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere auch insofern sinnvoll, als nunmehr künftig – zumindest für Level-1-Kliniken – ein relevanter Prozentsatz der Kliniken sachgerecht beurteilt werden kann. Wendet man z. B. die Berechnung von Dimick et al. (2004) auf die Früh- und Neugeborenen mit einem Gewicht von unter 1 250 g an (Kriterium für Level-1-Kliniken), dann ergibt sich eine minimal benötigte Fallzahl von 40 bis 50. Diese Fallzahl sollte die überwiegende Anzahl der Level-1-Kliniken innerhalb eines Jahres, aber faktisch alle innerhalb von zwei Jahren erreichen. Auch wenn die Berechnung Mehrebeneneffekte oder Risikoadjustierung nicht berücksichtigt, scheint mit dieser Vorgabe eine sinnvolle Qualitätsmessung für Level-1-Kliniken möglich, die über historische Betrachtungen hinausgeht. Schon jetzt sind auf Basis der hier vorgelegten Analysen einzelne Kliniken identifizierbar, deren Ergebnisse erläuterungsbedürftig sind. Dazu zäh-

len beispielsweise die Ergebnisse der oben genannten Klinik mit mehr als 150 AOK-Fällen im Beobachtungszeitraum und einem SMR von 1.3, auch wenn hier das Konfidenzintervall gerade noch nicht signifikant ist (Grenze unteres 95 %-Konfidenzintervall = 0,98).

Nun mag eingewandt werden, dass dies (fast) genau die Ergebnisse sind, die auch im Rahmen der verpflichtenden Veröffentlichung der Ergebnisqualität bereits aktuell zur Verfügung stehen (GBA-2010). Diesem Argument ist entgegenzuhalten, dass die dort veröffentlichten Daten keiner kritischen Prüfung in Bezug auf die Vollständigkeit der dokumentierten Fälle standhalten, schon gar nicht bezüglich der in der Klinik aufgetretenen Todesfälle. Analysen auf einer solch dubiosen Datenbasis sind angesichts der sensiblen Thematik u. E. keinesfalls tragfähig. Umso mehr stellt sich die Frage, warum entsprechende (oder vergleichbare) Angaben nicht auf der Basis von Routinedaten erfolgen. Die DRG-Dokumentation ist ab dem Jahr 2005 als vollständig anzusehen – es gibt kaum eine andere Dokumentation auf der Welt, die mehrere zehntausend Euro als Anreiz für eine Qualitätsdokumentation anbietet und umgekehrt in einem relevanten Prozentsatz durch den MDK geprüft wird. Die Nutzung von Routinedaten bei der Weiterentwicklung des Verfahrens scheint für diesen Leistungsbereich also besonders sinnvoll. Dabei mag ergänzt werden, dass die Sterblichkeit nur einen sehr groben Qualitätsindikator darstellt (Gerber und Rossi 2010). Dennoch scheint eine Nutzung der Routinedaten aufgrund der Vollständigkeit der dokumentierten Fälle wie auch der Todesfälle usw. ein unabdingbarer Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung des Verfahrens.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Ermittlung von risikoadjustierten Sterblichkeiten für Früh- und Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten ist sinnvoll möglich. Es konnte gezeigt werden, dass Gütekriterien des Modellfits sich mit anderen publizierten Scores durchaus vergleichen lassen. Zudem sind vergleichsweise reliable klinikspezifische SMR für alle Level-1-Kliniken nach der künftigen Mindestmengenregelung zu erwarten. Da das aktuelle Verfahren der Ergebnisberichterstattung einem erheblichen Reporting Bias unterliegen dürfte, sollte es durch das hier vorgeschlagene Verfahren ersetzt oder zumindest modifiziert und in Bezug auf die Vollständigkeit der Fälle und der Verstorbenen ergänzt werden.

3.5 Literatur

- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2.0. Stand 30. Juni 2010. Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss. http://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_2-0.pdf (03. September 2010).
- Bührer C, Metzke B, Obladen M. CRIB, CRIB-II, birth weight or gestational age to assess mortality risk in very low birth weight infants? *Acta Paediatr* 2008; 97 (7): 899–903.
- Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. *JAMA* 2004; 292 (7): 847–51.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung), geändert am 17. Juni 2010 (Anlage 1), veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 2840, Inkrafttreten am 1. Januar 2011
http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2889/Mindestmengenvb_2010-06-17.pdf (05. September 2010).
- Gerber A, Rossi R. Neonatologische Versorgung, Fallzahlregelung. Einfluss auf Qualität und Finanzierung pädiatrischer Einrichtungen. *Monatschr Kinderheilk* 2010; 158: 356–63.
- Heller G, Günster C, Misselwitz M, Feller A, Schmidt S. Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland – Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2007; 211 (3): 123–31.
- Heller G, Schnell R. Hospital Mortality Risk Adjustment Using Claims Data. *JAMA* 2007; 297 (18): 1984.
- Heller G. Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Neugeborenen (VLBW). Eine Simulation mit Echtdaten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart/New York: Schattauer 2009; 183–99.
- Heller G. Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2010*. Stuttgart/New York: Schattauer 2010; 239–54.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2. Auflage. New York: Wiley 2000.
- Iezzoni LI (Ed) *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*, 3. Auflage, Chicago. Health Administration Press 2003.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht. Abschlussbericht V07-01. Köln 2008.
http://www.iqwig.de/download/V07-01_Abschlussbericht_Menge_und_Ergebnis_bei_der_Versorgung_von_Fruehgeborenen.pdf (05. September 2010).
- The International Neonatal Network. The CRIB (Clinical Risk Index for Babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. *Lancet* 1993; 342: 193–8.
- Parry G, Tucker J, Tarnow-Mordi W. UK Neonatal Staffing Study Collaborative Group. CRIB II: an update of the Clinical Risk Index for Babies score. *Lancet* 2003; 361 (9371): 1789–91.
- Richardson D, Tarnow-Mordi WO, Lee SK. Risk adjustment for quality improvement. *Pediatrics* 1999; 103 (1 Suppl E): 255–65.
- Richardson DK, Corcoran JD, Escobar GJ, Lee SK. SNAP-II and SNAPPE-II: Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. *J Pediatr*. 2001; 138 (1): 92–100.
- Rogowski UJ, Horbar JD, Staiger G, Kenny M, Carpenter J, Geppert J. Indirect vs Direct Hospital Quality Indicators for Very Low-Birth-Weight Infants. *JAMA* 2004; 291: 202–9.
- Schnell R. *Graphisch gestützte Datenanalyse*. München: Oldenbourg 1994.
- StataCorp 2007. *Stata Statistical Software: Release 10*. College Station, TX: StataCorp LP.
- Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD. Intensive care for extreme prematurity: Moving beyond gestational age. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1672–81

This page intentionally left blank

4 Lebensdauer von Hüftgelenks- implantaten in Deutschland

Günther Heller

4

Abstract

Im vorliegenden Artikel wird erstmals die langfristige Lebensdauer oder die Standzeit von elektiven Hüft-Endoprothesen in Deutschland anhand von über 170 000 AOK-Patienten mit Entlassdatum 2005 bis 2009, einem Follow-up bis Ende 2009 und einer Gesamtbeobachtungsdauer von mehr als 480 000 Person-jahren untersucht. Darüber hinaus wurden erste Analysen zu möglichen Determinanten der Lebensdauer der Implantate erstellt. Die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Endoprothesen betrug 0,953; 95%-Konfidenzintervall = 0,951–0,954. Dabei wurden Revisionsoperationen mit Wechsel oder Entfernung häufiger bei Männern, bei Jüngeren oder bei Patienten mit Diabetes durchgeführt. Den stärksten Zusammenhang mit der Überlebenszeit der Implantate wiesen die unterschiedlichen Endoprothesen-Typen auf.

The article examines for the first time the long-term survival of elective hip endoprostheses in Germany based on more than 170 000 AOK patients discharged from hospital between 2005 and 2009, a follow-up to the end of 2009 and a total observation period of more than 480 000 person-years. Moreover, possible determinants of implant durability were analysed. The 5-year survival rate across all types of prostheses was 0.953, 95% confidence interval = 0.951 to 0.954. Revision surgery with exchange or removal of the implants was more frequent in men, younger people or patients with diabetes. The strongest association showed between implant survival and the different types of endoprostheses.

4.1 Einführung

International existieren seit Jahrzehnten zahlreiche Register, die die (langfristige Lebensdauer) von Hüftgelenksimplantaten analysieren.¹ Auch in Deutschland gibt es seit langem Bestrebungen, ein vollständiges Register von Hüftgelenksimplantaten zu führen und zu analysieren. Nachdem diese Bemühungen über Jahre ohne befriedigende Ergebnisse verliefen, liegen bis heute keine langfristigen (populationsbezogenen) Ergebnisse zur Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten vor. Daher wurde unlängst das AQUA-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Einrichtung eines solchen Registers beauftragt. Entsprechende langjährige Überlebena-

¹ Am bekanntesten dürfte das seit 1978 existierende Schwedische Endoprothesenregister sein (Swedish Hip Arthroplasty Register 2010).

lysen sind jedoch bereits auf Basis von Krankenhaus-Abrechnungsdaten (nach § 301 SGB V) der Krankenkassen möglich. Ziel dieser Arbeit war es daher, die Haltbarkeit oder Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten anhand der o.g. Krankenhaus-Abrechnungsdaten zu analysieren.

4

4.2 Material und Methoden

Dazu wurden stationäre Abrechnungsdaten von vollstationären AOK-Patienten mit Entlassungsdatum in den Jahren 2005 bis 2008 mit Follow-up bis Ende 2009 analysiert. Da die Krankenhausaufnahme dieser Patienten vor dem Jahr 2005 liegen kann, sind Nachbeobachtungszeiten von etwas über fünf Jahren mit dieser Datenbasis möglich. Es wurden Patienten mit einer Hüftgelenks-Endoprothesen-Implantation eingeschlossen. Als Aufgreifkriterien wurden die Definitionen des BQS-Filters (BQS-Spezifikation 13 SR2)² verwendet. Wurde mehr als eine Implantation durchgeführt, wurde nur die erste Implantation berücksichtigt. Doppelseitige Implantationen wurden in dieser Analyse nur berücksichtigt, wenn diese während eines stationären Aufenthaltes implantiert wurden (0,2% der Fälle). Daher handelt es sich praktisch um eine vollständig patientenbezogene und nicht fallbezogene Analyse. Patienten mit Endoprotheseneinsatz auf beiden Seiten kommen im analysierten Datensatz doppelt vor. Die Einheit der Datenanalyse sind demnach streng genommen nicht Patienten, sondern Hüftgelenke.

Anhand von anonymisierten Versichertenstammdaten konnten Verknüpfungen mit späteren Krankenhausaufenthalten für diese Patienten (bzw. Hüftgelenke) vorgenommen werden, bei denen eine Revision mit Wechsel oder Entfernung der Hüftgelenksendoprothese bzw. eine erneute Implantation einer Hüftgelenksendoprothese auf der gleichen Seite durchgeführt wurde. In diesem Fall wurde die Zeit bis zum Ersatz des Hüftgelenks berechnet und für eine Überlebenszeitanalyse (Survival Analysis) genutzt. Patienten, die bereits während des akutstationären Krankenhausaufenthalts eine Revision erhielten, wurden ebenfalls berücksichtigt, sofern die Revision nicht am gleichen Tag wie die Implantation kodiert worden war, weil hier unklar ist, welche Prozedur zuerst durchgeführt wurde bzw. ob es sich nicht um einen stationären Aufenthalt mit geplantem Prothesenwechsel handelt.

AOK-Patienten, die nicht bis zum Ende des Beobachtungszeitraum versichert waren, wurden zum Zeitpunkt des Austritts zensiert. Zeiten ohne Versicherung wurden nicht berücksichtigt. Zur Datenaufbereitung, Berechnung von Überlebenszeiten und Darstellung von Kaplan-Meier-Überlebenskurven wurde das Statistikprogrammpaket Stata 10.0 verwendet (StataCorp 2007).

2 URL: <http://www.sqg.de/datenservice/downloads/2010/anwenderinformationen-13-2.html> (25. August 2010).

4.3 Ergebnisse

Tabelle 4–1 zeigt eine Übersicht über das Patientenkollektiv. Die Einschlusskriterien in die Analyse trafen auf insgesamt 172 386 Hüftgelenke von 172 047 Patienten zu. Das mittlere Alter bei der Implantation betrug 69,1 Jahre (Quartilsgrenzen 64–71–76). 61,9% der Patienten waren weiblich. Insgesamt wurde bis Ende 2009 bei 6 558 der Patienten (3,8%) mindestens eine Revision des Hüftgelenks mit Wechsel oder Entfernung der Prothese im Follow-up durchgeführt. Die gesamte Beobachtungszeit betrug über 480 000 (Personen)Jahre. Daraus ergibt sich eine mittlere Beobachtungsdauer von 2,82 Jahren (Quartilsgrenzen 1,80–2,81–3,90). Die längste Beobachtungszeit betrug 5,05 Jahre, die kürzeste 0,03 Jahre. Das letzte Revisionsereignis wurde nach 4,87 Jahren beobachtet.

Anhand der Prozedurenklassifikation (OPS) lässt sich ablesen, dass ganz überwiegend „normale“ Totale Endoprothesen implantiert bzw. kodiert wurden (OPS 5-820.0: 96,71% der Patienten). Für lediglich 2,11% der Patienten wurde die Implantation einer totalen Sonderprothese angegeben (OPS 5-820.2). Eine Oberflächenersatzendoprothese (OPS 5-820.8) wurde bei 1 303 (0,76%), eine Femurkopfprothese (OPS 5-820.3) bei 393 Patienten (0,22%) eingesetzt. Für 343 Patienten (0,21%) wurde die Implantation einer sonstigen Prothese (OPS 5-820.x) angegeben (Tabelle 4–2).

Was die Art der Verbindung der Prothese mit dem angrenzenden Knochengewebe angeht, fanden sich am häufigsten nicht zementierte Prothesenformen (60,75%),

Tabelle 4–1

Charakteristika des Patientenkollektivs mit Implantation einer Hüft-Endoprothese*

Anzahl Patienten	172 047
Anzahl Hüftgelenke	172 386
Altersverteilung	
Mittelwert	69,1
Quartilsgrenzen	64/71/76
Minimum	20
Maximum	101
Anzahl Revisionsoperationen	6 558
Beobachtungszeit (Jahre)	
Gesamt	486 606
Mittelwert	2,82
Quartilsgrenzen	1,80/2,81/3,90
Minimum	0,03
Maximum	5,05
Letztes Revisionsereignis (Jahre)	4,87
Anteil weibliche Patienten (%)	61,9

* vollstationäre AOK-versicherte Patienten, entlassen 2005–2008

Tabelle 4–2

Verteilung der unterschiedlichen Hüftendoprothesen nach Operation und Prozeduren Systematik (OPS-Klassifikation) *

Art der Endoprothese (OPS-Klassifikation)	Art der Fixation am Knochengewebe						Gesamt	Spaltenprozent
	Nicht Zementiert	Zeilenprozent	Zementiert	Zeilenprozent	Hybrid-Prothese	Zeilenprozent		
„Normale“ Total-Endoprothese (5-820.0)	101 331	60,78 %	29 260	17,55 %	36 115	21,66 %	166 706	96,71 %
Sonderprothese (5-820.2)	3 027	83,14 %	598	16,42 %	16	0,44 %	3 641	2,11 %
Femurkopfprothese (5-820.3)**	111	28,24 %	281	71,50 %	1	0,25 %	393	0,23 %
Oberflächenersatzprothese (5-820.8)***	56	4,30 %	88	6,75 %	1 159	88,95 %	1 303	0,76 %
Sonstige (5-820.x)	194	56,56 %	68	19,83 %	81	23,62 %	343	0,20 %
Gesamt	104 719	60,75 %	30 295	17,57 %	37 372	21,68 %	172 386	100,00 %

* vollstationäre AOK-versicherte Patienten, entlassen 2005–2008

** 4,988-Jahres-Überlebensrate

*** 3-Jahres-Überlebensrate

Krankenhaus-Report 2011

WlDO

Abbildung 4–1

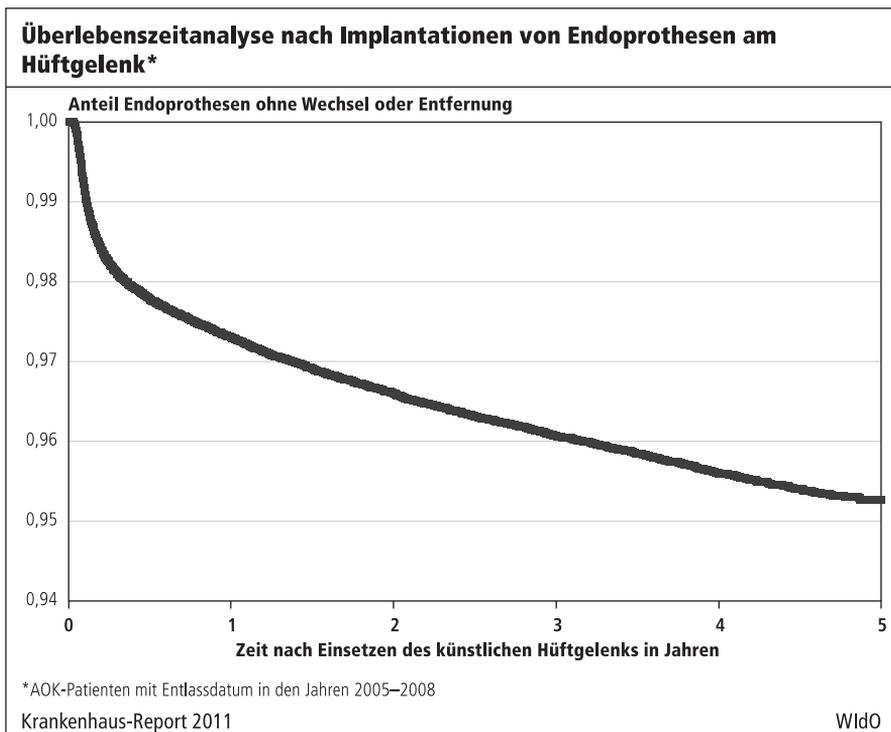
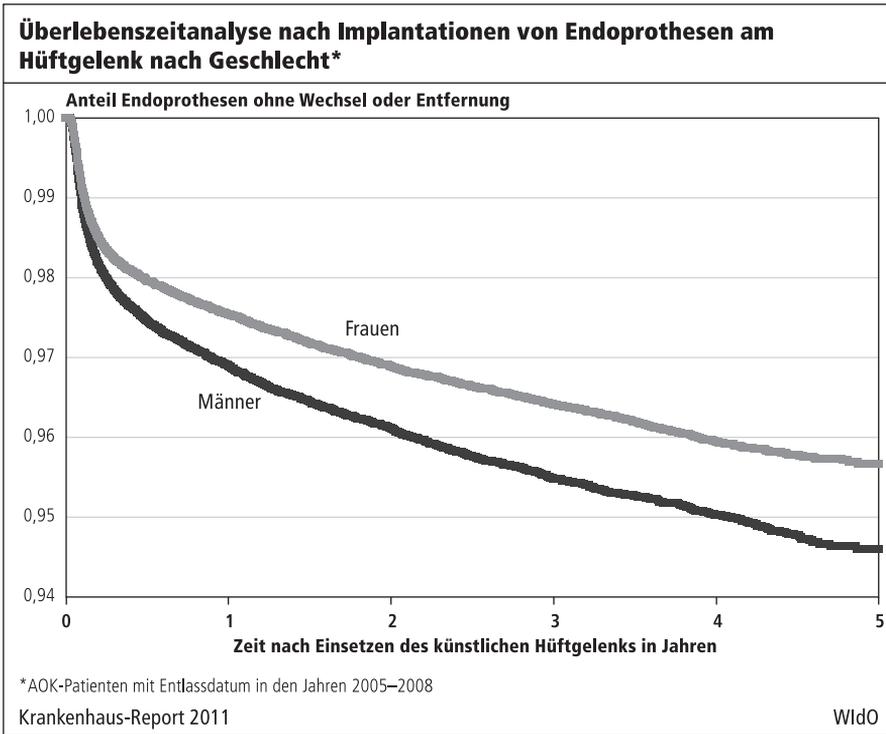


Abbildung 4–2



gefolgt von den Hybridprothesen (21,68%), während zementierte Prothesen am seltensten implantiert wurden (17,57%).

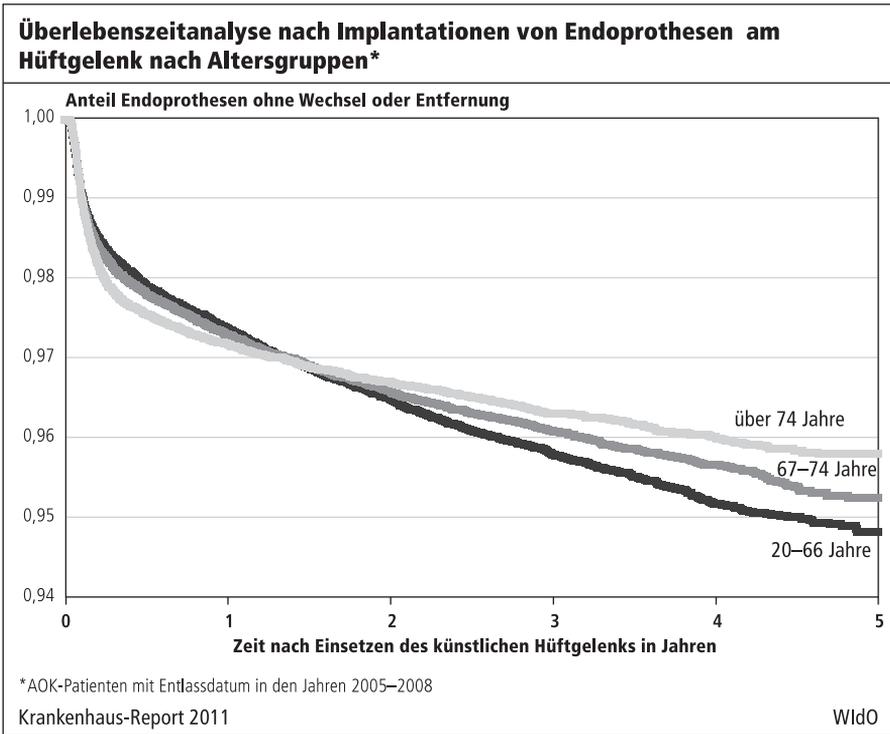
Dabei ergaben sich deutlich unterschiedliche Anteile der zementierten, nicht zementierten und Hybrid-Prothesen über die oben genannten Prothesenarten hinweg: Nicht zementierte Prothesen wurden am häufigsten bei den totalen Sonderprothesen kodiert (83,14%), zementierte Prothesen bei den Femurkopfprothesen (71,50%). Hybridprothesen fanden sich dagegen am häufigsten bei den Oberflächenendoprothesen (Tabelle 4.2)

Abbildung 4–1 zeigt die Überlebenskurve nach Kaplan-Meier für alle implantierten Endoprothesen. Dabei waren über alle Endoprothesen hinweg, nach fünf Jahren knapp 5% der implantierten Hüftgelenke (5-Jahres-Überlebensrate = 0,953; 95%-Konfidenzintervall = 0,951–0,954) explantiert bzw. gewechselt worden.

Werden getrennte Überlebenskurven nach Geschlecht dargestellt (Abbildung 4–2), ergeben sich günstigere Überlebensanalysen für Frauen (5-Jahres-Überlebensrate der Frauen = 0,957; 95% Konfidenzintervall = 0,955–0,958, während die Rate für Männer um etwa 1% niedriger liegt (5-Jahres-Überlebensrate Männer = 0,946; 95% Konfidenzintervall = 0,944–0,949).

In Abbildung 4–3 ist der Zusammenhang zwischen der Implantatlebensdauer und Alterskategorien in Terzilen dargestellt. Dabei zeigen sich im ersten Jahr ungünstigere Verhältnisse für die Älteren (über 74 Jahre), während die mittlere und jüngere Alterskategorie nahezu gleiche Überlebenszeitkurven aufweisen. Nach

Abbildung 4–3



etwa 1,5 Jahren kreuzen sich die Überlebenszeitkurven und die Endoprothesen der Patienten mit mehr als 74 Jahren weisen im weiteren Follow-up zunehmend günstigere Ergebnisse als die Patienten mit unter 67 Jahren auf. Patienten aus der mittleren Altersgruppe (68–74 Jahre) zeigen währenddessen mittlere Überlebenszeiten (5-Jahres-Überlebensrate der 20–68-Jährigen = 0,948; 95%-Konfidenzintervall = 0,946-0,951 ; 5-Jahres-Überlebensrate der 69–74-Jährigen = 0,953; 95%-Konfidenzintervall = 0,950-0,955, 5-Jahres-Überlebensrate der über 74-Jährigen = 0,958, 95%-Konfidenzintervall = 0,956-0,960) (Tabelle 4–3).

Nun könnte spekuliert werden, dass dieser Sachverhalt dadurch zu erklären wäre, dass Männer günstiger abschneiden und eine andere Altersstruktur aufweisen. Abbildung 4–4 zeigt allerdings, dass sich die in Abbildung 4–3 beschriebenen Verhältnisse nahezu identisch auch getrennt für die Geschlechtergruppen abbilden lassen, wobei sowohl die Effekte der Altersgruppen wie auch die geschlechtsspezifischen Effekte zu erkennen sind.

Daneben ist der Einfluss von Begleiterkrankungen gut abgebildet. So ist das 5-Jahres-Überleben von Hüftgelenken bei Patienten mit Diabetes um etwa 1% erniedrigt (5-Jahres-Überlebensrate der Patienten mit Diabetes = 0,945; 95%-Konfidenzintervall = 0,941–0,948; 5-Jahres-Überlebensrate der Patienten ohne Diabetes = 0,954; 95%-Konfidenzintervall = 0,953 – 0,956) (Abbildung 4–5, Tabelle 4–3).

Tabelle 4–3

5-Jahres-Überlebensraten und 95 %-Konfidenzintervalle für Hüft-Totalendoprothesen*

	5-Jahres-Überlebensrate	95%-Konfidenzintervall		
Alle	0,953	0,951	–	0,954
Geschlecht				
männlich	0,946	0,944	–	0,949
weiblich	0,957	0,955	–	0,958
Altersgruppen (Jahre)				
20–67	0,948	0,946	–	0,951
68–74	0,953	0,950	–	0,955
> 74	0,958	0,956	–	0,960
Diabetes				
ja	0,945	0,941	–	0,948
nein	0,954	0,953	–	0,956
Art der Endoprothese (OPS-Klassifikation)				
Total-Endoprothese (5-820.0)	0,955	0,953	–	0,956
Totale Sonderprothese (5-820.2)	0,886	0,870	–	0,901
Femurkopfprothese (5-820.3)**	0,840	0,721	–	0,911
Oberflächenersatzprothesen (5-820.8)***	0,938	0,918	–	0,954
Sonstige (5-820.x)	0,901	0,860	–	0,931
Fixation der Endoprothese				
nicht zementiert	0,949	0,947	–	0,950
zementiert	0,960	0,957	–	0,963
Hybrid-Endoprothese	0,959	0,956	–	0,961

* vollstationäre AOK-versicherte Patienten, entlassen 2005–2008 *

** 4,988-Jahres-Überlebensrate

*** 3-Jahres-Überlebensrate

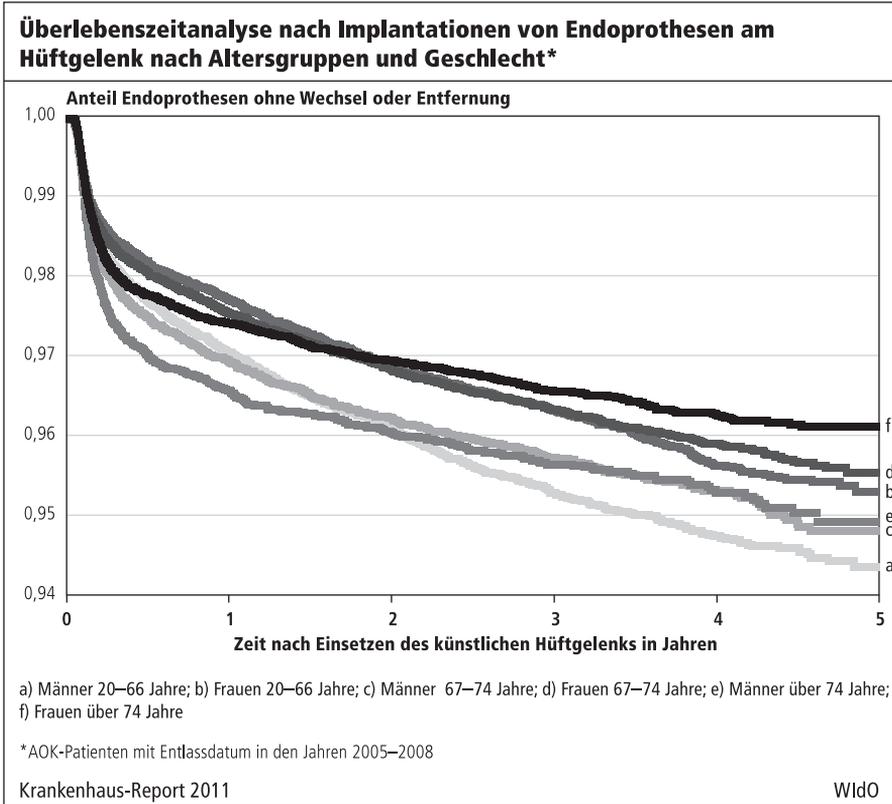
Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Schließlich zeigen die Abbildung 4–6 und Abbildung 4–7, wie sich die Überlebensraten der unterschiedlichen, über OPS-Klassifikationen definierten Prothesentypen abbilden: Dabei zeigen sich für die „normalen“ Hüftendoprothesen (OPS 5-820.0) die besten Ergebnisse (5-Jahres-Überlebensrate = 0,955; 95 %-Konfidenzintervall = 0,953–0,956), gefolgt von den Oberflächenersatzprothesen (OPS 5-820.8), die aber nur drei Jahre nachverfolgt werden konnten, da sie in unserer Datenbasis erst ab 2007 kodiert wurden (3-Jahres-Überlebensrate = 0,938; 95 %-Konfidenzintervall = 0,918–0,954). Für die Sonderprothesen (OPS 5-820.2), Femurkopfprothesen (OPS 5-820.3) und sonstigen Endoprothesen (OPS 5-820.x) ergeben sich im Vergleich dazu nochmals dagegen deutlich schlechtere Ergebnisse (5-Jahres-Überlebensrate Sonderprothese = 0,886; 95 %-Konfidenzintervall = 0,870–0,901; 5-Jahres-Überlebensrate Femurkopfprothese = 0,840; 95 %-Konfidenzintervall = 0,721–0,911; 4,988 Jahres-Überlebensrate sonstige Endoprothese = 0,901; 95 %-Konfidenzintervall = 0,860–0,931) (Abbildung 4–5, Tabelle 4–3).

Wird die Art der Fixation der Prothesen am Knochengewebe analysiert, so zeigen die nicht zementierten Prothesen die schlechtesten Ergebnisse (5-Jahres-Überlebens-

Abbildung 4–4

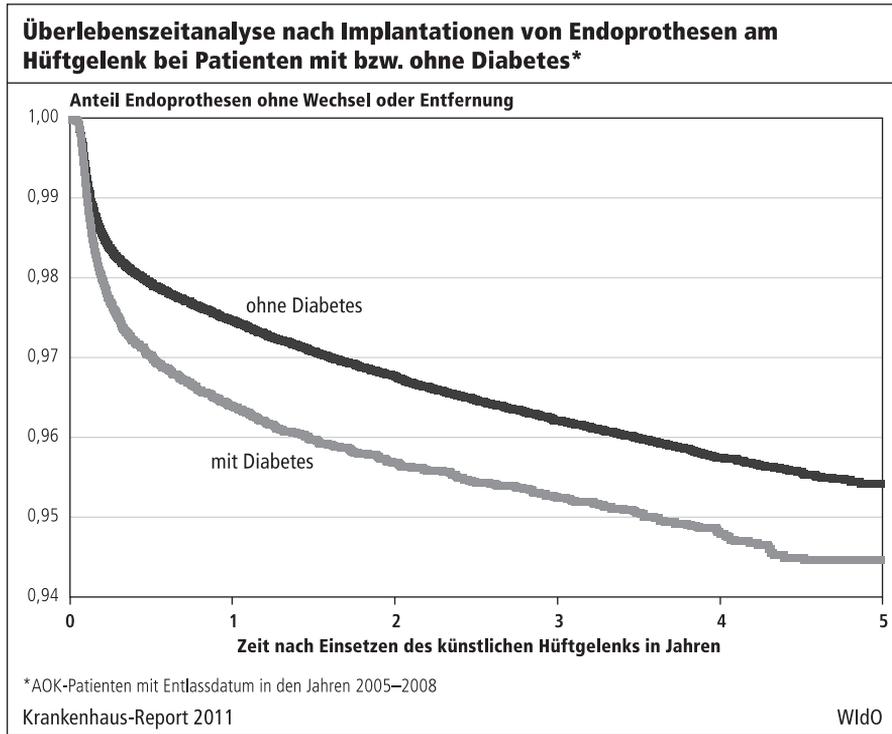


rate = 0,949; 95%- Konfidenzintervall = 0,947–0,950), während die zementierten Prothesen und Hybridprothesen in etwa vergleichbare Überlebenszeiten aufweisen (5-Jahres-Überlebensrate von zementierten Prothesen = 0,960; 95%-Konfidenzintervall = 0,957–0,963; 5-Jahres-Überlebensrate von Hybridprothesen = 0,959; 95%-Konfidenzintervall = 0,956–0,961) (Abbildung 4–6, Tabelle 4–3).

4.4 Diskussion

In den vorgelegten Analysen konnten Überlebenszeiten von Hüftgelenksendoprothesen auf der Basis von mehr als 170 000 AOK-versicherten Patienten mit einer Gesamtbeobachtungszeit von mehr als 480 000 (Personen-)Jahren und einer maximalen Nachbeobachtungszeit über fünf Jahre untersucht werden. So konnten auf der Basis von (vergleichsweise) aktuellen Operationen erstmals verlässliche Angaben zu langfristigen Ergebnissen von Hüftgelenks-Endoprothesen-Implantationen in Deutschland ausgewiesen werden. Zum Vergleich: Das wohl bekannteste Regi-

Abbildung 4–5



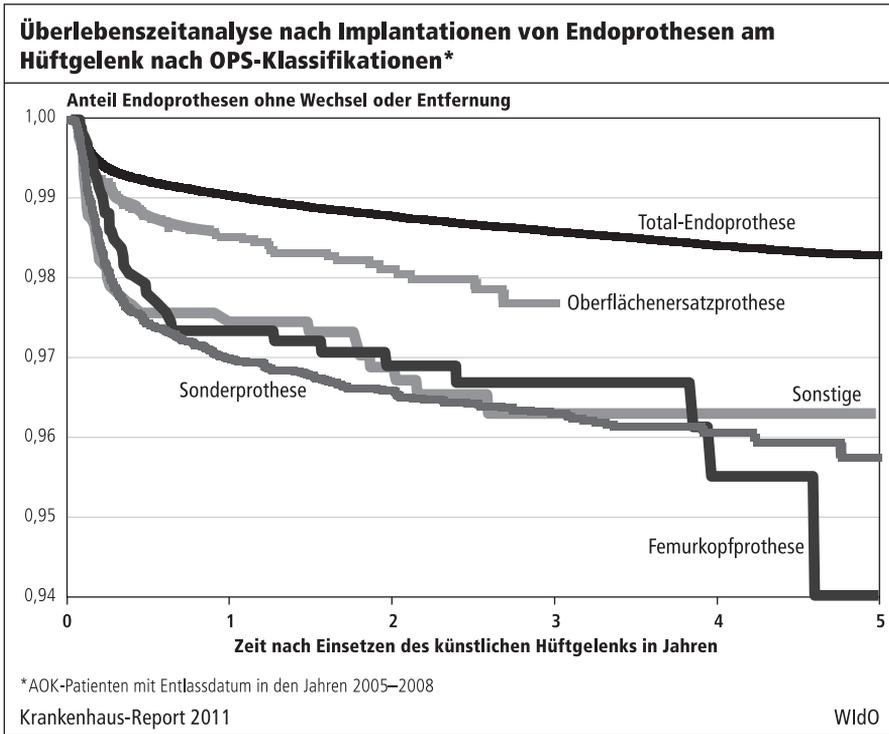
ster, das seit 1978 existierende Schwedische Endoprothesenregister, beinhaltet knapp 300 000 Erstimplantationen.³

Die Analysen zeigen– kurz zusammengefasst– folgende Ergebnisse:

- Die Überlebenszeit aller untersuchten Endoprothesen nach fünf Jahren liegt bei etwa 95%. Ziel dieser Arbeit war es nicht, diese Ergebnisse im Detail im internationalen Kontext zu bewerten. Allerdings scheinen die berichteten Ergebnisse des oben erwähnten Schwedischen Endoprothesenregisters mit z. T. deutlich älteren Daten merklich besser auszufallen (Hip Arthroplasty Register 2008: 34).
- Revisionsoperationen mit Wechsel oder Entfernung sind für Männer häufiger als für Frauen.
- Implantationen bei älteren Patienten führen zunächst (im ersten Jahr der Nachbeobachtung) zu häufigerem Entfernen oder Wechseln der Prothese. Im weiteren Follow-up beginnt sich der Zusammenhang allerdings umzukehren. Revisionen mit Wechsel oder Entfernung sind nach fünf Jahren bei älteren Patienten insgesamt seltener als bei Jüngeren.
- Hüftgelenksendoprothesen von Patienten mit Diabetes zeigen – auch in Deutschland – merklich niedrigere Standzeiten als Endoprothesen von Patienten ohne

3 URL: www.jru.orthop.gu.se, vom 26.08.10

Abbildung 4–6

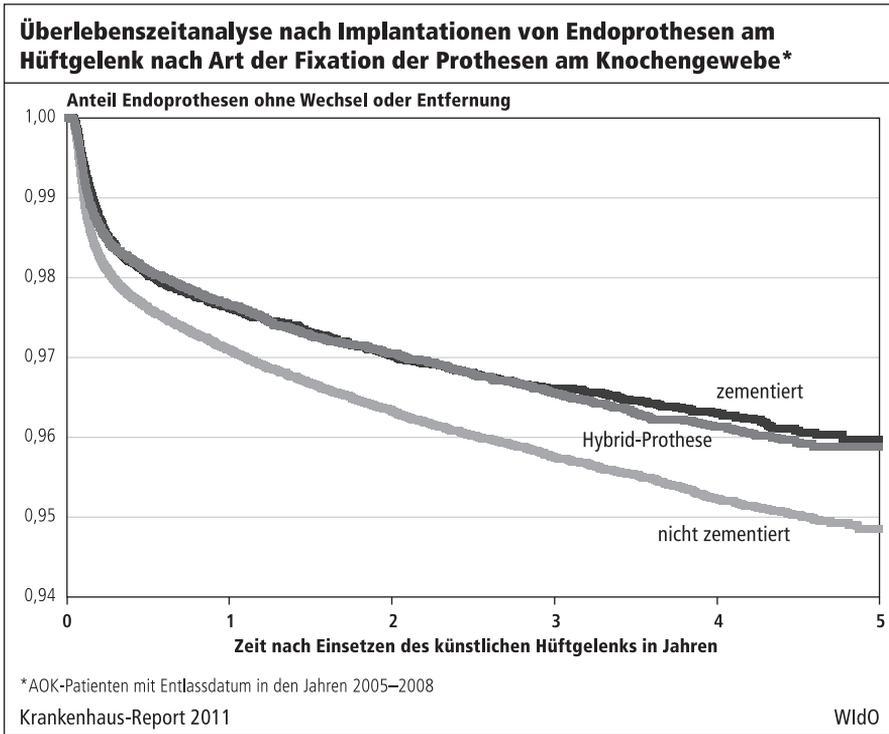


Diabetes (vgl. z. B. Pedersen et al. 2010). Dies lässt sich auch für eine Reihe von weiteren chronischen Begleiterkrankungen zeigen (Ergebnisse nicht dargestellt).

- Es findet sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Art der Endoprothese. „Normale“ Totale Endoprothesen zeigen dabei die höchste Lebensdauer, gefolgt von Oberflächenersatzprothesen. Femurkopfprothesen, totale Sonderprothesen und sonstige Prothesen weisen demgegenüber deutlich schlechtere Standzeiten auf.
- Wird die Art der Fixation der Prothese am Knochengewebe analysiert, so zeigen die nicht zementierten Prothesen die schlechtesten Ergebnisse, während die zementierten Prothesen und Hybridprothesen in etwa vergleichbare Überlebenszeiten aufweisen.

Was die Größe des Einflusses der unterschiedlichen Kovariaten auf die Überlebenszeiten der künstlichen Hüftgelenke angeht, kann gesagt werden, dass nahezu alle der hier untersuchten Einflussvariablen die 5 Jahres-Überlebenszeit um etwa 1 % verändern. Ein Ausnahme bilden allerdings die kodierten Typen von Endoprothesen, wo auch 5 bis 10 %-ige Unterschiede, also deutlich größere Einflüsse auf die Überlebenszeit der Prothesen beobachtet wurden. Dabei ist unseres Erachtens nicht davon auszugehen, dass diese Unterschiede ausschließlich durch unterschiedliche Indikationsstellung begründbar sind, was die (potenzielle) Bedeutung der vorge-

Abbildung 4–7



legten Analysen oder künftiger vergleichbarer Analysen für die Versorgungssituation in Deutschland unterstreicht und gleichzeitig die Notwendigkeit der Implementierung eines Endoprothesenregisters in Deutschland betont.

Dessen ungeachtet müssen die methodischen Einschränkungen der Studie diskutiert werden. Unterschiede bezüglich der verschiedenen TEP-Arten konnten nur dahingehend analysiert werden, wie sie in den OPS klassifizierbar sind und dokumentiert wurden. So konnten beispielsweise aktuell noch keine Angaben zu Kurzschaffprothesen analysiert werden. Diese finden sich erst ab 2008, mit einer Gesamtzahl von insgesamt 68 Prothesen, im AOK-Abrechnungsdatensatz und wurden daher an dieser Stelle nicht ausgewertet.

Auch wenn in dem analysierten Datensatz formal Beobachtungen über fünf Jahre enthalten sind, ist doch zu konstatieren, dass nach fünf Jahren nur noch wenige hundert Patienten (bzw. Hüften) enthalten sind. Aussagen zu diesem Zeitpunkt sind demnach – auch jenseits der formalen Berechnung von Konfidenzintervallen – mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass dies ggf. von vornherein für Analysen kleinerer Kollektive gilt (Barmer GEK Report Krankenhaus 2010).

In den vorliegenden Analysen wurden keine multivariaten Cox-Regressionen durchgeführt, nachdem sich gezeigt hatte, dass die statistischen Voraussetzungen, insbesondere die Proportional-Hazard-Annahme, für verschiedene der untersuchten

Variablen nicht zutreffen. Dabei zeigen die vorgelegten Analysen allerdings, dass bisherige Analysen, die nur ein zweijähriges Follow-up betrachten, den Effekt des Alters für die Langzeitbeobachtung mutmaßlich falsch einschätzen, weil es wie demonstriert zu einer relevanten Umkehr des Altersrisikos bei längerem Follow-up (mehr als 2 Jahre) kommt (BARMER GEK Report Krankenhaus 2010; Linder et al. 2009). Dabei könnte spekuliert werden, dass die Art der Prothese oder die Art der Fixation den Effekt verursacht. Dies scheint aber nach ersten Analysen nicht der Fall zu sein. Zumindest zeigt sich das Phänomen auch dann, wenn nur die „normalen“ Endoprothesen oder nur nicht zementierte Endoprothesen analysiert werden. Ein Überkreuzen der Revisionskurven von Jüngeren und Älteren zeigt sich ebenso, wenn nur Patienten mit mindestens drei Jahren Follow-up analysiert werden, sodass auch ein selektiver Drop-out während der ersten zwei Jahre als Erklärung ausgeschlossen werden kann. Dieses Phänomen bedarf demnach weiterer detaillierter Analyse und ist Gegenstand laufender Anstrengungen.

4.5 Literatur

- BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-center/Aktuelle_20Pressemitteilungen/100727_20Report_20KH_202010/Report_20Krankenhaus_202010,property=Data.pdf (26. August 2010).
- Linder R, Grenz-Farenholtz B, Müller H. Analyse von GKV-Routinedaten am Beispiel einer Untersuchung zur Inzidenz verkürzter Standzeiten von Implantaten in der endoprothetischen Versorgung. <http://www.tk-online.de/tk/downloads/114258> (26. August 2010).
- Pedersen AB, Mehnert F, Johnsen SP, Sørensen HT. Risk of revision of a total hip replacement in patients with diabetes mellitus: *J Bone Joint Surg Br* 2010; 92-B: 929–93.
- StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP.
- Swedish Hip Arthroplasty Register. Annual Report 2008. Shortened Version. www.jru.orthop.gu.se (26. August 2010).

5 **Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz**

Matthias Mohrmann und Volker Koch

5

Abstract

Für das deutsche Gesundheitswesen insgesamt wie für den Krankenhausbereich im Besonderen gilt: Die Kosten sind gemessen am Bruttoinlandsprodukt hoch, die Qualität ist aber nur durchschnittlich. Dabei sind bezüglich der Qualität signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern festzustellen. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten des AOK-Systems ist aufgrund des über den primären Krankenhausaufenthalt hinausgehenden Betrachtungszeitraums ein entscheidender Fortschritt und eine wichtige Ergänzung bestehender Qualitätssicherungssysteme. Dies wird am Beispiel der elektiven Endoprothetik deutlich.

Die rechtlichen Möglichkeiten für die Krankenkassen, aus der Kenntnis von Qualitätsunterschieden Konsequenzen zu ziehen, sind heute noch eng begrenzt. Eine Erweiterung des rechtlichen Rahmens um selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten stellt einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Qualität und Effizienz im Krankenhausbereich Deutschlands dar. Bedenken gegen selektivvertragliche Elemente sind ernst zu nehmen, lassen sich bei intensivem Befassen mit den ihnen zugrunde liegenden Befürchtungen aber meist ausräumen. Wichtig ist ein konstruktiver Dialog der Beteiligten mit dem Ziel einer Optimierung der stationären Versorgung.

It is a fact that in the German health care system as a whole and the hospital sector in particular costs in terms of GDP are high, but quality is only average. Nevertheless, there are significant discrepancies in quality among individual hospitals. Because of the longer period of observation beyond the original hospital stay, quality assurance (QA) based on AOK routine data is a major step forward. It is also an important addition to existing QA systems as clearly shown by the example of elective endoprosthetics.

The legal options for health funds to benefit from the knowledge about discrepancies in quality are still very limited. The expansion of the legal framework to allow selective contracting is an important contribution to improving quality and efficiency in the German hospital sector. Objections against selective contracting have to be taken serious, but can be eliminated in many cases by intensively addressing the underlying concerns. Therefore, it is important that the parties involved conduct a constructive dialogue with the aim of optimizing patient care.

5.1 Einleitung

Trotz vieler Ankündigungen ist eine strukturelle Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems insgesamt und des Krankenhaussektors im Besonderen bisher nicht erfolgt. Auch das KHRG hat hier nichts wesentlich Neues gebracht. Dass sowohl Effizienz als auch Qualität einer Verbesserung bedürfen und dass diese Verbesserung nur durch eine Fortentwicklung des rechtlichen Rahmens bewirkt werden kann, soll dieser Beitrag zeigen.

Um die Notwendigkeit von Verbesserungen im Sektor Krankenhaus zu begründen, ist eingangs ein Blick auf das deutsche Gesundheitssystem insgesamt erforderlich. Fokussiert man die Betrachtung dann auf den größten Ausgabenbereich des Gesundheitssystems – eben den Sektor Krankenhaus –, wird deutlich, dass wir uns neben den aktuellen Diskussionen über die Preise von Krankenhausleistungen auch mit Fragen von Über- und Fehlversorgung – und wie diesen begegnet werden soll – auseinandersetzen müssen. Diese Fragen sind bislang weder hinreichend diskutiert geschweige denn beantwortet worden. Ein Schlüssel ist das Herstellen von Qualitätstransparenz und in der Folge die Möglichkeit für die Krankenkassen, aus Qualitätsunterschieden Konsequenzen für die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten zu ziehen.

Letztlich handelt es sich bei diesem Beitrag um ein Plädoyer für den Auftakt zu einer auf dem Qualitätsgedanken beruhenden wettbewerblichen Neuordnung der Krankenhausversorgung, in deren Folge auch mehr Wirtschaftlichkeit erwartet werden kann.

5.2 Der generelle Blick: Das deutsche Gesundheitswesen

Rund 263 Mrd. Euro wurden im Jahr 2008 in Deutschland für den Gesundheitsbereich aufgewandt, der Anteil der Krankenhausversorgung hieran beträgt mehr als 25%. Für die gesetzliche Krankenversicherung stellt dieser Sektor den mit Abstand größten Ausgabenblock dar.

Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Kaufkraft¹ belegt Deutschland mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 3 737 US Dollar je Kopf der Bevölkerung im Vergleich mit einer Gruppe von 19 europäischen Nationen² den siebten Platz. In den Jahren 2000 bis 2008 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland zwar mit real 1,6% pro Jahr nach Angaben der OECD (2010) deutlich geringer gestiegen als im Durchschnitt der OECD-Länder. Dennoch stellen sich Fragen nach den Gründen für das im internationalen Vergleich relativ hohe Ausgabenniveau und nach der Effizienz des Gesundheitssystems.

Preis und Menge sind dabei differenziert zu betrachten. Ist das Preisniveau bezogen auf die Preisniveauintizes der Vergleichsgruppe in Deutschland nicht auffäl-

1 OECD-Eurostat Purchasing Power Parity: Damit werden die Kosten eines gegebenen Waren- und Dienstleistungskorbs auf das gleiche Niveau gebracht.

2 EU-15 (Alt-Mitglieder mit Beitritt vor 2004), die verbleibenden Anrainer Polen und Tschechien sowie die Nicht-Mitgliedsländer Norwegen und Schweiz.

lig, so zeigt sich bezüglich der Volumenindizes – also der „Mengenverbräuche“ von Gesundheitsleistungen – ein anderes Bild. Hier liegt Deutschland hinter der Schweiz, Norwegen und Luxemburg bereits an vierter Stelle, 11 % oberhalb des Durchschnittswerts der EU 15³. Deutschland hat einen hohen Realverbrauch für Gesundheit.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist mit 10,5 % hoch – nur Frankreich und die Schweiz geben prozentual mehr aus. Dieser Anteilswert ist zwar bereits seit einiger Zeit relativ stabil; allerdings ist damit noch nicht gesagt, dass dies künftig so bleiben wird. Die volkswirtschaftlichen Rahmendaten Deutschlands, so z. B. der mit 46,3 % im unteren Drittel der OECD-Länder liegende geringe Anteil von Erwerbspersonen, der hohe Altenquotient und geringe Geburtenzahlen, lassen eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in den nächsten Jahren erwarten.

Dies ist im Übrigen kein ganz neuer Trend: Nahm Deutschland im Jahre 1990 hinsichtlich des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf der Bevölkerung in der EU noch den vierten Platz ein, ist es inzwischen auf Platz 13 abgerutscht. Vor allem die deutsche Einigung hat ihren Tribut gefordert.

Ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt eines Landes ist nicht per se negativ zu bewerten. Im Vergleich zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes hohe Ausgaben für diesen Bereich sind sicherlich dann zu rechtfertigen, wenn daraus eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität zum Nutzen der Bevölkerung resultiert.

Vieles deutet allerdings darauf hin, dass dies in Deutschland trotz der hohen Leistungsanspruchnahme nicht der Fall ist. Nur zwei Beispiele: Bei der Lebenserwartung in der definierten Vergleichsgruppe europäischer Nationen liegt Deutschland mit 80 Jahren auf Platz 9, bei der Säuglingssterblichkeit auf Platz 14, weit hinter Ländern wie Portugal.

Dieses Land hat im Übrigen im Rahmen eines schon im Jahre 1989 begonnenen Strukturprogramms Geburtskliniken mit weniger als 1 500 Geburten pro Jahr geschlossen sowie die peri- und neonatologische Versorgung deutlich verbessert (Hanssler 2007). In Deutschland hingegen sind diese Strukturen in den letzten 30 Jahren nicht wesentlich angepasst worden. So existieren immer noch Kliniken mit weniger als 200 Geburten im Jahr und Kaiserschnitttraten von 50 % – aus Qualitätsgesichtspunkten eine Katastrophe, aber eine mit Billigung der Planungsbehörden. Was muss passieren, damit derartig überholte Strukturen auch in Deutschland angegangen werden? Die Stimmen der Fachgesellschaften werden hier leider nicht immer gehört.

Das eher mäßige Qualitätsniveau des Deutschen Gesundheitswesens wird in internationalen Untersuchungen bestätigt. Zu erwähnen sind hier die Untersuchungen des Commonwealth-Fund (2010).

Im Vergleich von sieben Nationen belegt Deutschland lediglich Rang vier. Nur 34 % bewerten in Deutschland das Gesundheitssystem als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“, während dies in anderen Ländern bis zu 66 % sind. Zwar ergab sich in der das Jahr 2008 betreffenden Untersuchung eine kleine Verbesserung gegenüber

3 Vgl. OECD-Eurostat, Methodical manual on purchasing power parities.

der des Jahres 2005. Beklagt werden aber weiterhin vor allem die mangelhafte Koordination zwischen den Versorgungssektoren sowie Wartezeiten bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen.

47 % der befragten Deutschen waren bei mindestens vier Ärzten gleichzeitig in Behandlung, ein negativer Spitzenwert (Koch et al. 2010). Die hinlänglich bekannten Schnittstellenprobleme nicht nur an den Grenzen der Versorgungssektoren, sondern auch innerhalb dieser werden hier noch einmal vor Augen geführt. Sie sind ein wesentlicher Grund für die Ineffizienzen, aber auch die Qualitätsmängel des deutschen Gesundheitssystems.

Der beschriebene hohe Mittelverbrauch bei gleichzeitig mäßiger Qualität bedingt zwei möglicherweise trivial erscheinende Konsequenzen: Die Qualität und gleichzeitig die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens zu verbessern. In dem Anstreben beider Ziele liegt kein Widerspruch, wie im Folgenden am Beispiel des Krankenhausbereichs gezeigt werden soll. Eine Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus, sondern bedingen einander sogar. Folge einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist eine höhere Effizienz. Dafür müssen aber existierende, nicht mehr zeitgemäße Strukturen verändert werden. Im Gegensatz zu einigen anderen Ländern scheint dafür in Deutschland bisher der erforderliche politische Mut gefehlt zu haben – die neonatologische Versorgung sei nur als kleines Beispiel in Erinnerung gerufen.

5.3 Der Krankensektor in Deutschland

Nahezu 35 % der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf den Krankenhausbereich. Bei allen Problemen um die Definition der Messziffer „Krankenhausbett“ im OECD-Vergleich (Geissler et al. 2010) ist doch zu konstatieren, dass Deutschland einen Spitzenplatz einnimmt. Laut OECD (2009) bedeutet dies Platz zwei hinter Japan, ca. 50 % oberhalb des OECD-Durchschnitts. Augurzky schätzt das Anwachsen der festgestellten Überkapazitäten bis zum Jahre 2020 auf knapp 30 % ein (Augurzky et al. 2009).

Immer wieder beschworen, aber trotzdem nicht zutreffend ist der Rückschluss von rückläufigen Krankenhausanzahlen auf eine signifikante Zahl von Krankenhausschließungen. Dass wirklich ein Krankenhaus seinen Betrieb endgültig einstellt oder einen Standort aufgibt, ist die absolute Ausnahme. Der seit 2003 zu verzeichnende nominelle Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern ist zu 90 % durch Fusionen und nicht durch Schließungen bedingt (Augurzky et al. 2009).

Die Kombination aus bestehenden Überkapazitäten und einem Vergütungssystem, das Mehrmengen lukrativ vergütet, kann nicht ohne Wirkung bleiben. Es spricht vieles dafür, dass die deutlichen Überkapazitäten im stationären Sektor für die im internationalen Vergleich stark überproportionalen Mengensteigerungen bei stationären Leistungen zumindest eine Teilverantwortung tragen.

Während im Durchschnitt der OECD-Länder in den Jahren 1997 bis 2007 eine Stagnation stationärer Fallzahlen zu verzeichnen war, ergab sich für Deutschland eine Steigerung um 20 % – und das auf einem ohnehin schon hohen Ausgangsniveau.

Die zwischen den einzelnen deutschen Bundesländern bestehenden erheblichen Unterschiede bezüglich der alters- und geschlechtsstandardisierten einwohnerbezogenen Fallhäufigkeiten deuten in Verbindung mit dem unterschiedlichen Umfang vorgehaltener stationärer Kapazitäten auf eine zumindest auch angebotsinduzierte Nachfrage hin. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen verfügt über eine verglichen mit dem Bundesdurchschnitt um zehn Prozent höhere Krankenhauskapazität, Baden-Württemberg über eine um zehn Prozent niedrigere. Im Jahr 2007 lag die Anzahl der stationären Fälle in Nordrhein-Westfalen um 6,3 % oberhalb und in Baden-Württemberg um 15,3 % unterhalb des Bundesdurchschnitts (Augurzky et al. 2010).

Um Missverständnisse zu vermeiden: Es soll hier nicht unterstellt werden, dass Patienten beispielsweise vollkommen unnötiger Operationen unterzogen werden. Aber häufig gibt es kein „schwarz“ oder „weiß“, kein klares „Operieren“ oder „Nicht operieren“. Bei vielen Indikationen, gerade im unten vertieft dargestellten orthopädischen Bereich, muss und sollte aus medizinischer Sicht nicht bei jedem Auftreten von Beschwerden sofort operiert werden. Oft helfen schon Heilmittelverordnungen, manchmal auch schlicht Abwarten. Welche Wirkung eine mangelhafte Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser bei gleichzeitig bestehenden hohen Anreizen des Vergütungssystems zur Erbringung von Mehrleistungen hat, ist unschwer zu erraten.

Die im internationalen Vergleich vergleichsweise geringen durchschnittlichen Fallkosten in Deutschland belegen zudem, dass eine medizinisch mögliche Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Sektor im Gegensatz zu anderen Ländern allenfalls rudimentär gelungen ist (Geissler et al. 2010).

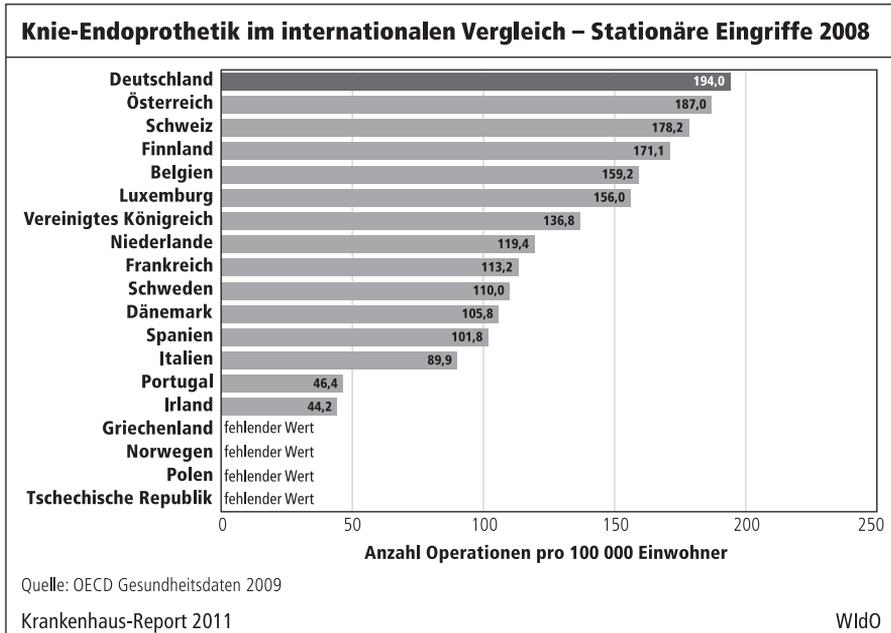
Der Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeiten hat die stationären Kapazitäten in den Jahren 1997 bis 2007 im OECD-Durchschnitt um 20 % sinken lassen, in Deutschland allerdings nur um unterproportionale 14 %. Und nach Jahren steigender Leistungszahlen für ambulante Operationen sind die Leistungsausgaben der AOK Rheinland/Hamburg im ersten Halbjahr 2010 im Vorjahresvergleich erstmals rückläufig – bei gleichzeitig starkem Ausgabenanstieg im stationären Bereich.

Erwarten unabhängige Institute wie das RWI (Augurzky et al. 2010) unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und des Verlagerungspotenzials in die ambulante Versorgung einen jährlichen Fallzahlenanstieg im stationären Sektor von 0,5 % über die nächsten 20 Jahre, so werden im Rahmen der Verhandlung der Landesbasisfallwerte auf Landesebene zum Teil jährliche Mengensteigerungsraten von mehr als drei oder vier Prozent ausgewiesen.

Ein geeignetes Beispiel, das die inzwischen eingetretene problematische Entwicklung veranschaulicht, ist die Endoprothetik. Das Marktvolumen im Bereich Hüft- bzw. Knieendoprothetik liegt in Deutschland bei knapp 4 Mrd. Euro im Jahr. 400.000 Deutsche unterziehen sich jährlich einer entsprechenden Operation. Einwohnerbezogen liegt Deutschland damit an der Spitze aller Länder weltweit (Pearson 2009) (Abbildung 5–1 und 5–2).

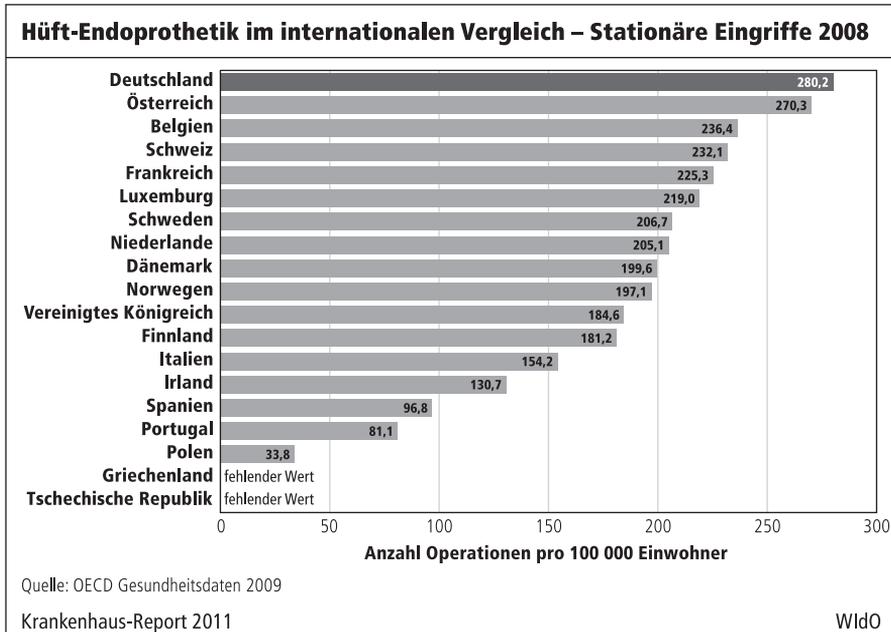
Allein im Bundesland Nordrhein-Westfalen verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2005 bis 2009 einen Anstieg knieendoprothetischer Leistungen um 21,7 %. Besonders hoch war dieser im Jahre 2006, als für die Knieendoprothetik eine Mindestmenge von 50 Leistungen je Krankenhaus eingeführt wurde, sowie im Jahre 2007, in dem mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtes

Abbildung 5-1



5

Abbildung 5-2



derungsgesetz die Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern erleichtert wurde. Heute erbringen im Rheinland mehr Krankenhäuser endoprothetische Leistungen als noch vor fünf Jahren – zum Teil in rechtlich fragwürdigen Konstellationen (Schwarz 2010), indem die Hürde der Mindestmenge durch den Einsatz von bis zu fünf als Honorarkräfte tätige niedergelassene Ärzte genommen werden soll. Nicht gerade ein gelungenes Beispiel für die Konzentration spezifischen Know Hows und sicher kein Qualitätsgewinn für den Patienten.

Aus Abrechnungsdaten ist zudem ein Trend zu immer jüngeren Patienten mit entsprechenden Endoprothesen zu erkennen. Der „Peak“ der Versorgung mit Endoprothesen liegt in Deutschland in der Altersgruppe der 70 bis 74-Jährigen, während die meisten Länder diesen erst in der Gruppe der 75 bis 79-Jährigen erreichen (OECD 2009). So erleben auch mehr Deutsche einen Wechsel der Endoprothese als Bürger anderer Länder.

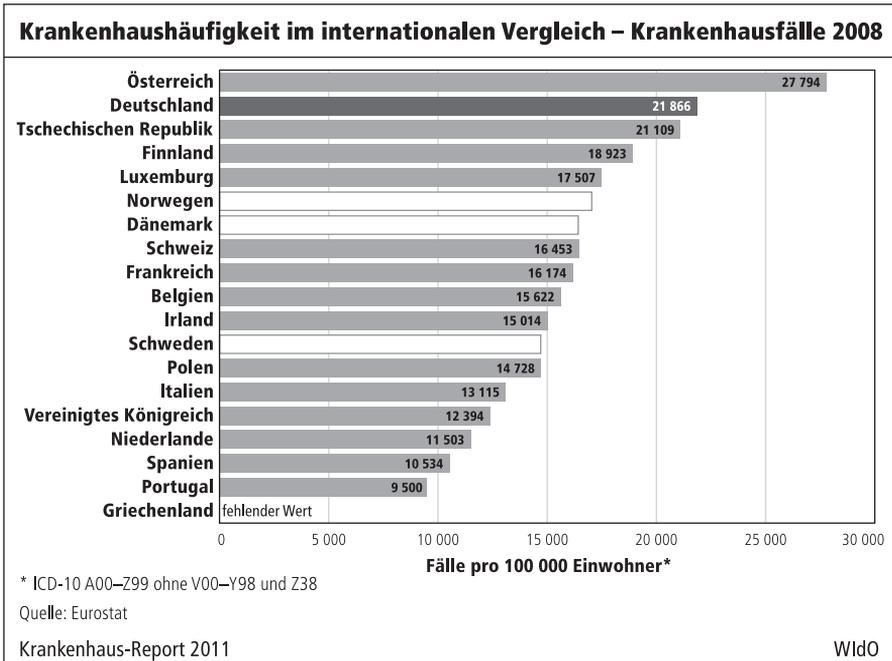
Die Endoprothetik steht hierbei nur stellvertretend für andere Felder. Seit Mitte der neunziger Jahre bekannt sind medizinisch nicht plausible Häufigkeiten in der diagnostischen Kardiologie (Linksherzkatheteruntersuchungen), inzwischen gilt Gleiches für die PTCA und die Stent-Implantation. Im Jahre 2008 (OECD 2009) wurden in Deutschland 550 entsprechende Eingriffe je 100 000 Einwohner durchgeführt. Auf Platz 2 folgt Belgien mit 435; Frankreich liegt bei 192, die Niederlande bei 140. In der definierten europäischen Vergleichsgruppe liegt Deutschland hinsichtlich der altersstandardisierten Krankenhaushäufigkeit insgesamt⁴ hinter Österreich auf Platz 2 mit 21 866 Fällen je 100 000 Einwohner (Abbildung 5–3).

In einem funktionierenden Markt geraten Marginalanbieter bei einem zu hohen Angebot an die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Hieraus resultiert üblicherweise eine Strukturbereinigung, die das Marktgleichgewicht, also das zumindest ungefähre Übereinstimmen von Angebot und Nachfrage, wiederherstellt. Ein solcher Prozess wurde allerdings in den vergangenen Jahren für den Krankenhaussektor nicht zugelassen. Vielmehr hat der Gesetzgeber, zuletzt durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), die Kliniken im Jahr 2009 mit mehr als 3,5 Mrd. Euro zusätzlich versorgt. Den Krankenhäusern insgesamt ist es so gelungen, ihr Rating deutlich zu verbessern (Augurzky 2010), ohne dass sich die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt haben. Es dürfte wohl kaum ein anderer Wirtschaftszweig existieren, in dem die Ausfallwahrscheinlichkeit geringer ist als im Krankenhausbereich.

Mit den Maßnahmen aus dem KHRG sind aber die Ursachen des Problems nicht beseitigt: Bestehen die stationären Überkapazitäten in den nächsten Jahren fort, so werden wiederum einzelne Anbieter an die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gelangen. Spätestens dann ist wiederum die Entscheidung zu treffen: Entweder erneut eine Stabilisierung überholter Strukturen durch ein zusätzliches Finanzierungspaket, oder ein wirksames Angehen des Abbaus von Überkapazitäten und der Konzentration von Leistungen auf spezialisierte Zentren. Letztere Option ist auf mittlere Sicht alternativlos, eine Milliardenbeträge verschlingende Subventionierung überholter Strukturen wird sich die deutsche Volkswirtschaft schlicht nicht mehr leisten können.

4 Betrachtet wurden ICD-10 A00-Z99 ohne V00-Y98 und Z38.

Abbildung 5–3



Viel wichtiger ist aber die Beantwortung der Frage, ob eine solche Investition überhaupt dem Primärziel, nämlich der Qualität der Krankenhausversorgung und damit letztlich dem Wohl der Bürger, dienen kann. Die Annahme, dass die größere Quantität von Krankenhäusern automatisch die Versorgungsqualität verbessert, bewahrheitet sich nicht.

5.4 Qualitätsunterschiede in der Krankenhausversorgung

Der Commonwealth-Fund (2010) attestiert dem deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich nur eine durchschnittliche Qualität. Zwar ist der Zugang einfach, bemängelt werden aber Aspekte der Leistungskoordination und der Effizienz.

Was für das Gesundheitssystem insgesamt gilt, muss nicht zwangsläufig für alle seine Teilgebiete zutreffen. Wie ist also die Qualität der Krankenhausversorgung zu bewerten?

Eine pauschale Antwort ist sicherlich unzulässig. Allerdings widerspräche es jeglicher Lebenserfahrung anzunehmen, dass Krankenhausleistungen überall in gleicher Qualität angeboten werden. Dies trifft auf keinen bekannten Dienstleistungssektor zu. Das ärztliche und pflegerische Können, die apparative Ausstattung und ähnliches unterscheiden sich erheblich. Auch wenn das Faktum bestehender Qualitätsunterschiede potenziellen Patienten wie Einweisern bekannt sein dürfte, fehlt beiden eine klare Orientierung, wo in welcher Qualität Leistungen erbracht werden.

Eigene Analysen der Patientenwanderungen zwischen den Versorgungsgebieten der nordrheinischen Krankenhäuser zeigen, dass es einigen Kliniken gelungen ist, sich einen überregionalen Ruf zu erarbeiten. Um in renommierten Spezialkliniken behandelt zu werden, nehmen Patienten in Einzelfällen sogar Hunderte von Kilometern Wegstrecke auf sich. Dies in der Erwartung, in der ausgewählten Klinik eine besonders gute Versorgung zu erhalten. Für die Patienten ist keinesfalls nur die Ortsnähe das die Krankenhauswahl bestimmende Motiv (Leister und Stausberg 2007). Die Gründe dafür, dass bestimmte Kliniken einen guten Ruf genießen, sind vielfältig: Herausragende Ärzte, wissenschaftliche Veröffentlichungen, zum Teil wohl auch ein geschicktes Marketing.

Es ist nicht zu verkennen, dass das Thema Qualität in den vergangenen Jahren an Relevanz gewonnen hat. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die von den Krankenhäusern seit 2004 regelmäßig zu erstellenden Qualitätsberichte. Allerdings ist die Nutzbarkeit eingeschränkt. Die Dokumentation erfolgt durch die Krankenhäuser selbst, die Überprüfung der ausgewiesenen BQS-Ergebnisse ist unter Anerkennung der Tätigkeit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung nur sehr eingeschränkt möglich. Zudem sind die veröffentlichten Qualitätsberichte für die potenziellen Nutzer nur schwer handhabbar. Eine unabhängige, für den Patienten nachvollziehbare Qualitätsmessung existierte von rudimentären Ansätzen abgesehen bisher nicht. „Hitlisten“ von Publikumsmagazinen mit teilweise fragwürdigen Kriterien helfen wenig weiter, zeigen aber, dass in der Öffentlichkeit ein großes Interesse an einer nachvollziehbaren Qualitätsmessung besteht.

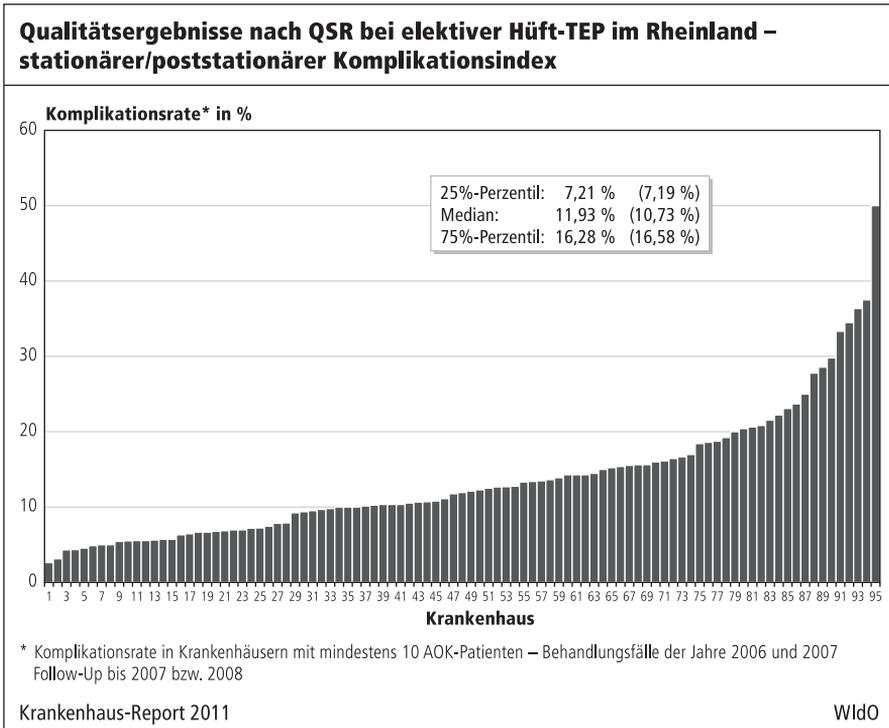
Wichtig ist aber noch etwas anderes: Der Behandlungserfolg bemisst sich nicht nur daran, dass der Patient nach einigen Tagen das Krankenhaus einigermaßen gesund verlässt, sondern auch am Ausbleiben von Komplikationen bzw. Reoperationen im Anschluss. Hier endet allerdings die Beobachtung der Behandlungsqualität der BQS. Zwei Erweiterungen der Perspektive sind erforderlich. Zum einen die längerfristige Beobachtung des Patienten, um Komplikationen zu erkennen, die zwar im inhaltlichen Zusammenhang mit der primären Krankenhausbehandlung stehen, aber nach Abschluss derselben auftreten. Zum anderen eine Ergänzung um Qualitätsanalysen unabhängiger Institutionen.

Die Krankenkassen können hier ihren Beitrag leisten. So beschäftigt sich die AOK mit diesem Thema seit einigen Jahren sehr intensiv. Die vom Wissenschaftlichen Institut der AOK entwickelten Ansätze, zusammengefasst unter der Abkürzung „QSR“ (Qualitätssicherung mit Routinedaten), werden regelmäßig publiziert (u. a. Heller 2008; 2010). Der Dialog mit Fachgesellschaften, Krankenhäusern und der Politik ist ein wichtiges Element für die weitere Entwicklung dieses Instruments.

Zur Berechnung der verwendeten Qualitätsindikatoren und -indizes werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten der AOK verwendet. Diese werden den Krankenkassen per Datenträgeraustausch vom Krankenhaus übermittelt, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung zu stellen oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor.

Das Vorgehen lässt sich am Beispiel der Endoprothetik darstellen. In die aktuell vorliegenden Auswertungen wurden die Daten von AOK-Patienten einbezogen, die sich in den Jahren 2005 bis 2008 einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Gelenks an Hüfte bzw. Knie unterzogen haben. Die Krankheitsgeschichte des Pati-

Abbildung 5–4



enten wird bis zu einem Jahr nach der Erstoperation nachverfolgt, um auch die längerfristige Qualität der Behandlung einschätzen zu können. Eine Wiederaufnahme des Patienten im Zusammenhang mit der Erstoperation wird unabhängig davon, in welcher Klinik die Wiederaufnahme erfolgt, dem die ursprüngliche Behandlung durchführenden Krankenhaus als Komplikation zugerechnet. Zusätzlich berücksichtigt werden bestimmte Komplikationen wie eine Luxation des Gelenks, Wundinfektionen etc.

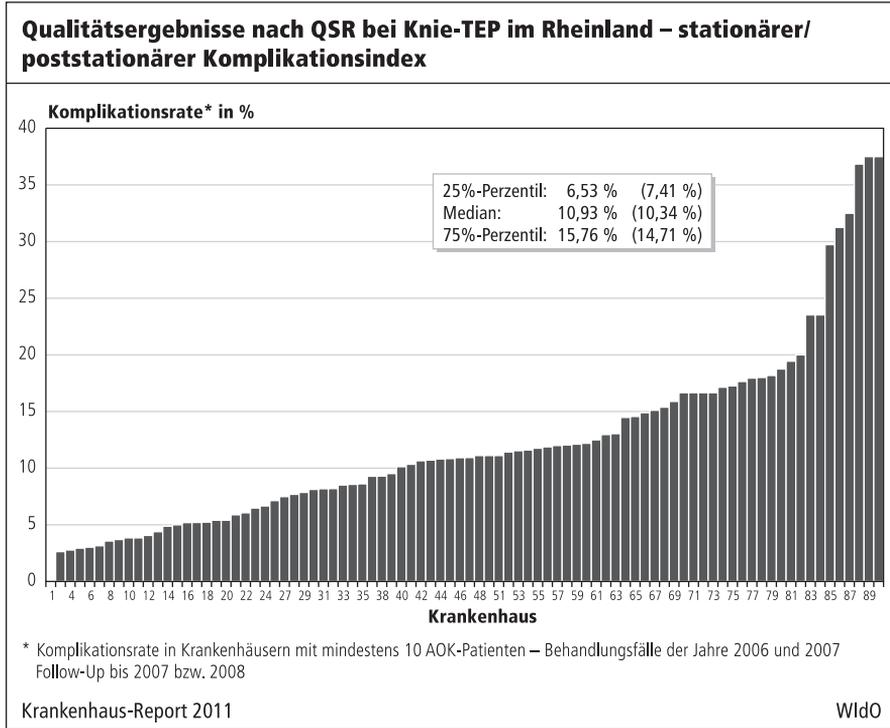
Wichtig zu erwähnen ist, dass die Qualitätsindikatoren auf Qualitätsmängel zwar hinweisen, diese aber nicht beweisen, da z. B. auch im Verhalten des Patienten liegende Gründe eine erneute Behandlung erforderlich machen können. Ein differenzierter Umgang mit den Ergebnissen ist daher erforderlich.

Die QSR-Ergebnisse werden sukzessive von der AOK im Internet veröffentlicht, beginnend in vier Pilotregionen bezüglich endoprothetischer Eingriffe (Presseinformation AOK-Bundesverband 29.04.2010). Das Rheinland ist seit Anfang September 2010 vertreten (Abbildung 5–4 und 5–5).

Die Grafiken stellen die Komplikationsraten endoprothetisch tätiger Kliniken im Rheinland in den Bereichen Knie und Hüfte für die Jahre 2006 und 2007 mit Follow-up⁵ bis Ende 2008 dar. Jede Ziffer entspricht einer Klinik. Hier wird erst-

5 Einjährige Nachbetrachtung, ob nach der Entlassung aus dem die primäre Operation durchführenden Krankenhaus Komplikationen auftreten.

Abbildung 5–5



mals transparent, wie groß die Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken sind⁶. Seitens der AOK Rheinland/Hamburg werden diese objektiven Qualitätsdaten ergänzt um die Ergebnisse einer kontinuierlich durchgeführten Patientenbefragung. Jedem Krankenhaus werden seine individuellen Ergebnisse in bilateralen Gesprächen mit der AOK vorgestellt. Dieser Dialog ist für die Weiterentwicklung des Instruments essenziell.

Seitens der Kliniken besteht ein ausgeprägtes Interesse an diesen Daten, da erstmals der weitere Verlauf nach Verlassen der Krankenhaustür transparent wird. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Zusammenspiel mit nachgelagerten Versorgungsangeboten zu, sei es mit dem niedergelassenen Arzt, sei es mit der Rehabilitationseinrichtung.

Die Erkenntnisse aus den vorgestellten Qualitätsanalysen können helfen, die Krankenhausversorgung in Deutschland qualitativ zu verbessern, indem Patienten künftig gezielt dort behandelt werden, wo die Komplikationsraten gering sind. Am Rande: Ob die Qualitätsparameter eines Krankenhauses nur infolge einer Patientenselektion und Konzentration auf „leichte Fälle“ gut ausfallen, ist bei Analyse der

⁶ Aus Gründen der statistischen Validität werden Aussagen nur zu Kliniken gemacht, die mindestens 35 Leistungen für Versicherte der AOK erbracht haben – in den anonymisierten Grafiken sind auch kleinere Kliniken enthalten.

Daten zu erkennen und muss bei der Interpretation der Ergebnisse selbstverständlich berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der Verbesserung der Effizienz besteht kein Zielkonflikt: Gelungene Ersteingriffe reduzieren nachweislich die Folgekosten in den nachgelagerten Versorgungssektoren – schon hier gewinnt das Gesundheitssystem. Vor allem aber gewinnt der Patient.

5

5.5 Möglichkeiten zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts

Wie lassen sich nun die Erkenntnisse bezüglich der Qualitätsunterschiede innerhalb des gegenwärtig für Krankenhäuser geltenden Rechts berücksichtigen? Kurz beleuchtet werden die Krankenhausplanung, die Budgetverhandlungen sowie das Instrument der Integrierten Versorgung.

Die Krankenhausplanung ist nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Wesentlichen Sache der Bundesländer. Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, so besteht Kontrahierungszwang zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem betreffenden Krankenhaus. Unabhängig von der Qualität der Leistungserbringung sind die Kostenträger verpflichtet, die aus der Budgetvereinbarung des Hauses resultierenden Fallpauschalen und Pflegesätze zu vergüten.

Die Krankenhausplanung hinkt der aktuellen medizinisch-technischen Entwicklung hinterher (Neubauer 2010). Die bereits aufgezeigten erheblichen Überkapazitäten im stationären Sektor Deutschlands sind auch ein Ergebnis dieser Krankenhausplanung. Umso wichtiger ist es, Erkenntnisse über die unterschiedliche Qualität von Krankenhausleistungen in den Planungsprozess zu integrieren. Dabei liegen den Planungsbehörden seit Jahren die detaillierten und fallbezogenen Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz für alle Patienten der Krankenhäuser vor – ein bisher weitgehend ungenutztes Potenzial, zumindest wenn es um Qualitätsgesichtspunkte geht.

Konkrete Vorgaben hinsichtlich der Struktur- bzw. Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen widersprechen dem derzeit fast bundesweit festzustellenden Trend, dass sich die Länder aus der Detailplanung herausziehen. Die Veränderung von Krankenhausstrukturen ist weitgehend unterblieben, von Ausnahmen in einzelnen Bundesländern wie der Schlaganfallversorgung in Hamburg oder dem krankenhauplanerischen Ausweis von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen abgesehen. Nicht zuletzt sind Krankenhäuser bedeutende Arbeitgeber. Daher spielt für die Landes-, aber insbesondere auch für die hiermit verflochtene Kommunalpolitik neben der Gewährleistung einer guten medizinischen Versorgung die Arbeitgeberfunktion der Krankenhausbetriebe eine wichtige Rolle. Die Chancen einer konsequenten Integration von Qualitätsinformationen erscheinen im Rahmen des bestehenden Planungssystems unter den aktuellen Rahmenbedingungen sehr begrenzt.

Eine ähnliche Einschätzung gilt für den Bereich der Budgetverhandlungen. Diese werden kollektivvertraglich auf Basis des Krankenhausentgeltgesetzes ge-

führt. Auch für den Fall, dass eine mindere Qualität der Leistungserbringung in einem Krankenhaus festgestellt würde, ist auf Basis des geltenden Rechts eine Herausrechnung im Rahmen der Budgetverhandlungen bzw. anschließender Schiedsstellenverfahren rechtlich stark erschwert, soweit der Versorgungsauftrag gewahrt ist.

Dennoch werden die festgestellten Qualitätsunterschiede künftig vermutlich eine größere Rolle spielen. So ist anzunehmen, dass der Widerstand der Kostenträger gegen die Vereinbarung von Mengensteigerungen umso größer ist, je schlechter die Qualität ausfällt. Hier geht es nicht nur um die Frage der rechtlichen Durchsetzbarkeit, sondern auch darum, Zeichen in Richtung einer Fortentwicklung des Systems zu setzen. Und darüber hinaus der Verantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Versicherten zu entsprechen.

Bleibt als Drittes die Integrierte Versorgung, die – eingeführt mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 –, dann aber erst ab 2004 nach einigen Vereinfachungen im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes in breiterem Umfang zur Anwendung kommt.

Hier bestehen zwar erste Möglichkeiten, eine neue Form der Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern zu organisieren. Dennoch ist auch dieses Instrument nur bedingt geeignet, die gewonnenen Erkenntnisse über die Qualitätsunterschiede in konkrete Vereinbarungen mit Krankenhäusern umzusetzen. So erfordert die integrierte Versorgung die Einbindung von Leistungserbringern aus verschiedenen Versorgungssektoren. Diese ist für das angestrebte Ziel, Patienten in ausgewählten, qualitativ hochwertige Arbeit leistenden Krankenhäusern behandeln zu lassen, nicht zwingend erforderlich. Zudem ändert die Integrierte Versorgung nichts am bestehenden Kontrahierungszwang.

Es bleibt daher festzuhalten, dass die angestrebte Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts nur in Ansätzen verwirklicht werden kann.

5.6 Selektivverträge im Krankenhausbereich

Die derzeit bestehenden Möglichkeiten, aus festgestellten Qualitätsunterschieden Konsequenzen zu ziehen, sind äußerst begrenzt. Die Integration selektivvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten kann hier einen wichtigen Impuls zur Systemoptimierung liefern. Als im Jahre 2007 die Diskussion um die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Krankenhausbereich ab 2009 begann, wurde die Integration von Selektivverträgen angeregt (Leber 2008). Diese wettbewerbliche Öffnung des Krankenhausbereichs hat aber zunächst keinen Eingang in den ordnungspolitischen Rahmen gefunden. Hatte der Bundesgesetzgeber zwar zunächst die Absicht, das Krankenhausrecht entsprechend weiterzuentwickeln, so scheiterte er letztlich am geschlossenen Widerstand der Bundesländer. Bezüglich der Motive der Bundesländer lässt sich vieles vermuten. Vorrangig war wohl der Schutz der Krankenhäuser vor wettbewerblichen Elementen in einem regulierten Markt. Diese Systementscheidung bedeutet aber in der Konsequenz auch, dass Krankenhäuser mit mäßigen Qualitätsergebnissen zu Lasten qualitativ hochwertiger Krankenhäuser geschützt

werden. Den Sicherstellungsauftrag des Landes anerkennend ist die Frage zu stellen, inwieweit dies dem Bürger nützte.

Die hier angeregte Integration von Selektivverträgen in die Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen stellt unzweifelhaft eine weitreichende wettbewerbliche Öffnung dieses Sektors dar. Diese ist differenziert und mit Bedacht zu vollziehen. Berechtigte Bedenken sind ernsthaft zu diskutieren, um Versuche, das Instrument als solches von vornherein in Misskredit zu bringen, angemessen zu entkräften. Diese Diskussion soll im Weiteren angestoßen werden.

Ein nochmaliger Blick auf die Grafiken zu den unterschiedlichen Komplikationsraten rheinischer Krankenhäuser im Bereich der Endoprothetik (Abbildung 5–4 und 5–5) macht deutlich, was beabsichtigt ist. Gelingt es, über selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten die Patienten, die heute noch in Krankenhäusern mit hohen Komplikationsraten behandelt werden, in solche mit geringen Raten umzusteuern, so ist dies zunächst einmal im Patienteninteresse. Eine qualitativ hochwertige Akutversorgung vermeidet Leid in Folge von Komplikationen und Reoperationen – und spart zusätzlich Geld bei den Folgekosten beispielsweise im Bereich der Heil- und Hilfsmittel, der Arzneimittel etc. Bereits hier findet sich infolge der Qualitätsverbesserung ein Ansatz zur Erhöhung der Effizienz des deutschen Gesundheitssystems, und zwar ohne dass die eigentliche Krankenhausvergütung selbst bereits in die Überlegungen einbezogen worden ist.

Das IGES-Institut hat sich 2010 mit dem Instrument der Selektivverträge am Beispiel des Krankenhaus- und Arzneimittelbereichs beschäftigt und gesteht ihm eine grundsätzliche Eignung zur effizienteren Steuerung des Gesundheitssystems zu (Albrecht et al. 2010). Bezüglich des Sektors Krankenhaus war jedoch nur der Einbezug von Hilfskriterien, so für die Prozessqualität der Indikator Fallzahl, für die Strukturqualität die Facharztquote und für das Kostenniveau der Basisfallwert, möglich. Aber erst durch den dargestellten Einbezug der Ergebnisqualität, ergänzt um die Patientenzufriedenheit, erhält dieses Element seine wahre Berechtigung. Eine Erweiterung um regulatorische Vorgaben zur Strukturqualität ist problemlos umsetzbar.

Richtig ist, dass gerade im Bereich der Ergebnisqualität allgemein akzeptierte Kriterien erst entstehen. Die QSR-Ansätze des AOK-Systems begründen aber die Hoffnung, dass ein Konsens beispielsweise mit den Fachgesellschaften zumindest in ausgewählten Bereichen wie der Endoprothetik erreichbar ist. Im konstruktiven Zusammenwirken aller Beteiligten lassen sich Kriterien definieren, auch in sektorübergreifender Perspektive. Ein Beispiel aus einem anderen Gebiet: Die Inkontinenzrate ein Jahr nach Durchführung von Prostatektomien ist ein relevantes, sektorübergreifendes Qualitätskriterium, das aus den bei den Krankenkassen vorliegenden Hilfsmittelverordnungen abgeleitet werden kann. Wer würde nicht gern wissen, bei welchem Krankenhaus die Inkontinenzrate ein Jahr nach der Prostataoperation bei 15% und in welchem sie bei 65% liegt?

Ein wichtiger Auslöser für den Schutzimpuls der Länder und den Widerstand gegen selektivvertragliche Elemente im Jahr 2008 war möglicherweise die Fokussierung der Diskussion auf Preisnachlässe bei der Erbringung der Krankenhausleistungen selbst. In der politischen bzw. öffentlichen Wahrnehmung wurde damit die Diskussion um die Weiterentwicklung des Krankenhaussystems auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit reduziert. Dabei findet sich die Legitimation für die Selektivver-

träge doch gerade in den bestehenden erheblichen Qualitätsunterschieden zwischen den Krankenhäusern. Die mit dem Einsatz des Instruments der Selektivverträge beabsichtigte Konzentration von hochspezialisierter Versorgung auf qualitativ hochwertige Anbieter wird dann in der Folge aber auch die Effizienz verbessern.

Die strittige und häufig emotional diskutierte Frage, inwieweit bei der Krankenhausleistung selbst Preisnachlässe möglich sein sollen, soll hier nicht ausgespart werden. Sie ist allerdings nicht so entscheidend, wie in den vergangenen Jahren häufig dargestellt wurde.

Nähert man sich diesem Thema, wird man um die Erkenntnis nicht herumkommen, dass höhere Fallzahlen und eingespielte Abläufe bei einem Selektivvertragspartner kostenreduzierend wirken. Economies of scale sind auch in deutschen Krankenhäusern bekannt und finden in den gesetzlichen Regelungen zu Mehr- und Mindererlösausgleichen sowie der anteiligen Finanzierung von Leistungsveränderungen auf Haus- und Landesebene seit jeher Anwendung. Dass sich Effizienz und Qualitätsverbesserung nicht ausschließen, sondern einander sogar bedingen, ist keine neue Erkenntnis der Wirtschaftswissenschaft (Gabler 2010). Die Frage ist also, ob in Folge der Patientensteuerung der Krankenkassen mögliche Gewinnzuwächse allein den profitierenden, qualitativ hochwertigen Krankenhäusern verbleiben sollen oder ob die Kostenträger an dieser Verbesserung der Wirtschaftlichkeit partizipieren sollen.

Zur Erinnerung: Es geht hier auch um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Krankenkassen sind keine renditeorientierten Unternehmen. Das, was sie ausgeben, muss über Beiträge und Steuerzuschüsse erwirtschaftet werden. Gleichzeitig weisen zumindest die bundesweit agierenden Klinikketten wie Asklepios und Helios/Fresenius (Handelsblatt 2010; Hamburger Abendblatt 2010) steigende Renditen aus. Es erscheint daher legitim, sich über dieses Thema Gedanken zu machen.

Dabei muss es nicht allein um direkte finanzielle Rückflüsse an die Krankenkassen gehen. Denkbar wären Investitionen in die Verbesserung der Patientenversorgung sowie ergänzende Elemente wie die Finanzierung eines vorgelagerten Zweitmeinungsservice. Gerade der letztgenannte Punkt ist in Anbetracht der häufig medizinisch nicht plausiblen Mengenentwicklungen in Deutschland – siehe das Beispiel Endoprothetik – von großer Bedeutung und sollte im Rahmen selektivvertraglicher Modelle entsprechend gefördert werden. Ein solches Element vermittelt zudem dem Patienten Sicherheit, die heute oft fehlt.

Darin, dass die Integration selektivvertraglicher Komponenten die Sicherstellung des hohen Guts einer raschen wohnortnahen Notfallversorgung nicht gefährden darf, sind sich sowohl deren Befürworter als auch Gegner einig. Gleiches gilt dem Grundsatz nach auch für die wohnortnahe Versorgung mit planbaren Krankenhausleistungen, wobei sich in diesem Punkt die Operationalisierung des Begriffs „Ortsnähe“ unterscheiden mag: Welche Entfernung ist hier eigentlich zumutbar?

Zunächst sei aber der Hinweis erlaubt, dass die angeregte Erweiterung des ordnungspolitischen Rahmens ein Gegenmodell zum bestehenden allgemeinen Kontrahierungszwang darstellt. Allein daraus ergibt sich die Konsequenz, dass es – unabhängig davon, wie die konkrete gesetzliche Ausgestaltung aussehen würde – keinen Zwang zu selektivvertraglichen Regelungen auf Ortsebene geben kann. Anders ausgedrückt: Ohne eine Vielfalt an geeigneten Anbietern in einer Region

werden konkrete Vertragsanfragen der Krankenkassen fruchtlos bleiben, da keinerlei Anreize seitens der Anbieter existieren, solche Verträge auch zu schließen. Selektivverträge, die u. a. Qualität und Preisgestaltung ausgewählter Leistungen regeln, können also dem Grundsatz nach auf beiden Seiten immer nur freiwilliger Natur sein. In Regionen mit geringer Krankenhausedichte sind solche Verträge nicht zu erwarten, daher drohen hier auch keine Auswirkungen von Selektivverträgen auf die bestehende Vorhaltung der Notfallversorgung.

Doch selbst wenn dem nicht so wäre, zeigt die Darstellung von Preusker bezüglich der Situation in Skandinavien (Augurzky et al 2010), dass auch Länder mit geringer Bevölkerungsdichte eine ausgezeichnete Notfallversorgung organisieren können. Man benötigt dafür nicht zwingend alle zehn Kilometer ein komplettes Krankenhaus, sondern einen intelligenten Mix verschiedener Ansätze. Verbesserungen im Rettungsdienst, Portalklinikkonzepte mit Berechtigung und nicht nur zur Stabilisierung nicht mehr überlebensfähiger und überlebensnotwendiger Krankenhäuser sowie telemedizinische Ansätze ermöglichen eine Verbesserung der Qualität der Versorgung trotz einer Reduzierung der Anzahl von Krankenhausstandorten.

Sicherlich wird man bei der Strukturierung der Versorgung unterscheiden müssen. Werden im Sinne einer erwarteten besseren Qualität beispielsweise im Bereich der elektiven Endoprothetik oder gar der Knochenmarktransplantation bereits heute vielfach freiwillig längere Wegezeiten in Kauf genommen, so muss eine geriatrische Versorgung vergleichsweise ortsnah angeboten werden. Die wohnortnahe Versorgung mit Elektivleistungen ist verglichen mit der Notfallversorgung aber weniger eine Frage der allgemeinen Daseinsfürsorge, sondern unterliegt der Abwägung zwischen erwarteter Qualität und resultierenden Wegezeiten durch den Patienten selbst. Eine Krankenkasse, die ihren Versicherten ein unzureichendes Angebot macht, nachgewiesen hochwertige Leistungserbringer ausschließt oder zu weite Wege zumutet, mag sich kurzfristig Vorteile „erkaufen“ – ein dauerhafter Markterfolg ist aber mangels Akzeptanz der krankenkassen-wahlberechtigten Kunden nicht zu erwarten. Darüber hinaus unterliegen Krankenkassen schon jetzt einer umfassenden aufsichtsrechtlichen Prüfung. Es spricht nichts dagegen, diese auch auf abgeschlossene Selektivverträge zu beziehen.

Mit der Entscheidung, nur elektive Leistungen für selektivvertragliche Modelle vorzusehen, stellt sich die Frage, wie elektive Leistungen von Notfallleistungen abgegrenzt werden sollen. Bereits im Jahre 2007 wurde vorgeschlagen, den entsprechenden Katalog vom InEK erstellen zu lassen (Leber 2008). Hieran ist festzuhalten. Unzweifelhaft lassen sich Leistungen finden, die keinerlei Notfalleigenschaft aufweisen.

Auch im Bereich der Endoprothetik, der aufgrund der dargestellten großen Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern und des Marktvolumens eine besondere Bedeutung hat, ist eine Unterscheidung zwischen elektiven Verschleißoperationen und Notfallbehandlungen möglich. Da hier das QSR-Instrumentarium bereits gut fundiert ist, gleichzeitig in Deutschland fragwürdige Mengenentwicklungen zu verzeichnen sind, sollte dieses Gebiet kurzfristig für selektivvertragliche Modelle geöffnet werden – inklusive eines Zweitmeinungsservice bezüglich der Indikationsstellung.

Ein weiteres, bisher wenig diskutiertes Feld für Selektivverträge ist die Onkologie. Es handelt sich hier um ein hochkomplexes, mit vielen Innovationen belegtes

Gebiet ohne jegliche „Blaulichtfälle“. Für die Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung nach § 116 b SGB V müssen die onkologischen Einrichtungen bereits heute Qualitätsanforderungen erfüllen, während dies für die stationäre Versorgung nicht erforderlich ist – ein Unding. Die längst überfällige Konzentration auf Zentren mit entsprechender Expertise kann durch selektivvertragliche Ansätze gefördert werden. In diesem Feld spielt die Ergebnisqualität aufgrund der sehr individuellen Krankheitsverläufe naturgemäß eine kleinere Rolle als in anderen Leistungssektoren, um so mehr kommt es auf die anderen Dimensionen der Qualität an.

Erforderlich ist unzweifelhaft ein geordnetes Vergabeverfahren mit Definition von nachweisbaren Qualitätskriterien sowie eine transparente Auswahl der Anbieter.

In der Konsequenz verschieben sich bei Umsetzung solcher Modelle natürlich Marktanteile und Tätigkeitsspektren der Krankenhäuser. Es wäre dabei seitens der Krankenkassen nicht besonders klug, Monopolsituationen entstehen zu lassen, die Trägervielfalt ist daher nicht gefährdet.

Bezüglich der Ausbildung von Ärzten in Krankenhäusern kann es aber erforderlich sein, dass Krankenhäuser stärker kooperieren. Dies sollte zumutbar sein; mögliche Qualitätsverbesserungen dürfen nicht an einer mangelnden Kooperationsbereitschaft einzelner scheitern. An diesem Punkt zeigt sich aber auch, dass selektive Vertragsmodelle im Sinne der beiderseitigen Planungssicherheit eher langfristiger Natur sein sollten, unter Verwendung angemessener Kündigungsmodalitäten: Denkbar wären – von gerichtlich überprüfbaren Kündigungen wegen schwerer Qualitätsmängel bzw. aus besonderem Grund abgesehen – relativ lange Kündigungsfristen, ggf. auch die Begrenzung auf die Kündigung von Teillosen innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

Die Kernfrage aber bleibt: Schlägt bei einer nachweisbar qualitativ hochwertigeren Versorgung mit geringeren Komplikationen nicht dieser Qualitätszuwachs den Nachteil moderat längerer Wegezeiten? Heute fehlt es noch an Transparenz für den Patienten und den Einweiser. Werden die vorhandenen Ansätze aber konsequent weiterentwickelt, wird es hinsichtlich der Akzeptanz keine großen Probleme geben. Die Betonung der Konsumentensouveränität und der Vergleich mit einem Autokauf (Schmitz 2010) geht fehl: Die Qualitäten unterschiedlicher Autos sind für den Konsumenten äußerst transparent, mehr als zehn unabhängige Autozeitschriften veröffentlichen Unmengen von Testberichten, Vergleichstests, Pannenstatistiken etc. Möchte jemand ernsthaft behaupten, bei Krankenhausleistungen gäbe es für den Patienten oder Einweiser derzeit ein vergleichbares Maß der Qualitätstransparenz?

Zudem bringt die Wahl eines „falschen“ Autos beim heutigen Stand der Technik allenfalls Abstriche beim Komfort und den Fahrleistungen mit sich, bei Unzufriedenheit kann man es verkaufen – die Wahl eines Krankenhauses mit minderer Qualität ist potenziell lebensbedrohlich. Und umtauschen kann man Krankenhausleistungen auch nicht.

Die Beispiele zeigen: Einwände gegen Selektivvertragsmodelle im Krankenhausbereich bedürfen differenzierter Antworten. Lösungen lassen sich – einen konstruktiven Umgang und Respekt für die gegenseitigen Positionen vorausgesetzt – aber mit entsprechendem Willen fast immer finden.

5.7 Fazit

Krankenkassen haben das Ziel, ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen. Verbunden hiermit ist nicht nur eine hohe Patientenzufriedenheit, gleichzeitig werden Folgekosten einer qualitativ minderwertigen Versorgung reduziert. In Selektivverträgen liegt Potenzial für eine gleichzeitige Verbesserung von Qualität und Effizienz im stationären Sektor. Sie können künftig zu einem wichtigen Parameter im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander werden. Verträge mit den besten Anbietern am Ort als entscheidendes Kriterium für die Wahl der richtigen Krankenkasse verlagern den Wettbewerb auf ein für das Gesundheitssystem nutzbringendes Feld. Jetzt bedarf es des Gesetzgebers, Schritte in die beschriebene Richtung zu ermöglichen.

5.8 Literatur

- Albrecht M, Bleß HH, Höer A, Loos S, Schiffhorst G, Scholz C. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung. Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den regulatorischen Rahmen. Hans-Böckler-Stiftung. Edition 252. Düsseldorf 2010.
- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009.
- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010: Licht und Schatten. RWI: Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- Deutsches Ärzteblatt Internetausgabe vom 30.7.2010. www.aerzteblatt.de.
- Gabler Wirtschaftslexikon Internet-Version 2010. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/selektives-kontrahieren.html>.
- Geissler A, Wörz M, Busse R. Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 25–40.
- Koch K, Schürmann C, Sawicki P. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2010, 107 (24), 427–34.
- Hamburger Abendblatt Internet-Ausgabe vom 21.5.2010; <http://www.abendblatt.de/wirtschaft/article1503777/Asklepios-steigert-Umsatz-und-Gewinn-auf-Rekordhoch.html>.
- Handelsblatt Internet-Ausgabe vom 4.5.2010; <http://www.handelsblatt.com/newsticker/unternehmen/fresenius-zuversichtlich-fuer-2010-bereinigten-ueberschuss-gesteigert;2573780>.
- Hansler L. Geburtshilfe/Neonatalmedizin: Wieviel Regionalisierung ist nötig? Wieviel ist wünschenswert? Vortrag im Rahmen der 5. Ergebniskonferenz qs-nrw am 18.9.2007. www.qs-nrw.de/index.php?id=1385.
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008; 10; 1173–82.
- Heller G. Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 239–53.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–105.
- Leister J, Stausberg J. Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. Journal of Hospital marketing & Public Relations Vol. 17 (2) 2007: 13–29

- Neubauer G, Beivers A. Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 3–11.
- OECD-Gesundheitsdaten 2010 – Deutschland im Vergleich. www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf.
- OECD Health Data 2009. Juni 2009.
- Pearson M. Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Written Statement to Senate Special Committee on Aging. 30th September 2009. www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf
- Schmitz R-M. Selektivverträge: Pro & Kontra. f&w 2010; 4: 384–7.
- Schwarz K. Strafrechtliche Risiken beim Einsatz von Vertragsärzten. f&w2010; 3: 300–5.
- The Commonwealth Fund, Davis K, Schoen C, Stremikis K. Mirror, mirror on the wall – How the performance of the U.S. Health Care System compares internationally. New York, Juni 2010. www.commonwealthfund.org.

This page intentionally left blank

6 Qualität als Wettbewerbsparameter des Krankenhauses

Annabelle Neudam und Heidemarie Haeske-Seeberg

Abstract

Krankenhäuser stehen unter immer größerem Wettbewerbsdruck, der durch zahlreiche Veränderungen im Gesundheitssystem und im politischen Umfeld hervorgerufen worden ist. Mit einem fundierten Qualitätsmanagement und einer professionellen Vermarktung guter Leistungen ist es für ein Krankenhaus jedoch möglich, sich gegenüber Wettbewerbsteilnehmern gut zu positionieren. Die Zielgruppe aller Aktivitäten sind dabei die Kunden. Verschiedene Instrumente der Qualitätssicherung und des Krankenhausmarketings können für den Patienten aussagekräftig aufbereitet und leicht zugänglich gemacht werden. Wenn es um die Entscheidung eines Patienten für ein Krankenhaus geht, gewinnen neben den bereits etablierten Qualitätsberichten insbesondere die Internetauftritte der Kliniken sowie vergleichende Internetportale an Bedeutung.

Due to numerous changes in the healthcare system and the political environment, hospitals are under considerable competitive pressure. However, a hospital can position itself against the other competitors with a sound quality management and a professional marketing strategy. The target audience for all such activities is the customer. Various instruments of quality assurance and hospital marketing can be processed in a way that they are meaningful and easily accessible for the patients. In addition to established quality reports, the clinics' websites as well as comparative internet platforms gain importance when it comes to the decision of a patient for a hospital.

6.1 Gesundheitssystem und Marktentwicklung

6.1.1 Entwicklung des Krankenhausmarktes

Der Krankenhausmarkt steht unter dem Einfluss zahlreicher Faktoren, die eine sukzessive Veränderung der Versorgungslandschaft mit sich bringen. Vor allem der demographische Wandel ist eine der Ursachen für die Umgestaltung. Die Verschiebung der Altersstrukturen in der Bevölkerung ist mit einer Veränderung des Patientenlientels verknüpft. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt inzwischen bei 54 Jahren, Tendenz steigend. Ausgelöst durch die konsequente Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor sehen sich die Krankenhäuser zudem einer Zunahme multimorbider und chronisch Erkrankter in ihrem Patientengut gegenüber. Parallel dazu kommt es durch den medizinischen Fortschritt zu einer früheren Erkennung von Krankheiten mit danach verlängerten Behandlungszeiten, zu einer

Steigerung der Überlebensrate und zu verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und somit zu einem Anstieg der Patientenzahlen. In Deutschland werden jährlich ca. 17 Mio. Krankenhauspatienten mit immer kürzeren stationären Verweildauern behandelt. Die Zahl der Krankenhäuser sowie der Krankenhausbetten sind seit Jahren rückläufig. Während im Jahr 2005 noch 2 139 Krankenhäuser knapp 16,8 Mio. Fälle behandelten, sind es im Jahr 2008 noch 2 083 Einrichtungen, die sich um 17,5 Mio. Patienten kümmern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009). Mit einer weiteren Reduktion der Krankenhausbetten bei gleichzeitigem Fallzahlanstieg ist auch zukünftig zu rechnen.

6

6.1.2 Herausforderungen des Marktes

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen wird von der Politik durch gesetzliche Regelungen bewusst gefördert. Dadurch ist der Krankenhausmarkt einer Vielzahl von neuartigen Herausforderungen ausgesetzt. Insbesondere Veränderungen im Entgeltssystem sorgen für eine Umverteilung des Budgets, womit auch Budgetverhandlungen eine immer größere Bedeutung zukommt. Weiterhin werden Investitionen kaum mehr gefördert und die dafür benötigten Mittel müssen zunehmend selbst erwirtschaftet werden. Durch Privatisierung und Bildung von Krankenhausgruppierungen in allen Trägergruppen entsteht außerdem eine sich kontinuierlich verschärfende Wettbewerbssituation. Krankenhäuser müssen folglich immer mehr die Prinzipien und Vorgehensweisen von Wirtschaftsunternehmen anwenden, um sich im steigenden Wettbewerbsdruck zu behaupten. Daher benötigen Krankenhäuser wirksame Methoden der Kundengewinnung und -bindung, die sich sowohl an niedergelassene Ärzte als auch an potenzielle Patienten wenden. Eine intensive Verzahnung mit dem ambulanten Sektor ist unabdingbar geworden, um sowohl Patienten zu akquirieren als auch die Nachbetreuung zuverlässig zu organisieren.

Zahlreiche Regelungen sind gezielt dazu geschaffen worden, die die Grundlage für regionale, einzelvertragliche Lösungen für die integrierte Versorgung, für Hausarztverträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder Rabattverträge für Arzneimittel bilden. In der Diskussion ist „selektives Kontrahieren“ verbunden mit „Pay for Performance“, also der gezielte Einkauf von Leistungen der Krankenkassen bei Gesundheitsanbietern mit einer Preisgestaltung, die an Qualitätsnachweise gekoppelt ist.

6.1.3 Systemwechsel und seine Folgen

Eine grundlegende Veränderung hat das Gesundheitssystem in Deutschland vor allem durch das 1996 veränderte Vergütungssystem für Leistungen von Krankenhäusern erfahren. Erstmals wurden jetzt an Prozeduren und Diagnosen orientierte Fallpauschalen vergütet, die ein völliges Umdenken in der Steuerung eines Krankenhauses erforderten und die Anreize für Krankenhäuser veränderten. Durch die Pauschalierung von Leistungen wurde nicht mehr die lange Verweildauer mit der Behandlung von Komplikationen „belohnt“, sondern eine kurze und damit möglichst reibungslos organisierte Behandlung, die von Seiten des Patienten ohne den Aufenthalt verlängernde oder verteuernde Komplikationen verläuft.

In der Einführungsphase richteten sich die Aktivitäten der Krankenhäuser vor allem auf das Erlernen der neuen Abrechnungsregeln und damit auf die Sicherung der ökonomischen Basis für die Krankenhäuser. Darauf wurde z. B. mit einer Verringerung der Verweildauer reagiert. Um jedoch eine Kundenbindung zu erreichen, mussten Prozesse wie die Aufnahme und die Entlassung eines Patienten grundlegend neu organisiert werden.

Um negative Auswirkungen auf die Qualität zu verhindern, wurde die Einführung des Entgeltsystems mit einer gänzlich neuen Art der externen Qualitätssicherung begleitet: der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Die Teilnahme daran ist inzwischen für alle Krankenhäuser verbindlich.

6.2 Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Neben der Teilnahme an den externen Qualitätsvergleichen wurden mit der Novellierung des Sozialgesetzbuches V im Jahre 2000 die Krankenhäuser verpflichtet, ein Qualitätsmanagement einzuführen. In der Folge kam es zu einer intensiven Diskussion, welche der bekannten Systeme und Werkzeuge geeignet seien, um in Krankenhäusern erfolgreich angewendet zu werden.

6.2.1 Gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Die gesetzliche Grundlage zur Qualitätssicherung im Krankenhaus findet sich in den §§ 135–137 SGB V. Während § 135a SGB V die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Einführung eines internen Qualitätsmanagements regelt, beschreibt § 137 SGB V, wie die regelmäßige Qualitätsberichtserstattung erfolgen muss. Demnach müssen Krankenhäuser alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht verfassen, in dem der Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird und Informationen über die Leistungen des Krankenhauses veröffentlicht werden.

6.2.2 Instrumente des Qualitätsmanagements

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Durch das DRG-System erheben Krankenhäuser über jeden Patienten einen strukturierten Datensatz, in dem eine Reihe von Informationen über Aufenthaltsdauer, Begleiterkrankungen, Komplikationen, Aufenthaltsdauer usw. enthalten sind. Diese Chance wurde genutzt, um daraus Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Es entstanden verschiedene Indikatorensets aus diesen sog. „Routinedaten“ (BQS-Indikatoren, Patient Safety Indicators der AHRQ (USA), HELIOS-Indikatorenset, OECD-Indikatoren). Diese Indikatoren geben eine Sicht auf einzelne Qualitätsaspekte. Sie erlauben z. B. die Berechnung der Mortalität sowie verschiedener Komplikationsraten. Bedingt durch die Zweckbestimmung der „Routinedaten“ fehlen jedoch wesentliche Aspekte der Qualitätsmessung, sodass die Indikatoren aus Routinedaten eine gute Ergänzung zu bestehenden Indikatorensets bilden, diese jedoch nicht gänzlich ersetzen können.

Kundenbefragungen

Die Befragung verschiedener Interessentengruppen ist für jedes Unternehmen ein wichtiger Teil des Qualitätsmanagements. Im Krankenhaus sind dies insbesondere Befragungen der einweisenden Ärzte und der Patienten.

Während sich im Feld der Patientenbefragungen Standards hinsichtlich der Methodik und des Frageinhaltes herauskristallisieren, ist dies bei Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen noch nicht der Fall. Ein Benchmarking ist dadurch häufig noch nicht möglich. Diese Befragungen liefern wichtige Hinweise auf Verbesserungspotenziale, die die Grundlage für die Neugestaltung von kundengerichteten Prozessen bilden sollten. Da sich meist eine ganze Anzahl von Verbesserungspotenzialen zeigen, kann durch eine kundenorientierte Prioritätensetzung die Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses gezielt verbessert werden.

Qualitätsberichte

Die Pflicht zur zweijährlichen Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V wird inzwischen von Krankenhäusern genutzt, um ihre Leistungen marktorientiert zu präsentieren. Häufig werden Qualitätsberichte jährlich erstellt und über den vom Gesetzgeber festgelegten Inhalt hinaus ergänzt. Es werden z. B. Qualitätsprojekte und verbesserte Serviceleistungen dargestellt, aber auch über Ethik und Philosophie der Kliniken informiert und auf Angebote der Seelsorge hingewiesen. Neben der vorgeschriebenen Form von maschinenlesbaren Dateiformaten werden die Qualitätsberichte oft anschaulich für Print- und Webversionen aufbereitet. Qualitätsberichte sind ein gutes Beispiel dafür, wie Qualitätsmanagement- mit Marketingmaßnahmen verzahnt werden können.

Qualitätszertifikate

Immer mehr Krankenhäuser bauen nicht nur Qualitätsmanagementsysteme auf, sie unterziehen sie auch einem Zertifizierungsprozess. Das wohl am weitesten verbreitete Zertifizierungssystem ist dabei das der KTQ. 544 Krankenhäuser haben aktuell mit Hilfe eines solchen Zertifikates belegt, dass ihre Leistungen und Abläufe den Anforderungen des zugrunde liegenden Kataloges entsprechen (Vgl. KTQ 2010). Aber auch spezielle Zertifikate für Brustzentren, Darmzentren u. ä., die von wissenschaftlichen Gesellschaften vergeben werden, gewinnen an Bedeutung. Eine Vielzahl weiterer Zertifikate, wie „Qualifizierte Schmerztherapie“, „Anerkannte Behandlungseinrichtung für Typ I- und II-Diabetiker“, „Zertifizierte Stroke Unit“ oder das „Qualitätssiegel Geriatrie“ belegen die Qualität von Subsystemen und werden zunehmend zu Werbezwecken dargestellt.

6.3 Wettbewerb und Erfolgsfaktoren im Krankenhaus

6.3.1 Wettbewerb im Krankenhausmarkt

Wettbewerb bezeichnet in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren nach einem definierten Ziel. Dabei unterscheidet sich jedoch in der Regel der Grad der Zielerreichung der beiden Akteure. Einfach ausgedrückt bedeu-

tet es, dass zwei oder mehr Konkurrenten um das beste Ergebnis ringen. Im Gesundheitswesen ist damit genau wie in anderen Branchen auch eine Analyse der Konkurrenten verknüpft. Dazu ist eine umfangreiche Markt- und Wettbewerbsanalyse vorzunehmen. Für Gesundheitsunternehmen ist diese meist regional und standortbezogen. Wettbewerber mit einem ähnlichen Leistungsspektrum müssen identifiziert und deren Marktanteile, Wachstumsraten, Ergebnisse, Vertriebswege, Stärken und Schwächen analysiert werden.

6.3.2 Was ist eigentlich Erfolg?

Erfolgsfaktoren werden in der Betriebswirtschaftslehre zumeist als Inhalte von Strategien angesehen, die direkt zu Erfolg führen (sollen). Der Begriff Erfolg bezeichnet in diesem Zusammenhang das Erreichen selbst gesetzter Ziele.

Was aber macht ein Krankenhaus erfolgreich? Und welche Faktoren tragen zum Erfolg einer Klinik bei und wer ist daran beteiligt? Hierbei kann man sich für das Gesundheitswesen inzwischen an den gleichen Einflussfaktoren orientieren, die im Wesentlichen auch in Unternehmen der freien Wirtschaft zum Tragen kommen. Neben dem klassischen ökonomischen Ergebnis, das wiederum durch eine Vielfalt von Faktoren beeinflusst wird, ist auch das Ergebnis der Leistungserbringung für den Erfolg eines Unternehmens von Bedeutung. Ein Unternehmen muss folglich ein gutes Produkt hervorbringen. Für ein Krankenhaus ist die Produktpalette unterdessen enorm ausgeweitet: Die erfolgreiche Einbindung von Einweisern, ein breites stationäres wie ambulantes Leistungsspektrum sowie die Anbindung an den ambulanten und ggf. auch an den Rehabilitationssektor sind heutzutage ebenso Teil des Produktes wie die medizinische Behandlung von Patienten. Dennoch muss die Behandlung erkrankter Menschen als wichtigster Kernprozess hervorgehoben werden. Ob ein Produkt gut ist, also wie die Qualität eines Gutes ist, lässt sich im optimalen Fall objektiv messen. Dazu eignen sich unterschiedliche Qualitätsindikatoren.

Neben objektiv messbaren Ergebnissen nehmen aber auch weiche Faktoren Einfluss auf die Qualität eines Produktes und somit auch auf den Erfolg eines Unternehmens. Die Unternehmenskultur und die Führung eines Unternehmens entscheiden über die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung. Ein gemeinsam getragenes Unternehmensziel, Gerechtigkeit im Umgang miteinander, die Einbeziehung der Mitarbeiter, humane Arbeitsbedingungen und Perspektiven für alle Mitarbeiter sind wesentliche Faktoren für Erfolg und Qualität. Diese Einflussfaktoren haben für das Unternehmen „Krankenhaus“ gleichermaßen Gültigkeit (Jonitz 2000). Sie spielen auch in Zertifizierungsverfahren von Qualitätsmanagementsystemen wie z. B. EFQM als Kriterium eine bedeutende Rolle. Hier sind sie nicht nur ein Instrument zur Qualitätssicherung, sondern ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Unternehmenskultur und können im Sinne des partizipativen Führungsstils zu einer guten Führungskultur beitragen.

6.3.3 Erfolgsfaktor Qualitätsmanagement

Als Erfolgsfaktoren für ein Unternehmen wurden im vorangegangenen Kapitel beispielhaft einige Aspekte genannt. Dazu gehörte als ein Faktor auch die Qualität eines Produktes. Um zu einem guten Produkt zu gelangen, muss man den Prozess

der Produktherstellung planen, steuern und überwachen. Hierfür ist das Qualitätsmanagement geeignet.

Um Qualität zu einem Erfolgsfaktor zu machen, bedarf es zweier Komponenten, die sich in einem bekannten Ausspruch zusammenfassen lassen:

Tue Gutes und rede darüber.

Zunächst muss ein Krankenhaus gute Produkte anbieten, die den verschiedenen Erwartungen ihrer Kunden entsprechen, und dann muss es Wege finden, diese den potenziellen Kunden bekannt zu machen. An dieser Stelle lässt sich eine enge Verbindung des Qualitätsmanagements mit dem Marketing ableiten. Beides ist folgerichtig in den letzten Jahren in deutschen Krankenhäusern professionalisiert und institutionalisiert worden. Kaum ein Krankenhaus hat heute keinen Qualitätsmanagementbeauftragten und keine Marketingabteilung.

Tue Gutes

Durch Qualitätsmanagement werden Struktur-, Prozess- wie auch Ergebnisfaktoren näher betrachtet, analysiert und bewertet. Diese Faktoren haben Anteil an der Gesamtqualität der Produktpalette eines Krankenhauses und nehmen somit Einfluss auf den Gesamterfolg eines Unternehmens. Werden die in Kapitel 6.2.2 benannten Instrumente des Qualitätsmanagements eingesetzt und die im Rahmen des QM erhobenen Analyseergebnisse in das Berichtswesen eingebunden, können damit Wettbewerbsparameter mit Benchmarkingpartnern verglichen werden. Bei konsequenter Anwendung der QM-Vorgaben verbessern sich diese Parameter kontinuierlich. Qualitätsmanagement ist weiterhin untrennbar mit der Unternehmensentwicklung verbunden und zählt damit unmittelbar zu Führungsaufgaben. Instrumente wie Beschwerdemanagement, Ideenmanagement und Projektmanagement wirken sich unmittelbar auf die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens aus. Zahlreiche Instrumente, die in der Wirtschaft entwickelt wurden, sind für Krankenhäuser erfolgreich zu übernehmen. Andere Instrumente wie Verfahrensanweisungen müssen an die Gegebenheiten adaptiert werden. Dafür gibt es bereits erfolgreiche Beispiele. Auch die Einbindung des Unternehmens Krankenhaus in benachbarte Geschäftsfelder und die Verzahnung mit dem ambulanten Sektor sind nicht zu unterschätzende Strategien für den Erfolg einer Klinik. Als ein wesentlicher Parameter zur Messung der Qualität der Patientenbehandlung kann heutzutage auch die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte herangezogen werden. Diese können nämlich nicht nur beurteilen, wie zufrieden sie selbst mit den Prozessen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind, sondern vielmehr auch aus ihrer Sicht das Ergebnis der Behandlung eines Patienten bewerten. Damit liefern sie eine wichtige Perspektive zur Beurteilung des Krankenhauserfolges.

Die systematische Einführung eines Qualitätsmanagementsystems kann insgesamt also bereits wesentlich zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses beitragen. Diese Maßnahmen können einen noch größeren Effekt hervorrufen, wenn man Maßnahmen und deren Ergebnisse entsprechend kommuniziert und publiziert.

Rede darüber

Die Kommunikation von Qualitätsmerkmalen und qualitativ hochwertigen Leistungen ist im Zuge eines stärker werdenden Konkurrenzkampfes im Gesund-

heitswesen ein immer wichtiger werdender Wettbewerbsfaktor. Bei Kliniken, die ein vergleichbares Therapiespektrum anbieten, kann dies ein entscheidender Erfolgsfaktor einer Einrichtung werden. Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement bedeutet dies, vor allem Ergebnisse aus dem QM zu veröffentlichen (Ennker und Pietrowski 2009). Insbesondere bei einheitlichen Preisen ist die Qualität der erbrachten Leistungen ein wesentliches Kriterium für den Vergleich verschiedener Leistungserbringer und somit wesentliches Marketinginstrument (Roeder et al. 2009). Zudem macht das gewachsene Qualitätsbewusstsein der Patienten, der Einweiser, der Angehörigen und der Kostenträger eine verstärkte Qualitätsorientierung der Leistungserbringer erforderlich. Denn dies kann den entscheidenden Wettbewerbsvorteil im Kampf um die Gunst der Patienten und einweisenden Ärzte bringen (Albrecht et al. 2006). Kliniken, die den Ruf haben, überdurchschnittliche medizinische Qualität zu bieten, haben eine bessere Verhandlungsposition gegenüber Kostenträgern und sind stärker geschützt vor Sparprogrammen. Häufig sind sie auch attraktiver für qualifiziertes Personal, das wiederum zu einer Leistungserbringung in hoher Qualität beitragen kann. Qualitätskliniken sind aber auch beliebt bei Patienten. Wie wichtig Informationen über die Ergebnisse der Klinikqualität für Patienten sind, zeigt eine Umfrage: Danach geben mehr als 86 Prozent der Befragten Behandlungserfolge und Komplikationsraten als entscheidendes Kriterium bei der Wahl des Krankenhauses an (Gesundheitsmonitor/Geraedts 2006).

Eine Untersuchung konnte darüber hinaus zeigen, dass bereits allein die Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu einem Zuwachs an Patientenzahlen führt und einen signifikanten Einfluss auf die Krankenhauswahl hat. Konkret können überdurchschnittlich gute Krankenhäuser ihre Marktanteile gegenüber relativ schlechten Häusern um 3 Prozent ausbauen (Sauerland und Wübker 2008).

Welche Methoden ein Krankenhaus nutzen kann, um die Qualität der Klinik in der Öffentlichkeit darzustellen und transparent zu machen, beschreibt das nachfolgende Kapitel.

6.3.4 Werben mit Qualität

Neben Printprodukten wie Prospekten und Krankenhauszeitungen gewinnen Filme für Patienten an Bedeutung, die Informationen zu verschiedenen Zwecken vermitteln. Lokal gehört die Erstellung von Pressemeldungen zu den verschiedenen Themen für die regionale Presse inzwischen zum Tagesgeschäft eines Krankenhauses. Vor allem aber neue Medien wie das Internet werden verstärkt zur Information der Zielgruppe Patient genutzt.

Der Internetauftritt

Das Internet gewinnt in der Recherche nach geeigneten Diagnostik- und Therapieverfahren und -einrichtungen immer mehr an Bedeutung. So stellte das Health Panel der TOMORROW FOCUS AG fest, dass 49,6 Prozent der Patienten Gesundheitsprobleme und 47,8 Prozent therapeutische Möglichkeiten im Internet recherchieren (Tomorrow Focus 2008).

In der ARD-ZDF-Onlinestudie 2009 wurde festgestellt: „Der Anteil der Internetnutzer in Deutschland ist auf 67,1 Prozent (2008: 65,8 Prozent) angestiegen.

43,5 Millionen der bundesdeutschen Erwachsenen sind online – 0,8 Millionen mehr als im Vorjahr. Die größten Wachstumspotenziale werden auch weiterhin von der älteren Generation ausgehen: 96,1 Prozent der 14- bis 29-Jährigen nutzen regelmäßig das Internet, unter den 30- bis 49-Jährigen sind es 84,2 Prozent und bei den Über-50-Jährigen liegt der Anteil der Internetnutzer mittlerweile bei 40,7 Prozent“ (ARD/ZDF 2009). Damit ist eine wachsende Nutzung insbesondere in der Bevölkerungsgruppe zu verzeichnen, die sich für Krankenhausleistungen interessieren muss, da sie diese gehäuft in Anspruch nimmt.

Die Internetauftritte der Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren stark professionalisiert. Sogar Fachliteratur zu diesem Thema ist entstanden. Während 1997 noch vorwiegend die Universitätskliniken im Internet vertreten waren, betrieben 2006 schon 77 Prozent der deutschen Krankenhäuser eine eigene Website (www.medizininfo.de 2006). Heute kann es sich wohl keine Klinik mehr leisten, dieses Medium nicht zu nutzen. An qualitätsbezogenen Daten werden meist keine Qualitätsindikatoren abgebildet. Zertifikate werden jedoch in der Regel dargestellt und der Qualitätsbericht kann heruntergeladen werden. Für den Nutzer sind solche qualitätsbezogenen Informationen nützlich. Ohne einen unmittelbaren Vergleich mit anderen Krankenhäusern bleiben sie jedoch nur eingeschränkt informativ.

Krankenhausportale

Für den Kunden ist über die Information zu einem einzelnen Krankenhaus hinaus aber auch relevant, welche Ergebnisse Krankenhäuser im Vergleich erzielen. Dieser Vergleich wird inzwischen häufig über Krankenhausportale herbeizuführen versucht. Bisher waren Patienten solche Informationen jedoch nur eingeschränkt zugänglich. Nur wenige Internetportale wie der Krankenhausführer Rhein-Ruhr (www.kliniken-rhein-ruhr.de) ermöglichten Vergleiche der Patientenzufriedenheit mit diesen Parametern. Mit Portalen wie www.weisse-liste.de oder www.Qualitätskliniken.de beginnt sich diese Situation zu verändern. Patienten haben die Möglichkeit, ohne regionale Einschränkung nach Krankenhäusern zu suchen, die ihren Qualitätserwartungen entsprechen.

Stark zugenommen hat in den vergangenen Jahren die Zahl der Krankenhausportale, die sich vor allem als Verzeichnis von Krankenhäusern verstehen und gleichzeitig qualitätsbezogene Informationen darstellen. Unter <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de> findet sich das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den 16 Landeskrankenhausgesellschaften betriebene Portal DKV, das vollständig alle deutschen Krankenhäuser darstellt. Dem ambitionierten, als vorrangig bezeichneten Ziel, „dem Patienten und seinem behandelnden Arzt nach ihren Kriterien (Standort, medizinischer Schwerpunkt, Unterbringung u. v. a. m.) eine Auswahl geeigneter Krankenhäuser aufzuzeigen. Das DKV soll helfen, sich in dem komplexen Gefüge Krankenhaus zurechtzufinden“, wird dieses Portal jedoch nur eingeschränkt gerecht. Zur Beurteilung der Qualität herangezogen werden lediglich die in den öffentlich verfügbaren Qualitätsberichten bekannten Qualitätsmerkmale.

Dies ist eine Einschränkung, die für nahezu alle Krankenhausportale gilt. Eine darüber hinausgehende Darstellung setzt eine freiwillige Lieferung weiterer Qualitätsindikatoren und -informationen voraus. Ein vollständiges Portal, das alle deut-

schen Krankenhäuser umfasst und solche Informationen abbildet, existiert noch nicht.

Die Stiftung Warentest veröffentlichte in Test 11/2007 einen Vergleich von 14 Krankenhausportalen, von denen keines die Note „sehr gut“ erreichen konnte (Stiftung Warentest 2007).

Darstellung von Qualitätsparametern im Internet

Einige Portale bilden mehr Daten ab, als im gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht vorgesehen sind. Sie sind damit von freiwilligen Meldungen der Krankenhäuser abhängig. Ein Vergleich der Portale, die Qualitätsparameter abbilden, zeigt, dass es auch hier große Unterschiede gibt (Tabelle 6–1).

Neben dem abgebildeten Umfang an Daten sind es die weiteren qualitätsbezogenen Informationen und die Art der Darstellung und Recherche, die einen Unterschied machen.

Seit dem 1.6.2010 ist das Portal www.Qualitätskliniken.de für die Öffentlichkeit zugänglich. Es bildet mit der Zahl von nahezu 400 die meisten Qualitätsindikatoren und -informationen ab, nach denen in laienverständlicher Form recherchiert werden und das als Grundlage für ein Ranking dienen kann. Mit bisher mehr als 150 beteiligten Krankenhäusern umfasst es die größte Anzahl Krankenhäuser in einem solchen Portal. Abgebildet werden neben allen medizinischen Indikatoren nach § 137 SGB V auch Sterblichkeitskennziffern und einige weitere Indikatoren aus Routinedaten. Darüber hinaus werden die Ergebnisse einheitlicher Patienten- und Einweiserbefragungen, Ergebnisse einer Selbstauskunft zur Patientensicherheit sowie vorhandene Qualitätszertifikate abgebildet (Abbildung 6–1)

Tabelle 6–1

Internetportale im Vergleich

Abgebildete Daten/Portal	b = bundesweit r = regional	Basisdaten (Qualitätsberichte)	Klinische Qualität	Patientenzufriedenheit	Patientensicherheit	Einweiserzufriedenheit
Weisse Liste	b	X	X	(X)		
Kliniklotse	b	X				
TK-Klinikführer	b	X	X	X		
Medmonitor	b	X		X		
Klinikführer Rhein-Ruhr	r	X	X	X		X
Hamburger Krankenhausspiegel	r	X	X			
Krankenhausspiegel Hannover	r	X	X			
Klinikvergleich Berlin (Berliner Tagesspiegel)	r	X	X	X		X
IQM	b	X	X			
Qualitätskliniken.de	b	X	X	X	X	X

Quelle: Analysen der 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH, eigene Darstellung

Abbildung 6–1

Qualitätskliniken.de – Darstellung von Klinikdetails

The screenshot shows the website interface for Qualitätskliniken.de. The main content area displays details for Sana Klinikum Lichtenberg. On the left, there is a photograph of the hospital building. Below the photo, a section titled 'Qualitätszertifikate' lists several certifications: 'Zertifikat der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®)', 'Zertifiziertes Brustzentrum nach Deutsche Krebsgesellschaft', and 'Zertifikat Babyfreundliches Krankenhaus nach WHO und Unicef'. To the right of the photo, a search bar contains the text 'Sana Klinikum Lichtenberg'. Below the search bar, a dropdown menu shows 'Fachabteilungen:' with a list of departments: Innere Medizin, Geriatrie, Kardiologie, Pädiatrie, Neonatologie, Allgemeine Chirurgie, and Unfallchirurgie. Below the department list, patient statistics are shown: 'Patienten allgemein: 28.444', '- als Notfallpatienten aufgenommen: 11.067', '- aus einer anderen Klinik übernommen: 5.081', and 'Patienten gemäß Ihren Suchkriterien: 1'. A map of Germany highlights the location of the hospital. To the right of the map, contact information is provided: 'Fanningerstraße 32, 10365 Berlin', 'Tel: (+49) 030-5518-0', and 'Fax: (+49) 030-5518-4004'. Below the contact information, there are links for 'zur Webseite der Klinik', 'E-Mail an Klinik versenden', and 'zu "Meine Kliniken" hinzufügen'. On the far right, a sidebar titled 'Ihre Suchkriterien' shows 'gewählte Einstellungen:' with 'Medizin, Qualität: 50%', 'Pat.-sicherheit: 20%', 'Pat.-zufriedenheit: 20%', and 'Einw.-zufriedenheit: 10%'. Below this, it says 'gefundene Kliniken: 201'. At the bottom of the page, there is a footer with copyright information: '© 2010 - 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH' and navigation links: 'Für Mitglieder', 'Kontakt', 'Datenschutz', and 'Impressum'.

Quelle: www.qualitaetskliniken.de
Krankenhaus-Report 2011

WlD

Neben den aktiv beteiligten Mitgliedskliniken können auf Wunsch des Nutzers auch alle anderen deutschen Krankenhäuser gefunden werden, die mit den Daten aus ihren Qualitätsberichten abgebildet werden.

Das Portal Qualitätskliniken.de stellt eine Vielzahl dieser Informationen in übersichtlicher Weise dar und verdichtet sie zu einem Ranking, das der Nutzer gemäß seiner Präferenzen beeinflussen kann. Die Beteiligung an einem solchen oder mehreren Portalen wird zukünftig einen der notwendigen Vertriebswege für ein Krankenhaus darstellen. Frank U. Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, sagte dazu anlässlich der Pressekonferenz der 4QD Qualitätskliniken.de GmbH am 26.02.2010: „Keine Klinik wird es sich zukünftig mehr leisten können, sich nicht an einem solchen Portal zu beteiligen.“ (Montgomery 2010, Filmmaterial)

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten mittels einer Teilnahme an Internetportalen ist insgesamt also ein wichtiger Schritt, um Wettbewerbsvorteile im Krankenhausmarkt zu erlangen.

Nach Meinung wichtiger Vertreter der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen darf davon ausgegangen werden, dass in Zukunft weitere Portale entstehen und jedes Krankenhaus in mehreren solcher Portale abgebildet ist (Qualitätskliniken.de, Filmbeitrag 2010).

6.4 Fazit

Qualitätsmanagement kann nachweislich zu einer gesteigerten Qualität der Leistungserbringung führen und somit zu einem wesentlichen Erfolgsfaktor für das Unternehmen Krankenhaus werden. Die Qualität einer Einrichtung ist insbesondere im Wettbewerb unter Leistungserbringern mit einem ähnlichen Leistungsspektrum eine zentrale Stellgröße. Auch vor dem Hintergrund der politisch stärker geforderten Unabhängigkeit der Patienten und dem Ruf nach informationeller Selbstbestimmung spielt die Entscheidung des Patienten für ein Krankenhaus eine immer größere Rolle. Werden die Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern für die Öffentlichkeit zugänglich und transparent gemacht, kann alleine diese Maßnahme zu einer gesteigerten Fallzahl und zu einem Ausbau des Marktanteils führen. Damit kann Qualitätsmanagement und dessen Auswirkungen richtig eingesetzt zum Unternehmenserfolg beitragen und zu einem unmittelbaren Wettbewerbsvorteil führen. Umgekehrt wird ein erfolgreiches Unternehmen in der Regel auch eine höhere Qualität der Leistung erbringen.

6.5 Literatur

- ARD/ZDF-Medienkommission. ARD/ZDF-Online Studie 2009. <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de> (28. September 2010).
- Albrecht M, Töpfer A. Erfolgreiches Change Management im Krankenhaus. 15-Punkte-Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg: Springer 2006.
- Deimel D, Henke A, Jersch N, Kaestner R, Längel R, Weatherly N, Meyer-Lutterloh K. Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft. BMC-Schriftenreihe Band IV. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009.
- Ennker J, Pietrowski D. Krankenhausmarketing: Ein Wegweiser aus Ärztlicher Perspektive. Darmstadt: Steinkopff 2009.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund 2010): Fallzahlstatistik unter: www.gbe-bund.de.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Gesundheitsmonitor 2006, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten: Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
- Jonitz G. Qualitätssicherung: Streiten lohnt sich. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97 (6): A-296 / B-257 / C-231.
- Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (KTQ 2010): Übersicht über zertifizierte Einrichtungen. <http://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.169.0.html> (28. September 2010).
- Manager Magazin (Manager Magazin 2007): Krankenhausportale – Internetseiten im Test. <http://www.manager-magazin.de/lifestyle/gesundheits/0,2828,516780,00.html> (28. September 2010).
- Medizininfo.de. Das Krankenhaus im Internet. <http://www.medizininfo.de/quality/html/khs.html> (28. September 2010).
- Montgomery FU. Wortbeitrag anlässlich der Pressekonferenz der 4QD Qualitätskliniken.de GmbH am 26.02.2010 in Berlin. <http://www.qualitaetskliniken.de/content/aktuelles.php?site=7&subsite=1#>.
- Qualitätskliniken.de. Statement zum Portal Qualitätskliniken.de. http://www.qualitaetskliniken.de/content/media.php?file=qk_pk_die_wichtigsten_statements.
- Roeder N, Rau F, Hensen P. Auswirkung der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 311.
- Sauerland D, Wübker A. Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung. Lahr 2008.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 14.4.2010.

Stiftung Warentest. Krankenhausportale im Internet; <http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/test/Krankenhausportale-Gute-Infos-im-Netz-1590574-1593915/> (28. September 2010).

Tomorrow Focus AG. Health Panel 2008 – Die Rolle des Internets von der Information bis zum Kauf von rezeptfreien Medikamenten. München 2008.

7 Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten

Max Geraedts und Werner de Cruppé

Abstract

Obwohl Informationsangebote zur Qualität der Gesundheitsversorgung zunehmen, äußern Patienten einen weiterhin unbefriedigten Informationsbedarf. Am Beispiel der Krankenhauswahl stellt der Beitrag rechtliche und epidemiologische Rahmenbedingungen dar und resümiert den derzeitigen Wissensstand, welche Informationen für Patienten relevant sind, aber auch, wie geringe Verständlichkeit und Zugänglichkeit die Verwendung bestehender Informationsangebote einschränken. Hierbei können alters-, schicht- und geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden. Abschließend wird ein Ausblick auf neue Angebote vergleichender Qualitätsinformationen gegeben, die zukünftig eventuell den Entscheidungsprozess für Patienten besser unterstützen können.

Although information on the quality of health care increases, patients still express an unmet need for information. Using choice of hospitals as an example we describe the legal and epidemiological background in Germany and review the state of the art concerning patients' information needs and how limited clarity and accessibility restricts the use of already available information. At this, age, gender, and socioeconomic status related differences have been observed. Finally, we provide an outlook on new choices of comparative quality information that might provide patients with better support for their decision making in the future.

7.1 Einleitung

Eigentlich sollten Patienten, die auf der Suche nach einem Krankenhaus sind, das zu ihrem Behandlungsbedarf und ihren Präferenzen am besten passt, heute keine Schwierigkeiten mehr haben, ein geeignetes Krankenhaus zu finden. Denn Informationsangebote über die Qualität der Gesundheitsversorgung erfreuen sich in den letzten Jahren einer stetigen Zunahme. Sei es in Form nationaler oder regionaler Hitlisten der „besten“ Krankenhäuser in Zeitschriften oder Büchern, in Form gesetzlicher, strukturierter Qualitätsberichte oder in Form von Vergleichsdatenbanken im Internet – Patienten steht potenziell eine Fülle von Informationen zur Verfügung, die eine autonome Wahlentscheidungen eines geeigneten Behandlungsorts unterstützen könnten. Oberflächlich betrachtet wird dadurch endlich das bislang im Gesundheitswesen fehlende (Salisbury 1989) aktive Verbraucherverhalten bei der

Krankenhauswahl ermöglicht: Der Patient denkt über seine Auswahlkriterien nach, holt Informationen über den Erfüllungsgrad der einzelnen Krankenhäuser ein und entscheidet sich für die passendste Einrichtung.

Im krassen Gegensatz dazu äußern Patienten bei Befragungen aber weiterhin einen hohen unbefriedigten Informationsbedarf, wie er in der Literatur seit langem beschrieben wird (Robinson und Brodie 1997; Schneider und Epstein 1998; Marshall et al. 2000). Wenn die Entscheidung tatsächlich getroffen wurde, dass beispielsweise eine Kniegelenks-Endoprothese implantiert werden soll, fühlen sich die meisten Patienten ratlos, wo sie den Eingriff am besten machen lassen sollten. Am Ende nutzen sie die vorhandenen Informationen nur in geringem Maß. Stattdessen treffen sie die Krankenhauswahl zumeist auf der Basis von Empfehlungen von Freunden, Bekannten und Verwandten oder Ärzten.

Der folgende Beitrag diskutiert auf der Basis einer selektiven Literaturrecherche sowie der Ergebnisse eigener Forschungsarbeiten Gründe für diese Diskrepanz. Dabei wird thematisiert, wie Patienten Qualität wahrnehmen und welche Rolle die Qualität bei der Beurteilung und Auswahl von Krankenhäusern spielt. Zudem werden die Medien und Quellen angesprochen, die für eine qualitätsorientierte Auswahl von Krankenhäusern zur Verfügung stehen und wie diese von Patienten genutzt und beurteilt werden.

7

7.2 Freie Krankenhauswahl – die Gesetzeslage

Sind Patienten wirklich frei, sich zum Beispiel nach Durchsicht einiger gesetzlicher Qualitätsberichte für ein Krankenhaus ihrer Wahl zu entscheiden? Dies zumindest suggeriert die Einführung der gesetzlichen Qualitätsberichte, die gemäß Gemeinsamen Bundesausschuss u. a. für Patienten als Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses dienen sollen. Ein genauer Blick in die gesetzlichen Regelungen zur Krankenhauswahl offenbart jedoch, dass eine völlig freie Krankenhauswahl eigentlich gar nicht vorgesehen ist. Außer bei Notfällen bedarf eine Krankenhausbehandlung einer Verordnung durch einen niedergelassenen Arzt. Dieser prüft und begründet deren Notwendigkeit, die auf dem dafür laut Bundesmantelverträgen vorgesehenen Vordruck zu erläutern ist. Auf dem Vordruck sind „in den geeigneten Fällen“ die zwei nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Sowohl im § 73 SGB V als auch in den Krankenhausbehandlungs-Richtlinien nach § 92 SGB V wird nicht spezifiziert, welche Fälle „geeignet“ sind. Bei Aushändigung der Verordnung soll der Vertragsarzt aber den Patienten auf die Genehmigungspflicht der Krankenhausbehandlung durch die Krankenkasse hinweisen. Auf dem Vordruck wird dazu spezifiziert, dass die Krankenkasse die Kostenübernahme der Krankenhausbehandlung ansonsten ablehnen kann.

In der Konsequenz führen diese Regelungen in Einzelfällen dazu, dass Krankenkassen höhere Behandlungskosten oder aber Krankentransportleistungen von den Versicherten zurückverlangen, wenn diese „teurere“ oder entfernt liegende Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Deshalb kann Patienten nur geraten werden, nicht darauf zu setzen, dass sie ihr Krankenhaus frei wählen können. Stattdessen bedarf

es einer gemeinsamen Entscheidung mit dem einweisenden Arzt, der dann zwei Krankenhäuser benennt, die vom Patienten akzeptiert werden und trotzdem die Kriterien „geeignet“ und „nächsterreichbar“ erfüllen.

7.3 Freie Krankenhauswahl – Epidemiologie

Wissenschaftliche Untersuchungen darüber, wie häufig und welche Patienten in Deutschland vor einer Krankenhausaufnahme dieses überhaupt wählen konnten oder an der Krankenhauswahl beteiligt waren, sind bis dato sehr spärlich. Allein Dierks et al. (2001) befragten Krankenhauspatienten, von denen 50% angaben, selber die Wahl getroffen zu haben. Diese Angaben decken sich gut mit einer ersten Abschätzung des Potenzials für eine aktive Krankenhauswahl durch Patienten auf der Basis von Daten der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes. Demnach waren auf der Basis der Fallpauschalen-Statistik 2008 (ohne psychiatrische und psychosomatische Behandlungen) von insgesamt 16,9 Millionen stationären Fällen 37% (6,3 Millionen) als Notfälle ausgewiesen, 60% (10 Millionen) der Fälle wurden mit Arzteinweisung oder als Geburten aufgenommen und die restlichen Fälle waren Krankenhausverlegungen (Statistisches Bundesamt 2009a). Unbekannt bleibt hierbei, ob die ohne Einweisung eingelieferten Patienten (Notfälle) durchweg keine Wahlentscheidung hatten und ob die eingewiesenen Fälle tatsächlich die Zeit und Möglichkeit hatten, vor der Aufnahme Informationen zur Krankenhauswahl zu nutzen.

Die Hauptdiagnosestatistik aller Krankenhaufälle für 2008 (Statistisches Bundesamt 2009b) ergab auch für die 50 häufigsten Diagnosen, die 45% aller Krankenhaufälle umfassen, in einer eigenen Zuordnung zu den drei Kategorien „hauptsächlich chronische“, „akute“ und „akute Diagnosen bei chronischer Erkrankung“, ein Drittel akuter Erkrankungen mit Notfallaufnahme. Ein zweites Drittel betraf chronische Erkrankungen, die notfallmäßig ins Krankenhaus mussten und ein weiteres Drittel waren Aufnahmen zur elektiven Behandlung bei chronischer Erkrankung.

Man kann also davon ausgehen, dass zumindest potenziell für rund 60% aller Krankenhaufälle in Deutschland eine Wahlentscheidung möglich wäre. Bei diesen Überlegungen muss noch die Zeit beachtet werden, die für eine Informationssuche notwendig ist. Zwar fehlen Studienangaben bisher vollständig darüber, wie viel Zeit den Patienten vor Aufnahme für eine Informationssuche zur Verfügung steht, jedoch muss davon ausgegangen werden, dass eine aktive, informierte Wahlentscheidung in der Realität allein aufgrund fehlender Zeit nur in wesentlich geringerem Umfang möglich sein wird.

Dieses Potenzial kann aber nur dann ausgeschöpft werden, wenn die für Patienten relevanten Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen und diese patientengerecht von akzeptierten Quellen aufbereitet wurden. Mit diesen Aspekten beschäftigen sich die folgenden Abschnitte.

7.4 Patientenrelevante Qualitätsinformationen

Im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung werden regelmäßig repräsentative Bevölkerungsbefragungen zum deutschen Gesundheitswesen durchgeführt. Die Frühjahrsbefragung 2006 widmete sich unter anderem dem Thema Qualitätsvergleiche (Geraedts 2006). Den Befragungsergebnissen zufolge wünschen sich 86% der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern.¹ Um herauszufinden, welche konkreten Informationen gewünscht werden, erhielten die Befragten eine Liste von 33 Items, deren Relevanz für eine Krankenhauswahl beurteilt werden sollte. Diese 33 Items waren folgenden fünf Rubriken von Qualitätsinformationen zugeordnet: 1. Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik (8 Items), 2. Qualifikation des Personals (4 Items), 3. Behandlungsverfahren und deren Erfolge (8 Items), 4. Allgemeine Serviceleistungen der Klinik (6 Items) und 5. Sonstige Ausstattungs- und Leistungsmerkmale (7 Items).

Aus dem Bereich „Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik“ erreichte nur der Faktor „Spezialkompetenz der Klinik“, der von knapp 89% der Befragten für wichtig erachtet wurde, einen Rangplatz unter den zehn wichtigsten Informationen (Abbildung 5–1). Fünf der übrigen Faktoren dieser Rubrik erhielten Rangplätze im Mittelfeld und zwei Faktoren, „Angebot alternativer Heilmethoden“ und „Anzahl der medizinischen Fachabteilungen“ fielen unter die Gruppe der zehn als am wenigsten wichtig beurteilten Faktoren für eine Krankenhauswahl.

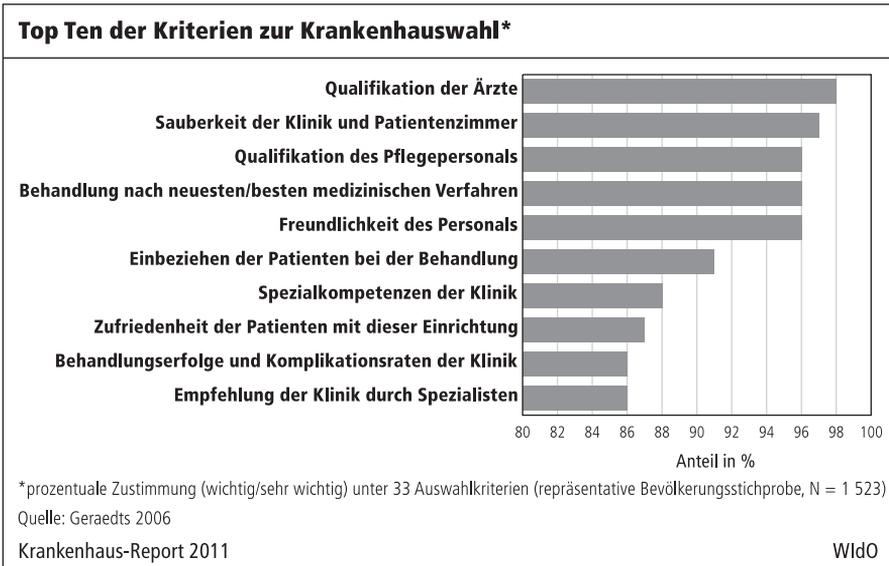
Die Qualifikation des Personals nahm mit den Rängen eins und drei Spitzenplätze unter den Faktoren für eine Krankenhauswahl ein. Wesentlich niedriger wurde u. a. die Relevanz der Leistungsmenge von den Befragten eingeschätzt. Dieses Kriterium spielt demnach für die Versicherten nicht die prominente Rolle, die ihm in der gesundheitspolitischen Diskussion um Mindestmengen beigemessen wird.

Ebenfalls als äußerst wichtig zur Krankenhauswahl wurden Faktoren der Rubrik „Behandlungsverfahren und deren Erfolge“ beurteilt. Versicherte würden also gerne wissen, ob zum Beispiel nach neuesten Verfahren behandelt wird, wie die Patienten bei der Behandlung einbezogen werden, wie deren Zufriedenheit aussah und ob die Klinik hervorragende Ergebnisse erzielte. Dabei spielte nur für rund die Hälfte der Befragten die Wirtschaftlichkeit der Behandlung in Form ressourcensparender Vorgehensweisen eine Rolle.

Unter den „allgemeinen Serviceleistungen der Klinik“ kam nur ein Faktor unter die ersten zehn: Die Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer wurde von 96,5% aller Befragten als wichtiges Auswahlkriterium genannt. In die Mittelgruppe der Rangplätze fielen die Ausstattung der Zimmer und die Qualität des Essens, während

¹ Im Rahmen des Gesundheitsmonitors wird jeweils eine Stichprobe von rund 1 500 deutschsprachigen Personen im Alter von 18–79 Jahren aus einem Access-Panel von insgesamt rund 30 000 Haushalten mit rund 60 000 Personen rekrutiert und schriftlich befragt. Um die Repräsentativität zu gewährleisten, wird jede Antwort mit einem entsprechenden Gewichtungsfaktor korrigiert. Dem Datensatz der Befragung im Frühjahr 2006, der die Basis der vorliegenden Analysen bildet, lagen Antworten von N = 1 523 Befragten (N = 774 Frauen, N = 749 Männer) zugrunde. Insgesamt beantworteten die Befragten N = 139 Fragen, wovon sich 12 Fragen dem Thema „Qualitätsvergleich von Gesundheitseinrichtungen“ widmeten. Jede Frage umfasste eine unterschiedliche Anzahl von Items zur Beurteilung, die entweder dichotom oder aber in Form von 4- oder 5-stufigen Skalen zu beurteilen waren.

Abbildung 7–1



allgemeine Ausstattungsmerkmale wie eine Cafeteria oder Bibliothek kaum als wichtig erachtet wurden.

Zuletzt fanden sich auch in der Rubrik „Sonstige Ausstattungs- und Leistungsmerkmale“ noch Faktoren, die von den Befragten als sehr wichtig für eine Krankenhauswahl beurteilt wurden. Hierbei wurde insbesondere die Freundlichkeit des Personals herausgestellt. Dagegen scheinen Faktoren wie die Zusammenarbeit der Kliniken mit Selbsthilfegruppen oder die Verfügbarkeit von Patientenfürsprechern nur eine unbedeutende Rolle zu spielen.

Die Abbildung 7–1 stellt zusammenfassend die „Top Ten“ der Kriterien dar, die Versicherte für eine Krankenhauswahl für wichtig erachten.

Dabei muss beachtet werden, dass diese Relevanzbeurteilungen von soziodemografischen Faktoren beeinflusst werden. Vertiefende Analysen der Gesundheitsmonitordaten ließen folgende Tendenzen ablesen: Personen über 60 Jahre, Frauen und solche, die aufgrund von Krankheit das Gesundheitssystem im letzten Jahr öfter nutzen mussten, beurteilten fast alle Faktoren signifikant wichtiger als Jüngere, Männer und Gesunde. Die Schichtzugehörigkeit spielte eine Rolle, indem Angehörige der untersten im Vergleich zur obersten Schicht fast alle Faktoren signifikant wichtiger bewerteten.² Nur bei den Faktoren „Spezialkompetenz der Klinik“ und „Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik“ waren signifikant unterschiedliche Bewertungen in umgekehrter Form – also höher bewertet durch Oberim Vergleich zu Unterschicht-Angehörigen – zu verzeichnen.

2 Im Gesundheitsmonitor wird ein fünfstufiger Schichtindex aus den Variablen Beruf (Stellung), berufliche Ausbildung und Haushaltseinkommen/-größe gebildet.

Vergleichbare Ergebnisse zu den für Patienten wichtigen Qualitätsinformationen liegen international und auch aus Studien aus Deutschland vor. Lingenfelder et al. (2010) untersuchten beispielsweise eine Gruppe Patienten und Versicherter zu ihrem Informationsbedürfnis bei der Krankenhauswahl mit dem methodischen Verfahren des Best-Worst-Scaling (Finn und Louviere 1992; Finn et al. 2007).³ Zum einen bestätigten die Antworten zu insgesamt 35 Auswahlkriterien die bereits benannten Auswahlkriterien. Zum anderen leiteten die Autoren zwei präferenzbasierte Patiententypologien ab, die die Patienten in etwa gleich große Gruppen teilen: a) einen ergebnisorientierten Typ, der hauptsächlich Informationen zur Ergebnisqualität wünscht und b) einen leistungsorientierten Typ, der serviceorientierte und medizinische Leistungsmerkmale wünscht (Lingenfelder et al. 2010).

In einem anderen Ansatz eruierte das Picker Institut (2005), wann Patienten das von ihnen besuchte Krankenhaus weiterempfehlen würden. Wesentliche Kriterien waren hier das Arzt-Patienten-Verhältnis, das Pflegepersonal, die Zimmerausstattung, der Behandlungserfolg, Essen, Sauberkeit, Aufnahmeverfahren, Vorbereitung auf die Entlassung, die Zimmeratmosphäre und die Einbeziehung der Familie.

Schaeffer (2006) kristallisierte aus einer internationalen Literaturanalyse folgende Faktoren als wichtigste für eine Krankenhauswahl heraus: a) Vertrauenswürdigkeit, b) Fachliche Expertise und Kompetenz, c) Verhältnis/Beziehung zum Patienten, d) Kommunikation/Information, e) Organisation/Management der Krankenhausversorgung, f) Umgebungsgestaltung/Atmosphäre.

Sehr ähnlich drückte sich das Informationsbedürfnis in einer qualitativen Fokusgruppenuntersuchung⁴ an Patienten mit rheumatischen Erkrankungen aus. Geuter und Weber (2009) benannten als wichtigste Kriterien für eine Krankenhauswahl: a) den Patienten als Person ernst nehmen, b) Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, c) Spezialisierung von professionellen Akteuren – Qualifikation und Kompetenz, d) Entfernung zum Wohnort, e) Sauberkeit und Hygiene, f) Umgebungsgestaltung und Atmosphäre. Die Autoren beschrieben das Ergebnis ihrer Fokusgruppeninterviews wie folgt: „Patienten wünschen weniger rein rationale Sachinformation – wie sie beispielsweise die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser vorhält – im Rahmen des Entscheidungsfindungsprozesses für ein Krankenhaus. Vielmehr benötigen sie individuell und emotional anschlussfähige, auf professionelle Akteure bezogene Informationen, die sie vorwiegend aus ihrem sozialen Netzwerk oder von ihrem Hausarzt beziehen, und die ihnen ermöglichen, Vertrauen zu entwickeln. Vertrauen zu den handelnden Akteuren im Krankenhaus stellt eine zentrale, die Wahl beeinflussende Determinante im Entscheidungsfindungsprozess der Patienten dar.“

Zusammenfassend spielen für Patienten außer einigen der bisher in den gesetzlichen Qualitätsberichten publizierten Faktoren im Wesentlichen viele qualitative, auf eigenen Erfahrungen oder der anderer Patienten mit den Einrichtungen beru-

3 Beim Best-Worst-Scaling (BWS), das vor allem im Bereich von Marketingstudien verwendet wird, werden Probanden gebeten, das für sie wichtigste und unwichtigste Merkmal aus einer überschaubaren Menge von Merkmalen auszuwählen. Präferenzen unter sehr ähnlichen Merkmalen sind damit besser herauszufinden als mit einfachen Einschätzungsfragen.

4 Moderierte Gruppendiskussion mit offenen Fragen. Die Diskussion wird zumeist transkribiert und inhaltsanalytisch aufbereitet.

hende Informationen eine Rolle für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl. Daneben wird auch den konkreten Versorgungsergebnissen der Leistungserbringer ein hoher Wert beigemessen. An diesem Informationsbedarf sollte sich eine Qualitätsberichterstattung für Patienten orientieren.

7.5 Quellen für Qualitätsinformationen

Vergleicht man diese als wichtig erkannten Kriterien für eine Krankenhauswahl mit denjenigen, die im derzeit prominentesten Medium für eine Unterstützung der Krankenhauswahl – den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser – aufgeführt werden, dann muss konstatiert werden, dass nur wenige der von Patienten präferierten Kriterien bisher abgebildet werden (Geraedts 2006; Altenhöner et al. 2007; Braun 2007; Norgall 2007). Aber auch die ansonsten verfügbaren Medien und Quellen scheinen die Patientenanforderungen nur zum Teil zu erfüllen. Darauf deuten zumindest die folgenden beispielhaften Forschungsergebnisse hin.

Ein Teil der geringen Nutzung lässt sich sicherlich auf die schwere Lesbarkeit der Qualitätsberichte für die allgemeine Bevölkerung zurückführen (Friedemann et al. 2009). Auf die Problematik der bislang unzureichenden Gestaltung wurde auch international vielfach hingewiesen. Bisherige Studien zeigen insbesondere, dass Versicherte die Qualitätsinformationen oftmals kaum verstehen und von der Informationsfülle sowie Komplexität der Daten überfordert werden (Jewett und Hibbard 1996; Schaffler und Mordavsky 2001; Hibbard et al. 1997; Marshal et al. 2004; Lubalin und Kojetin 1999). Deshalb wird allgemein geraten, dass bei Publikationen von Qualitätsvergleichen mehr Wert auf die Verständlichkeit, Verfügbarkeit, Gestaltung und Bedeutung der Informationen für Verbraucher gelegt werden muss und die Daten von glaubwürdigen, unabhängigen Quellen publiziert werden sollten (Marshall et al. 2004; Fasolo et al. 2010).

Dementsprechend erhielten bei der Frage nach den geeigneten Quellen für Informationen zur Krankenhauswahl bzw. zu Qualitätsvergleichen die Organisationen des Verbraucherschutzes und der Selbsthilfe mit durchschnittlich 79% bzw. 74% die weitaus größte Zustimmung (Geraedts 2006). Die Versicherten bevorzugten für die Erstellung von Vergleichsberichten also diejenigen Institutionen, die als unabhängig und verbraucher- bzw. patientenorientiert gelten. Dagegen bekamen die vom Gesetzgeber für die Verbreitung der gesetzlichen Qualitätsberichte zuständigen Krankenkassen nur zu 62% Zustimmung als Anbieter von Qualitätsvergleichen. Eher noch traut man Gesundheitsämtern diese Rolle zu (64%), während Ärzte- (52%) oder Krankenhausverbände (47%) nur bei rund der Hälfte der Befragten Zustimmung fanden. Eine weitergehende Analyse der Daten ergab jedoch, dass bei über 60-Jährigen die Krankenkassen sogar die größte Zustimmung fanden und die hohen Werte für die Verbraucherschützer und Selbsthilfeorganisationen aus der signifikant höheren Zustimmung durch die unter 60-Jährigen stammten.

7.6 Medien für Qualitätsinformationen

Diese Unzulänglichkeiten der verfügbaren Quellen können als Erklärung dafür herangezogen werden, dass Qualitätsvergleiche im Allgemeinen nur einen geringen Bekanntheitsgrad erreichen und bisher nur eine untergeordnete Rolle bei der Krankenhauswahl spielen. In der Gesundheitsmonitorbefragung 2006 gaben nur 0,5–2,6% der deutschen Bevölkerung an, Vergleichslisten zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie sie sporadisch in Zeitschriften oder auch im Internet publiziert werden, zu nutzen, um medizinische Leistungsanbieter auszuwählen (Geraedts 2006). Jedoch halten die Versicherten diese Medien grundsätzlich mehrheitlich für geeignet, um die allseits gewünschten Qualitätsvergleiche darzustellen. Informationsbroschüren und das Internet bekamen in der Befragung eine Zustimmung von 71% bzw. 70% der Bürger, während Zeitungen und Zeitschriften sowie Radio und Fernsehen zu 58% bzw. 148% bevorzugt wurden. Hierbei zeigten sich signifikante Präferenzunterschiede zwischen den Angehörigen verschiedener soziodemografischer Gruppen. So bevorzugten die unter 60-Jährigen das Internet (77% der Jüngeren im Vergleich zu 51% der Älteren) und Zeitungen/Zeitschriften (61% der Jüngeren im Vergleich zu 49% der Älteren), während die über 60-Jährigen eher Informationsbroschüren (74% der Älteren im Vergleich zu 66% der Jüngeren) und Radio/Fernsehen (57% der Älteren im Vergleich zu 41% der Jüngeren) als Informationsquellen für geeignet hielten.

In Bezug auf die Internetpräferenz muss bedacht werden, dass bei der Internetnutzung zwar die Lücke zwischen Jung und Alt abnimmt. Jedoch sind in der Gruppe der über 70-Jährigen mit dem höchsten Risiko für chronische Krankheiten und Krankenhausaufenthalte nur 6% der Frauen und 21% der Männer online (Kompetenzzentrum TDC 2007) und damit von vielen Informationsquellen abgeschnitten. Entsprechend nutzen ältere Patienten das Internet seltener als Informationsmedium, um gezielt nach Gesundheitsinformationen zu suchen (Geraedts und Amhof 2008).

Weitere hochsignifikante Unterschiede existieren zwischen den sozialen Schichten (obere zu untere), die sich in gleicher Weise beim Versicherungsstatus (Privat/GKV) manifestieren: In der Gesundheitsmonitorbefragung bevorzugten Angehörige der sozial obersten Schicht und Privatversicherte das Internet (77% für oberste im Vergleich zu 64% unterste Schicht), während die unterste Schicht und GKV-Versicherte die übrigen Medien präferierten (Informationsbroschüren 76% im Vergleich zu 67%, Zeitungen 62%/50%, Radio/Fernsehen 75%/41%, jeweils unterste zu oberster Schicht) (Geraedts 2006).

7.7 Auswahl von Krankenhäusern

In Anbetracht der Probleme der bisher verfügbaren Informationen, Medien und Quellen verwundert es nicht, dass die Patienten bei der Krankenhauswahl kein aktives Verbraucherverhalten zeigen.

Als weitere Ursache für dieses wenig aktive Wahlverhalten kann der geringe Bekanntheitsgrad der speziell für diesen Zweck gedachten Krankenhausqualitätsberichten als Informationsquelle zur selbstbestimmten Krankenhauswahl angeführt

werden. Im Frühjahr 2006, also kurz nach der ersten Veröffentlichung im September 2005, hatten weniger als ein Fünftel der Befragten überhaupt von der Existenz der Berichte gewusst (Geraedts 2006). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen einer AOK-Patientenbefragung aus Niedersachsen (Weber 2004), wohingegen in einer Untersuchung im Freistaat Sachsen sogar weniger als 5 % der befragten Patienten überhaupt Kenntnis von den Berichten hatten (Eberlein und Gonska 2009).

Genauso gering wie der Bekanntheitsgrad stellt sich die theoretische Bedeutung von Vergleichslisten für eine elektive Krankenhauswahl dar. Nur rund ein Fünftel der Patienten würde gemäß den Angaben aus dem Gesundheitsmonitor gerne Vergleichslisten in Zeitschriften oder im Internet nutzen, wenn sie ein Akutkrankenhaus wegen eines planbaren Eingriffs aufsuchen müssten (Geraedts 2006). Damit lag die theoretische Bedeutung von Vergleichslisten für eine elektive Krankenhauswahl auf dem drittletzten Platz, unterboten nur noch vom Aufsuchen von Verbraucherberatungsstellen (15 %) sowie der Ratsuche bei Selbsthilfeorganisationen oder Patientenverbänden (17 %). Das von den Befragten am weitaus häufigsten genannte Vorgehen bei der Krankenhauswahl war, dass sie sich gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten für ein Krankenhaus entscheiden (91 %) oder aber die Entscheidung sogar ganz ihrem Arzt überlassen würden (81 %) (Mehrfachnennungen möglich).

Ein fast ebenso wichtiges Kriterium für die Wahl eines Krankenhauses scheint die Nähe zum Wohnort zu sein, die im Durchschnitt von 79 % der Befragten angeführt wurde. Auch hierbei spielt der Versicherungsstatus eine Rolle, indem privat Versicherte nur zu 69 %, GKV-Versicherte jedoch zu 81 % die Nähe als Kriterium auswählten. Ebenfalls legten Frauen im Vergleich zu Männern ein signifikant höheres Gewicht auf dieses Kriterium (81 %/76 %) (Geraedts und Amhof 2008). Verständlicherweise nehmen Patienten dabei eine Abwägung zwischen der Nähe und potenziell besseren Ergebnissen in weiter entfernt liegenden Krankenhäusern vor (Chang et al. 2004). Jedoch verbleibt immer ein beträchtlicher Anteil an Patienten, die immer ein nahes Krankenhaus bevorzugen würden (Finlayson et al. 1999).

Eine Mittelgruppe bei der Krankenhauswahl mit durchschnittlich 62 % bzw. 57 % bildeten die beiden Kriterien „Empfehlung von Freunden/Verwandten“ und „eigene Erfahrungen wichtiger als Empfehlungen“. Dabei wird dem Kriterium „Empfehlung durch Angehörige/Freunde“ international oftmals eine bedeutsamere Rolle zugewiesen, als es sich hier für die deutsche Bevölkerung ausdrückt (Edgman-Levitan und Cleary 1996). In der Gesundheitsmonitorbefragung zeigte sich eine signifikant höhere Zustimmung vor allem bei Personen, die jünger als 60 Jahre und gesund waren und der oberen sozialen Schicht angehörten. Kranke, ältere und Angehörige der sozial unteren Schicht dagegen befürworteten die Empfehlungen in geringerem Maß. Dementsprechend antworteten diese beiden Gruppen auch jeweils entgegengesetzt auf die Frage nach dem Wert der eigenen Erfahrungen im Vergleich zu Empfehlungen.

Ob sich das hier deutlich gewordene Krankenhauswahlverhalten mit den neuen Internet-basierten Krankenhaussuchportalen in jüngster Zeit verändert hat, lässt sich empirisch noch nicht belegen. Zumindest bieten die Vergleichsportale, wie sie u. a. von den gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden, die Option, einige der aufgezeigten Schwächen zu beheben und eine patientengerechte Darstellung zu ermöglichen. Einige Kassen kooperieren zum Beispiel mit dem unabhän-

gigen Internetportal www.weisse-liste.de. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Wie auch bei anderen Portalen können Patienten hier aus einer Fülle von Kriterien die für sie wichtigsten auswählen und daraufhin Krankenhausvergleiche anstellen. Die Kriterien beruhen zwar größtenteils auf den Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser, werden aber seit Neuerem ergänzt durch Eigenangaben der Krankenhäuser und zum Teil durch Bewertungen der Patientenzufriedenheit mithilfe eines einheitlichen Befragungsinstruments, dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ), der für die „weisse Liste“ entwickelt wurde. Damit erfüllt dieses Portal einige der oben skizzierten Patientenpräferenzen, zum Beispiel im Bereich Unabhängigkeit des Informationsanbieters, Individualisierung der Auswahlkriterien und der Ergänzung von Strukturdaten durch Patientenerfahrungen bzw. Weiterempfehlungen. Den Angaben der Bertelsmann Stiftung zufolge scheint sich die „weisse Liste“ zum „Industrieführer“ unter den Portalen zu entwickeln. Mit bisher rund 7 Millionen Zugriffen seit Juni 2008 und zur Zeit (Juni 2010) rund 11 000 Zugriffen täglich wird diese Internetseite hoch frequentiert.

Trotzdem bleibt zu bedenken, dass der Großteil derjenigen, die eine Krankenhausbehandlung benötigen, noch nicht in der Lage sein wird, diese rein internetbasierten Informationsmöglichkeiten nutzen zu können. Um eine informationell bedingte Verstärkung der sozialen Disparität zu vermeiden, wird es in Zukunft wichtig sein, die Patienten stärker über die vorhandenen Informationsmöglichkeiten aufzuklären, ihnen persönliche Hilfestellungen bei der Bedienung der Portale anzubieten und auch auf den persönlichen Bedarf fokussierte schriftliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Solche Angebote sollten zum einen von den Krankenkassen und Verbraucherberatungen, zum anderen aber durchaus auch von niedergelassenen Ärzten – als bisher zweitwichtigsten Ansprechpartnern bei der Krankenhauswahl – und den Krankenhäusern selber offeriert werden. So ließe sich eventuell auch das Potenzial heben, das darin besteht, dass Patienten, die ihr Krankenhaus wählen konnten, eher mit der Behandlung zufrieden sind und zufriedene Patienten oftmals auch bessere klinische Ergebnisse sowie eine bessere Lebensqualität berichten (Losina et al. 2005; Sequis et al. 2008; Jayadevappa et al. 2010). Ein entsprechender Nachweis in einer Versorgungsforschungsstudie wäre sicher ein lohnenswertes Unternehmen.

7.8 Fazit

Bisherige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten bei der Krankenhauswahl selten die zum Teil vorhandenen und von ihnen bevorzugten unabhängigen Informationsquellen wahrnehmen und nutzen. Ursächlich scheinen Unzulänglichkeiten vor allem bei den dargestellten Informationen zu sein, da bislang nur wenige der von Patienten für eine Krankenhauswahl gewünschten Auswahlkriterien vergleichend zur Verfügung standen. Zudem entsprechen für den Großteil der tatsächlich betroffenen Patienten weder die Darstellungsformen noch die genutzten Medien den gewünschten Formaten. Die Weiterentwicklungen der jüngsten Zeit in Form von strukturiert vorliegenden Daten aus den Krankenhäusern, die sowohl de-

ren Strukturen, Prozesse und klinische Ergebnisse aber auch Patientenerfahrungen umfassen, lassen hoffen, dass daraus in Zukunft patientengerecht aufbereitete Informationen entwickelt werden, die eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl besser unterstützen.

7.9 Literatur

- Altenhöner T, Schmidt-Kähler S, Schwenk U, Weber J, Schaeffer D. Was wollen Patienten wissen? Strukturierte Qualitätsberichte sind noch immer nicht patientengerecht. *Krankenhaus Umschau* 2007; 2: 11–112.
- Braun B. Qualitätsberichte – Klartext für Klinikkunden? *Gesundheit und Gesellschaft* 2007; 5: 24–30.
- Chang RR, Joyce JJ, Castillo J, Ceja J, Quan P, Klitzner TS. Parental preference regarding hospitals for children undergoing surgery: a trade-off between travel distance and potential outcome improvement. *Can J Cardiol* 2004 Juli; 20 (9): 877–82.
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A Siebeneick S, Schwartz FW. Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg 2001.
- Eberlein Gonska. Patientenbefragung in 8 Krankenhäusern des Freistaates Sachsen im November 2005. Vortrag am 26. März 2009. www.slaek.de/36quali/08Ausschuss_fobi26032009/index.html (19. Mai 2010).
- Edgman-Levitan S, Cleary PC. What information do consumers want and need? *Health Affairs*. 1996; 15/4: 42–56.
- Fasolo B, Reutskaja E, Dixon A, Boyce T. Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Educ Couns* 2010 März;78(3): 344–9.
- Finlayson S, Birkmeyer J, Tosteson A, Nease R. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. *Medical Care* 1999; 37(2): 204–9.
- Finn A, Louviere JJ. Determining the appropriate response to evidence of public concern: the case of food safety. *Journal of Public Policy and Marketing* 1992; 11: 12–25.
- Flynn TN, Louviere JJ, Peters TJ, Coast J. Best-worst scaling: What it can do for health care research and how to do it. *Journal of Health Economics* 2007 Jan; 26 (1): 171–89.
- Friedemann J, Schubert HJ, Schwappach D. Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 3–9.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2006; 154–70.
- Geraedts M, Amhof R. Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 2008; 51/1: 53–60.
- Geuter G, Weber J. Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P09-140. Bielefeld 2009. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-140.pdf (18. Mai 2010).
- Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing consumer decision in health care: implications from decision-making research. *Milbank Q*. 1997; 75: 395–414.
- Jayadevappa R, Schwartz JS, Chhatre S, Wein AJ, Malkowicz SB. Satisfaction with care: a measure of quality of care in prostate cancer patients. *Med Decis Making* 2010 Apr; 30 (2): 234–45.
- Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financing Review*. 1996; 18/1: 75–94.

- Kompetenzzentrum TDC, Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. mit Unterstützung der Initiative D21 und TNS Infratest (Hg.). Internetnutzung von Frauen und Männern in Deutschland 2007. Sonderauswertung Gender & Diversity des (N)ONLINER Atlas 2007. Bielefeld, 2007. www.kompetenzz.de/nonliner (17. September 2009).
- Lingenfelder M, Simon A, Logemann K. Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. *Das Krankenhaus* 2010; 3: 234–8.
- Losina E, Plerhoples T, Fossel AH, Mahomed NN, Barrett J, Creel AH, Wright EA, Katz JN. Offering patients the opportunity to choose their hospital for total knee replacement: Impact on satisfaction with the surgery. *Arthritis Care & Research* 2005; 53 (5): 646–52.
- Lubalin JS, Kojetin LH. What do consumers want and need to know in making health care choices? *Med Care Res Rev.* 1999; 56: 67–102.
- Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care.* 2004; 16 (Supplement 1): 57–63.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The Public Release of Performance Data – What do we expect to gain? A Review of the Evidence. *JAMA* 2000; 283: 1866–74.
- Norgall T. Strukturierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern – Zwischen Transparenz und Verständlichkeit. In: Roski R (Hrsg.). *Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007: 289–307.
- Picker Institut. *Through the patient's eyes*. Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg 2005.
- Robinson S, Brodie M. Understanding the Quality Challenge for Health Consumers: The Kaiser/AHCPR Survey. *Jt Com J Qual Improv.* 1997; 23/5: 239–44.
- Salisbury CJ. How do people choose their doctor? *BMJ.* 1989; 299: 608–10.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
- Schauffler H, Mordavsky J. Consumer reports in healthcare: do they make a difference? *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 69–89.
- Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. *JAMA* 1998; 279: 1638–42.
- Sequist TD, Schneider EC, Anastario M, Odigie EG, Marshall R, Rogers WH, Safran DG. Quality monitoring of physicians: linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *J Gen Intern Med* 2008 Nov; 23 (11): 1784–90.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.4 Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.2.1 Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009.
- Weber J. AOK Niedersachsen. Patientenbefragung „Qualitätsberichte“ 2004. Vortrag am 10.06.2004. www.aok-gesundheitspartner.de/nds/krankenhaus/qualitaetsicherung/qualitaetsberichte/index_06464.html (19. Mai 2010).

8 Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzel- leistungsvergütung

Matthias Schrappe und Nejla Gültekin

Abstract

Pay for Performance (P4P) verknüpft Vergütungsbestandteile mit definierten Qualitätsindikatoren. P4P hat auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen und wurde gesetzlich ermöglicht. Der Systematische Review des Sachverständigenrates aus 2007 hat 28 kontrollierte Studien zur Auswirkung auf die Qualität der Versorgung identifiziert, von denen 21 positive Auswirkungen zeigen. Die in den letzten Jahren erschienenen langfristigen Evaluationen z. B. im Quality and Outcomes Framework in Großbritannien weisen nun differenziertere Befunde auf. Nicht nur dass verschiedene Erkrankungen unterschiedlich reagieren und teilweise rasch ein Ceiling-Effekt auftritt, sondern es steht die Nachhaltigkeit in Frage und es kann zu Opportunitätseffekten mit Verschlechterung anderer Bereiche kommen. Negative Effekte wie Motivationsverschlechterung, Zugangseinschränkungen und Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen haben sich jedoch nicht bestätigt. Wichtig für die weitere Entwicklung erscheinen zum einen die Umsetzungsmodalitäten, insbesondere die Spezifizierung der finanziellen Anreize (absoluter Grenzwert, absolute oder relative Position in einer Ranking-Tabelle). Zum anderen heben gerade die britischen Erfahrungen den möglichen Übergang zur Einzelleistungsvergütung hervor. Vermieden werden kann diese Entwicklung nur durch Kombination mit anderen strukturellen Veränderungen, die ebenfalls zu einer Veränderung der Anreize führen und die jeweiligen lokalen Begebenheiten berücksichtigen.

Pay for Performance (P4P) combines elements of remuneration with defined quality indicators. P4P has gained in importance in Germany and was legally provided for. The 2007 Systematic Review of the Expert Council identified 28 controlled studies on the effect of P4P on the quality of care, 21 of which show a positive impact. Long-term evaluations e. g. in the Quality and Outcomes Framework in the UK appearing in the last few years show more sophisticated findings. Not only respond different diseases differently and in some cases a ceiling effect occurs rapidly, but sustainability is also an issue and there may be opportunity effects with deterioration in other areas. However, negative effects such as a decline in motivation, access restrictions and discrimination of vulnerable groups of patients have not been confirmed. For further development, first, the implementation modalities, particularly a specification of the financial incentives (absolute threshold, absolute or relative position in a ranking table) are

important. Second, the British experience emphasizes the possible transition to a fee-for-service system. This development can only be avoided by combining P4P with other structural changes which also induce different incentives and take the local conditions into account.

8.1 Einleitung

Der Anreiz der Vergütung im deutschen Gesundheitswesen richtet sich in erster Linie auf die Leistungsmenge (Einzelleistungen, Fallpauschalen), eine direkte finanzielle Motivation für eine hohe Qualität der Leistung besteht nicht. In den Jahren 2006 und 2007, parallel zur Diskussion um die Einführung des *public reporting* im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V, begann man daher in Deutschland die Option der qualitätsorientierten Vergütung (*Pay for Performance*, P4P) zu diskutieren. Im ambulanten Bereich wurden beispielsweise konkrete P4P-Ansätze entwickelt (Burgdorf et al. 2009). Kurzzeitig sah es so aus, als ob P4P alle Probleme der Fehlsteuerung und Fehlallokation mit einem Schlag zu lösen in der Lage wäre. Ähnlich wie in den USA (Nicholson et al. 2008) kehrte jedoch bald Ernüchterung ein; P4P stellt nach heutiger Übereinkunft nur eines von vielen Instrumenten zur effizienten Verwendung der Mittel und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung dar. Unter Einbeziehung der internationalen Erfahrungen, insbesondere der Studien über die langfristigen Effekte von P4P-Programmen, sind heute die entscheidenden Fragen darin zu sehen, welche Rolle die jeweiligen Umsetzungsmodalitäten für die Qualität der Versorgung haben und wie P4P sinnvoll mit anderen Konzepten verbunden werden kann.

8.2 Der Systematische Review des SVR

P4P gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public reporting*) handelt es sich um unmittelbar finanzielle und nicht um immaterielle Anreize. P4P wird definiert als ein Vergütungssystem, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt (zusammenfassende Darstellung SVR 2007, Nr. 725ff. und Institute of Medicine 2007). Notwendigerweise setzt P4P das Vorhandensein von validen Qualitätsindikatoren voraus, an die die Vergütung gekoppelt ist. Einige international gebräuchliche Definitionen beziehen auch Indikatoren zur Effizienz der Versorgung mit ein, in Deutschland hat sich jedoch das engere, ausschließlich auf die Qualität ausgerichtete Verständnis durchgesetzt.

Der Systematische Review, den der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007 veröffentlichte (SVR 2007, Nr. 734ff.), umfasst 28 Studien, die Primärdaten in einem kontrollierten Design hinsichtlich festgelegter Endpunkte (z. B. der Einfluss von P4P auf Impfraten oder andere Qualitätsindikatoren) auswerten. 21 von 28 Studien zeigten einen positiven Effekt der P4P-Intervention, von den sieben Studi-

en ohne einen positiven Effekt wiesen drei Studien ein gemischtes Ergebnis auf. Es lag kein Unterschied vor zwischen den Studien, die einen einfachen Endpunkt untersuchten (z. B. Impfraten; Erfolg bei 15 von 19 Studien), und solchen, die komplexe Endpunkte zum Gegenstand hatten (z. B. Qualität der Diabetesversorgung; Erfolg bei 6 von 9 Studien). Auch zwischen Studien, die P4P als alleinige Intervention (positives Ergebnis in 14 von 18 Studien) oder als komplexe Intervention (7 von 10) untersuchten, ergab sich kein Unterschied. In der Subgruppenanalyse zeigte sich allerdings, dass 12 von 12 historisch kontrollierte Studien ein positives Ergebnis erbrachten, gegenüber 9 von 16 Studien mit einem höherwertigen Design (randomisiert, quasi-experimentell oder Case-Control). Es war also nicht gänzlich auszuschließen, dass ein durch das Studiendesign bedingter Bias vorliegt, da eine Tendenz zur Überschätzung des Effekts bei methodisch schlechteren Studien vorzuliegen scheint. Trotz dieser potenziellen Einschränkung war dieser Review die Grundlage für die Empfehlung des Sachverständigenrates, mit Pay for Performance auch in Deutschland praktische Erfahrungen zu machen und diese durch begleitende Versorgungsforschung zu evaluieren.

8.3 Entwicklungen und Gefahren

Mittlerweile ist die Diskussion fortgeschritten. In Deutschland wurden im Pflegeentwicklungs-gesetz die Grundlagen für die Umsetzung von P4P-Programmen geschaffen (§ 136 Abs. 4 SGB V). Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein Set von Indikatoren für die ambulante Versorgung entwickelt (sog. AQUIK-Programm) (Weiss 2010). In den USA ist am 1.10.2008 eine Regelung in Kraft getreten, die für Medicare-Patienten bei Eintreten bestimmter Komplikationen eine Übernahme der zusätzlichen Kosten durch den Versicherer ausschließt (z. B. Wundinfektionen bei bestimmten elektiven Eingriffen, s. Straube et al. 2009). Der Sachverständigenrat ist in seinem Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ insbesondere auf die Koordinationsprobleme zwischen den Versorgungssektoren und innerhalb der Regionen, in denen angesichts der demographischen Entwicklung und zunehmenden Multimorbidität der Bevölkerung eine Unterversorgung droht, eingegangen und hat Lösungskonzepte erarbeitet, die die Qualität und Sicherheit der Versorgung in versicherten Populationen in den Mittelpunkt stellen (SVR 2009, Nr. 931ff.).

Von einem Vergütungssystem, das die finanzielle externe Motivation beeinflusst, können auch ungünstige Effekte ausgehen (zusammenfassende Darstellung vgl. SVR 2007, Nr. 741ff.), so wie sie auch bei Public-Reporting-Programmen diskutiert werden (Werner et al. 2005). In erster Linie kommen in Frage:

- Verschlechterung der Motivation der Ärzte durch Widersprüche der externen Motivation gegenüber der internen Motivation (Frolich et al. 2007), bürokratische Belastung (Bufalino et al. 2006) und mangelnde Kongruenz von Anreizen und Behandlungsverantwortung (Cannon 2006)
- Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung durch negative Risikoselektion der Anbieter (Shen 2003) oder einen „Tunnelblick“ auf die mit dem Anreiz ver-

bundenen Indikatoren ohne Verbesserung oder gar mit Verschlechterung der Gesamtversorgung (Aron et al. 2007)

- eine Benachteiligung von Patienten, die einer vulnerablen Patientengruppe angehören (Casalino et al. 2007A, 2007B)

Im Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien war die Häufigkeit der Inanspruchnahme des sog. *exception reporting*, also der Ausschluss von Patienten aus dem P4P-Programm wegen eines hohen Risikos, dass das erwünschte Ziel z. B. wegen der sozialen Lage der Patienten nicht erreicht werden kann, in Regionen mit niedrigem Einkommen und in kleineren Praxen häufiger als in anderen Regionen (Doran et al. 2006). Frauen mit Diabetes mellitus aus solchen Regionen zeigen einen geringeren Erfolg bei der Umsetzung von Raucherentwöhnungsprogrammen (Millett et al. 2007). Ein jüngst erschienener Systematischer Review, der sich größtenteils auf Studien zum QOF in Großbritannien bezieht, stellte allerdings eine leichte Reduktion der Ungleichheit in der Versorgung chronischer Erkrankungen gemessen am sozioökonomischen Status fest, aber keine Veränderung hinsichtlich Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit (Alshamsan et al. 2010). In den USA konnte in einer großen Studie im CMS and Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Projekt (PHQID), die auf Routinedaten basierte, bei Herzinfarkt, Pneumonie und chronischem Herzversagen ebenfalls kein negativer Effekt eines verschlechterten Zugangs von Minderheiten gefunden werden, allein zwischen den Faktoren „other race“ und Bypass-Operation ergab sich ein Effekt auf dem Niveau von $p < 0,10$. Der Autor rät aber zur kritischen Betrachtung der weiteren Entwicklung (Ryan 2010).

8.4 Erfahrungen in Großbritannien

Die wissenschaftlich am besten untersuchten und in Veröffentlichungen aus zahlreichen Perspektiven gewürdigten P4P-Konzepte sind das PHQID (s. o.) in den USA (Lindenauer et al. 2007) und das Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien (Roland et al. 2004). Das QOF bezieht sich auf die Primärversorgung (meist in Form von Gruppenpraxen), wobei die in einer Praxis eingeschriebenen Patienten in der Regel einen persönlich zuständigen Arzt haben. Die Indikatoren des „Quality and Outcomes Framework“ decken drei Bereiche ab:

- klinische Versorgung,
- Praxisorganisation und
- patientenbezogene Outcomes

Die klinischen Indikatoren beziehen sich auf zehn chronische Erkrankungen, es handelt sich in erster Linie um Prozessindikatoren (s. Tabelle 8–1). Obwohl die Beteiligung freiwillig war, nahmen 99,6% der Praxen teil, der Umfang des P4P-Programmes betrug über eine Mrd. € und machte im Durchschnitt mehr als 20% des Praxiseinkommens aus (Campbell et al. 2009). P4P wurde gemeinsam mit einem *public reporting*-Ansatz eingesetzt. Es gibt sog. *exception rules* (s. o.), Patienten können individuell ausgeschlossen werden, wenn sie auch nach drei schrift-

Tabelle 8–1

Erkrankungen und klinische Indikatoren des Quality and Outcomes Framework des NHS

Erkrankung	Anzahl Indikatoren	Maximale Punktzahl
KHK	15	121
Schlaganfall und TIA	10	31
Hypertension	5	105
Hypothyreose	2	8
Diabetes mellitus	18	99
Psychische Erkrankungen	5	41
COPD	8	45
Asthma	7	72
Epilepsie	4	16
Onkologie	2	12

Quelle: Roland et al. 2004

Krankenhaus-Report 2011

Wido

lichen Erinnerungen nicht in der Praxis vorstellig werden, die fragliche Intervention ablehnen, hierfür Kontraindikationen aufweisen oder die entsprechende Medikation nicht tolerieren.

In einer ersten Evaluation des Programms, die an einer repräsentativen Stichprobe von 42 Praxen und an den drei Diagnosen Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma und Diabetes mellitus Typ II durchgeführt wurde, zeigte sich zunächst eine Verbesserung der klinischen Indikatoren für alle drei Diagnosen über die Zeit, darunter verbesserten sich Asthma und Diabetes jedoch signifikant stärker als vorhergesagt (bei KHK nur $p=0,07$) (Campbell et al. 2007). Bereits hier war auffällig, dass nicht mit Vergütungsbestandteilen verknüpfte Indikatoren der gleichen Erkrankungen keine Verbesserungen zeigten. Eine im gleichen Zeitraum durchgeführte Studie zur Motivation der Ärzte zeigte keine Motivationsverschlechterung, eher waren die Pflegekräfte reserviert und wiesen auf Verschlechterungen der Patientenbetreuung hin (McDonald et al. 2007). In einer groß angelegten Befragung im Rahmen der British Ageing Study gaben 75 % der an chronischen Erkrankungen leidenden Patienten in P4P-Programmen an, die indizierte Therapie zu erhalten, gegenüber nur 58 % der nicht in P4P-Programmen Behandelten (Steel et al. 2008).

In einer später veröffentlichten Evaluation des QOF-Programms nach dem Design der *Interrupted Time Series* (1998, 2003 (vor) und 2005, 2007 (nach Einführung von P4P)) wurden mehrere weiterführende Beobachtungen gemacht (Campbell et al. 2009):

- nicht alle Krankheitsentitäten reagieren gleich
- Verbesserungstendenz ist auch ohne P4P feststellbar, es muss also der Grad der Verbesserung pro Zeiteinheit betrachtet werden
- es kommt zu einem „Ceiling-Effekt“

- die Patient Reported Outcomes (Zugang, Kommunikation) zeigen meist eine ansteigende Tendenz
- die Kontinuität der Behandlung ist ein kritischer Faktor
- es gibt Anzeichen für Opportunitätskosten durch Verschlechterung anderer, nicht einem P4P-Anreiz unterworfenen Bereiche (Asthma und KHK: Indikatoren, die durch P4P nicht angereizt wurden)

Eine (allerdings in Kalifornien durchgeführte) Studie bei Kaiser Permanente erbrachte zusätzlich den Befund, dass

- nach Absetzen der finanziellen Anreize ein deutlicher Rückgang der Qualität der Versorgung festzustellen war, die Verbesserungstendenz, die vorher bestand, also nicht nachhaltig war (Lester et al. 2010).

8

8.5 Umsetzungsmodalitäten

Die Erfahrungen aus Großbritannien und den USA lassen es naheliegend erscheinen, dass P4P als alleiniges Instrument nur eine begrenzte Wirkung auf die Qualität der Versorgung hat. Um so wichtiger erscheint die Diskussion der konkreten Umsetzungsmodalitäten, die hier kurz zusammenfassend dargestellt werden sollen (vgl. Rosenthal et al. 2007a):

- **Adressaten:** In erster Linie ist zu klären, ob einzelne Ärzte oder größere Organisationen (Krankenhäuser, Ärztenetze) angesprochen werden sollen, da unterschiedliche Wirkungsaspekte zu beachten sind (aktuelle Übersicht s. Chung et al. 2010). Werden einzelne Ärzte adressiert, stehen individuelle Faktoren im Mittelpunkt. Es muss weiterhin zwischen Hausärzten, Fachärzten und Ärzten in Krankenhäusern unterschieden werden, in den USA ist ein Trend von den Hausärzten zu Sekundärfachärzten feststellbar (Rosenthal et al. 2007b)). Werden dagegen Organisationen angesprochen, stehen Management- und Systemfaktoren im Vordergrund, die aufgrund der finanziellen Anreize Gegenstand der Veränderung sind. Weiterhin ist die Frage zu klären, ob die Beteiligung freiwillig oder verpflichtend ist.
- **Höhe der zusätzlichen Vergütung:** Ein klarer Zusammenhang zwischen Vergütungshöhe und Effekt ist in der Literatur nicht erkennbar. Die Vergütung sollte in der gleichen Größenordnung wie die inkrementellen Kosten der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen einschließlich der Opportunitätskosten (z.B. Verdienstausschlag durch die nicht mögliche Behandlung anderer Patienten in diesem Zeitraum) liegen. Die Höhe der zusätzlichen Vergütung muss weiterhin die Höhe der notwendigen Investitionen (z.B. EDV-Einrichtung) berücksichtigen. Zu klären ist, ob die umverteilten Gelder durch Einsparungen durch Abzüge oder als zusätzliche Mittel generiert werden.
- **Häufigkeit der Zahlungen:** In einer randomisierten Studie konnte kein Unterschied zwischen einem dreimonatlichen oder jährlichen Zahlungsrhythmus festgestellt werden (Chung et al. 2010).
- **Messung von Qualität:** In einer Befragung von Institutionen, die bereits länger-dauernde Erfahrungen mit P4P haben, wird die Messung der Qualität der Ver-

sorgung als das Hauptproblem bezeichnet (Rosenthal et al. 2007b). Diese Problematik hängt zusammen mit der

- **Auswahl der Indikatoren:** In frühen Programmen werden meist Prozess- und Strukturvariablen verwendet, in einem Systematischen Review verwendeten 13 von 17 Studien Prozessindikatoren (Petersen et al. 2006). Diese haben wegen ihrer hohen Reliabilität und ihrer geringeren Anfälligkeit für Verfälschungen viele Vorteile, allerdings können sie zu einer Konzentration der Aktivitäten auf diese Parameter führen, u.U. zulasten der Ergebnisqualität. Insgesamt ist die Validität von Prozessindikatoren umstritten (Fonarow et al. 2007, Bradley et al. 2006, JHA et al. 2007, Werner et al. 2006, Mehta et al. 2008), allerdings beschreiben sie Qualitätsprobleme, ehe „das Kind in den Brunnen gefallen ist“. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Prozessindikatoren in geringerem Maße risikoadjustiert werden müssen als Ergebnisindikatoren, allerdings wechseln in einer empirischen Studie noch 16% der Krankenhäuser das P4P-Stratum, wenn eine Risikoadjustierung der Prozessindikatoren durchgeführt wird (Mehta et al. 2008). Ergebnisindikatoren sind in ihrer Relevanz anerkannt, verlangen aber einen hohen Aufwand bzgl. der Risikoadjustierung und stehen auch hinsichtlich der Reliabilität unter Druck (Dokumentationsqualität). Sie nehmen aber an Bedeutung zu, in der Folge werden Instrumente der Risikoadjustierung immer wichtiger (Rosenthal et al. 2007B). Im Endergebnis werden in modernen Programmen immer Prozess- und Ergebnisindikatoren kombiniert. Strukturqualitätsindikatoren treten in den Hintergrund, mit Ausnahme der IT-Ausstattung (Roland et al. 2004, Rosenthal et al. 2007b). Weiterhin ist eine Kombination von administrativen und klinischen Daten sinnvoll, es dürfen durch die ausschließliche Verwendung von administrativen Daten keine „blinden Flecken“ in den konservativen Fächern entstehen, in denen folglich kein Verbesserungsanreiz gegeben ist. Der Dokumentationsaufwand ist zu berücksichtigen, die Indikatoren sind so zu wählen, dass sie in der gegebenen IT-Umgebung ohne zusätzlichen Aufwand zu erheben sind. Die Verwendung von Indikatoren zur Kosteneffektivität geht auf die breitere Definition von P4P in den USA zurück (Rosenthal et al. 2007b).
- **Spezifizierung der Indikatoren:** Die Indikatoren müssen hinsichtlich Zähler und Nenner genau beschrieben und definiert sein. Insbesondere ist die Frage zu klären, wie mit *Outlier*-Patienten, also statistischen Ausreißern, verfahren wird (s. *Exception Reporting* im Quality and Outcome Framework (Doran et al. 2006)).
- **Monetäre Bewertung:** die verwendeten Indikatoren müssen monetär bewertet werden, was an die Spezifizierung besonders hohe Anforderungen stellt. Insgesamt steigt die Höhe der Anreize im Verlauf an (Rosenthal et al. 2007B).
- **Spezifizierung der Anreize:** Grundsätzlich existieren drei Möglichkeiten, qualitätsbezogene Vergütungsanreize umzusetzen. Zum einen können die Anbieter in den Top-Positionen eines Rankings oder oberhalb eines Grenzwertes belohnt werden („*absolute top*“), zum anderen kann man den oberen 10 oder 20% Vergütungsanreize bieten („*relative top*“), und außerdem kann man die relative Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangswert belohnen („*relative delta*“). Das Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien nutzt einen absoluten Grenzwert (Roland et al. 2004); es wird argumentiert, dass aus

diesem Grund dieses Programm mit zusätzlichen Ausgaben von einer Mrd. € so teuer geworden ist (Maynard 2010). Das CMS and Premier Quality Incentive Demonstration Project in den USA verwendet relative Grenzwerte, die eine *league table* voraussetzen (Lindenauer et al. 2007), in den USA nimmt allgemein diese Vergütungsstruktur von 0% im Jahr 2003 auf 23% der Programme im Jahr 2006 zu (Rosenthal et al. 2007B). Die beiden ‚Top‘-Optionen laufen Gefahr, immer die gleichen Anbieter zu belohnen, die dadurch immer besser werden und den niedriger gelisteten Anbietern keine Möglichkeit lassen, in die Top-Positionen aufzurücken. Außerdem gibt es die Gefahr einer sozialen Desintegration (s. u.). Andererseits ist dieses Verfahren leistungsbezogen, weil die zusätzliche Vergütung immer wirklich den Besten zukommt. Die ‚*relative delta*‘-Option stärkt die Verbesserungswirkung, weil jeder, der sich verbessert, gestärkt und motiviert wird, unabhängig davon, wie die Ausgangssituation aussieht, allerdings werden u. U. niedriger gelistete Anbieter besser vergütet als solche in Top-Positionen. Eine hiermit im Zusammenhang stehende Frage betrifft die Art der zusätzlichen Vergütung; es sind absoluter Bonus, absolute Einbehaltung, relative Zahlung (in Prozent der Basisvergütung), relative Abschläge, Sonderzahlungen (*grants*) und Zuweisung von Versicherten (*auto-assignment*) möglich.

8.6 Perspektive: Integration in andere Versorgungskonzepte

Vor dem Hintergrund der jetzt vorliegenden mittel- und langfristigen Effekte von P4P-Programmen, die durchaus deutliche Qualitätsverbesserungen, aber eben auch Probleme hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung, Opportunitätskosten durch Verschlechterung der Versorgung anderer Krankheitserscheinungen, eine fragliche Nachhaltigkeit und die Gefahr einer sozialen Desintegration erkennen lassen, erscheint die Diskussion um die Interpretation dieser Aspekte und die sinnvolle Einbettung von P4P in anderweitige gesundheitspolitische Strukturentwicklungen notwendig. Die Ansicht, das P4P-Konzept sei entweder noch nicht genügend ausgereift oder die „ausgelobten“ Mittel seien zu gering, erscheint nicht zielführend, eher ist der Meinung zuzustimmen, dass P4P als ein Zwischenschritt zu anderen Konzepten bzw. Zielen anzusehen ist (Rosenthal et al. 2007b)

Man kann P4P als ein Vergütungssystem bezeichnen, das finanzielle Mittel von gemessenen zu nicht gemessenen Qualitäts-Endpunkten umsteuert (Ryan 2010). Gerade die Erfahrungen in Großbritannien machen die Gefahr deutlich, dass P4P seine Wirkung letztlich als Einzelleistungsvergütung entfaltet (Wodchis et al. 2007). Die finanziellen Anreize bezogen sich auf Indikatoren, über die bei den Beteiligten Übereinstimmung herrschte, und gleichzeitig war eine deutliche Verbesserung der finanziellen Ausstattung des britischen Gesundheitssystems in Aussicht gestellt worden – daher gab es in der britischen P4P-Reform „keine Verlierer“ (Roland et al. 2004). Aus diesem Verständnis wird auch erklärlich, warum nach Absetzen der Anreize wieder eine Verschlechterung eintritt, als handle es sich bei Qualität um eine nicht finanzierte Leistung (Campbell et al. 2009).

Auffallend ist insbesondere auch in Deutschland die fehlende Neigung, P4P mit anderen Konzepten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu verbinden. Jede Intervention auf der Ebene der Leistungserbringer hat Auswirkungen auf die Versorgung der Gesamtbevölkerung und die Koordination der Versorgung auf Systemebene. Zu nennen sind im Einzelnen präventive Maßnahmen, übergeordnete Ziele wie Vermeidung von Ungleichheit und Benachteiligung, die Verbesserung der Infrastruktur und der Grad der Integration der Versorgung über die Sektorgrenzen und Organisationen hinweg. Bei der Auswahl der Indikatoren sollten Anreize mit berücksichtigt werden, die diese Ziele umzusetzen helfen.

P4P ist grundsätzlich als ein lokal wirkendes Instrument anzusehen (Wodchis et al. 2007). Da zusätzlich davon auszugehen ist, dass die Kongruenz von Behandlungsverantwortung und finanziellen Anreizen oft nicht gegeben ist (Pham et al. 2007; Wharam 2009), kann nur die Konsequenz gezogen werden, dass P4P als alleiniges Instrument nicht dauerhaft erfolgreich sein kann und nur im Kontext anderer, die Qualität positiv beeinflussender Versorgungskonzepte weiterentwickelt werden kann (Rosenthal 2008). In Großbritannien ist eine Veränderung der organisatorischen Strukturen im ambulanten Bereich unter P4P erkennbar (McDonald 2007). Das Messen von Indikatoren allein ist zu eindimensional, es müssen lokale Initiativen zur Qualitätsverbesserung gefördert werden (Werner 2009). Im Vordergrund steht die Integration von P4P in transsektorale, episodensbasierte Vergütungskonzepte (Lee 2008), insbesondere Chronic Care (Wennberg et al. 2007b) und Patient-Centered Medical Home (Rosenthal 2008) als langfristig angelegte, koordinierte Versorgung von Patienten. Dabei ist die Kombination mit *public disclosure* sinnvoll (Frolich et al. 2007) und wird allgemein empfohlen. Auch die Beteiligung der Patienten im Sinne des Shared Decision Making (Wennberg et al. 2007a) und zusätzliche Anreize auch für Patienten (sog. „P4P4P“, Volpp et al. 2009) werden diskutiert. In Deutschland sind im Rahmen mehrerer Vergütungsformen P4P-Elemente möglich, insbesondere im Rahmen der Selektivverträge bei integrierter Versorgung (§ 140a-d), der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) und der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V (zusammenfassende Darstellung SVR 2009, Nr. 859ff.). Hinsichtlich der Qualität der Versorgung ist die rein auf die einzelnen Leistungserbringer bezogene Betrachtung nicht mehr zeitgemäß, auch die transsektorale Perspektive muss zugunsten einer populationsbezogenen Perspektive aufgegeben werden (Geraedts 1999). In den USA lässt sich diese Entwicklung schon erkennen, im Bereich der Managed-Care-Versorgung werden zunehmend Mittel qualitätsbezogen verteilt (Rosenthal 2008).

8.7 Literatur

- Alshamsan R, Majeed A, Ashworth M, Car J, Millett C. Impact of Pay for Performance on Inequalities in Health Care: Systematic Review. *J Health Serv Res Policy* 2010; 15: 178–84.
- Aron D, Pogach L. Specialists versus Generalists in the Era of Pay For Performance: “A Plague o’ both your houses!” *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 3–5.
- Bradley EH, Herrin J, Elbel B, McNamara RL, Magid DJ, Nallamothu BK, Wang Y, Normand SLT, Spertus JA, Krumholz HM. Hospital Quality for Acute Myocardial Infarction. Correlation Among Process Measures and Relationship With Short-Term Mortality. *JAMA* 2006; 296: 72–8.

- Bufalino V, Peterson ED, Burke GL, LaBresh KL, Jones DW, Faxon DP, Valadez AM, Brass LM, Fulwider VB, Smith R, Krumholz HM. Payment for Quality: Guiding Principles and Recommendations. Principles and Recommendations From the American Heart Association's Reimbursement, Coverage, and Access Policy Development Workgroup. *Circulation*. 2006; 113: 1151–4.
- Burgdorf F, Kleudgen S, Diel F: Wege zur qualitätsorientierten Vergütung. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106: C1837–9.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *N Engl J Med* 2007; 357: 181–90.
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M: Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361: 368–78.
- Cannon MF. Pay-For-Performance: Is Medicare a Good Candidate? *Yale Journal of Health Pol Law Eth* 2006; 7: 1–38.
- Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT: General Internists' Views On Pay-For-Performance And Public Reporting Of Quality Scores: A National Survey. Internists are supportive of financial incentives for quality but are concerned about possible unintended consequences. *Health Aff* 2007; 26: 492–9.
- Casalino LP, Elster A. Will Pay-For Performance and Quality Reporting Affect Health Care Disparities? *Health Aff* 2007; 26: w405-14.
- Chung S, Palaniappan L, Wong E, Rubin H, Luft H. Does the Frequency of Pay for Performance Payment Matter? Experience from a Randomized Trial. *Health Serv Res* 2010; 45: 553–64.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 355; 2006: 375–84.
- Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiane M, Greenberg BH, O'Connor CM, Pieper K, Sun JL, Yancy C, Young JB, for the OPTIMIZE-HF Investigators and Hospitals: Association between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized with Heart Failure. *JAMA* 2007; 297: 61–70.
- Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA: A Behaviorable Model of Clinician Responses to incentives to Improve Quality. *Health Policy* 2007; 80: 179–93.
- Geraedts M. Populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsbewertung: Voraussetzung einer integrierten Versorgung. *Gesundh.ökon. Qual.manag.* 1999; 4/6: A150–A154.
- Institute of Medicine: Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. National Academy Press, Washington 2007.
- Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM: The Inverse Relationship Between Mortality Rates And Performance In The Hospital Quality Alliance Measure. *Health Aff* 2007; 26: 1104–10.
- Lee TH: Pay for Performance, Version 2.0? *N Engl J Med* 2007; 357: 531–3.
- Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Madvig P: The Impact of Removing Financial Incentives from Clinical Quality Indicators: Longitudinal Analysis of Four Kaiser Permanente Indicators. *Brit Med J* 2010; 340: c1898.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW: Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *N Engl J Med* 2007; 356: 486–96.
- Maynard A, Bloor K: Will Financial Incentives and Penalties Improve Hospital Care? *Brit Med J* 2010; 340: c88.
- McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of Financial Incentives on Clinical Autonomy and Internal Motivation in Primary Care: Ethnographic Study. *Brit Med J* 2007; 334: 1357.
- Mehta RH, Liang L, Karve AM, Hernandez AF, Rumsfeld JS, Fonarow GC, Peterson ED. Association of Patient Case-Mix Adjustment, Hospital Process Performance Rankings, and Eligibility for Financial Incentives. *JAMA* 2008; 300: 1897–903.
- Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ* 2007; 176: 1705–10.

- Nicholson S, Pauly MV, Wu AY, Murray JF, Teutsch S, Berger ML: Getting Real Performance out of Pay-for-Performance. *Milbank Quart* 2008; 86: 435–57.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145: 265–72.
- Pham H, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB: Care Patterns in Medicare and Their Implications for Pay for Performance. *N Engl J Med* 2007; 356: 1130–9.
- Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004; 251: 1448–54.
- Rosenthal MB, Dudley RA: Pay-For-Performance. Will the Latest Payment Trend Improve Care? *JAMA* 2007a; 297: 740–7.
- Rosenthal M, Landon BE, Howitt K, Song HS R, Epstein AM. Climbing Up the Pay for Performance Learning Curve: Where Are the Early Adopters Now? *Health Aff* 2007b; 26: 1674–82.
- Rosenthal MB: Beyond Pay for Performance – Emerging Models of Provider-Payment Reform. *N Engl J Med* 2008; 359: 1197–2000.
- Ryan AM. Has Pay-for-Performance Decreased Access for Minority Patients? *Health Serv Res* 2010; 45: 6–23.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Band I und II. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. www.svr-gesundheit.de.
- Shen Y. Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System. *Health Serv Res* 2003; 38: 535–52.
- Steel N, Bachmann M, Maisey S, Shekelle P, Breeze E, Marmot M, Melzer D. Self Reported Receipt of Care Consistent with 32 Quality Indicators. National Population Survey of Adults Aged 50 or More in England. *Brit Med J* 2008; 337: 438–52.
- Straube B, Blum JD: The Policy on Paying for Treating Hospital-Acquired Conditions: CMS Officials Respond. *Health Aff* 2009; 29: 1494–7.
- Volpp KG, Pauly MV, Loewenstein G, Bangsberg D. P4P4P: An Agenda for Research on Pay-for-Performance for Patients. *Health Aff.* 2009; 28: 206–14.
- Weiss J. Pay for Performance: Bezahlt wird nach Leistung. *Dtsch Med Wschr* 2010; 135: 498–9.
- Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P Agenda, Part 1: How Medicare Can Improve Patient Decision Making and Reduce Unnecessary Care. *Health Aff* 2007a; 26: 1564–74.
- Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS, Bronner KK. Extending the P4P Agenda, Part 2: How Medicare Can Reduce Waste and Improve the Care of the Chronically Ill. *Health Aff* 2007b; 26: 1575–85.
- Werner RM, Asch DA, Polsky D. Racial Profiling. The Unintended Consequences of Coronary Artery Bypass Graft Report Cards. *Circulation* 2005; 111: 1257–63.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship Between Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2006; 296: 2694–702.
- Werner RM, McNutt R: A New Strategy to Improve Quality. Rewarding Actions Rather Than Measures. *JAMA* 2009; 301: 1375–7.
- Wharam JF, Sulmasy D: Improving the Quality of Health Care. Who Is Responsible for What? *JAMA* 2009; 301: 215–7.
- Wodchis WP, Ross JS, Detsky AS. Is P4P Really FFS? *JAMA* 2007; 298: 1797–9.

This page intentionally left blank

9 Pay for Performance im Krankenhaus: Erfahrungen in den USA^{1,2}

Ateev Mehrotra, Cheryl L. Damberg, Melony E.S. Sorbero, Stephanie S. Teleki und Sören Mattke

Abstract

In den USA gibt es inzwischen mehr als 40 Pay-for-Performance (P4P)-Programme im privaten Krankenhausesektor, und das amerikanische Parlament erwägt die Einführung eines P4P-Programms für Medicare-finanzierte Krankenhausbehandlungen. Angesichts des wachsenden Interesses an P4P im Krankenhaus wird in diesem Beitrag anhand eines systematischen Literaturreviews untersucht, welche Wirkung P4P hinsichtlich klinischer Prozessqualität, Behandlungsergebnisse, Patientenerfahrungen, Sicherheit und Ressourcenauslastung hat. Noch gibt es wenige formelle Bewertungen von P4P im Krankenhaus, und die meisten der acht bisher veröffentlichten Studien weisen methodische Mängel auf. Die stringentesten Studien konzentrieren sich auf die klinische Prozessqualität. Es zeigt sich, dass Krankenhäuser, die an der Premier Hospital Quality Incentive Demonstration, einem P4P-Programm der Centers for Medicare und Medicaid Services (CMS), teilgenommen hatten, eine Qualitätssteigerung aufwiesen, die um zwei bis vier Prozentpunkte höher lag als bei den Krankenhäusern der Kontrollgruppe. Um die Wirkungen von P4P im Krankenhaus zu bewerten und zu beurteilen, ob der Nutzen von Investitionen in P4P die damit verbundenen Kosten aufwiegt, bedarf es weiterer systematischer Evaluation.

More than 40 private sector hospital pay-for-performance (P4P) programs now exist, and Congress is considering initiating a Medicare hospital P4P program. Given the growing interest in hospital P4P, this systematic review of the literature examines the current state of knowledge about the effect of P4P on clinical process measures, patient outcomes and experience, safety, and resource utilization. Little formal evaluation of hospital P4P has occurred, and most of the eight published studies have methodological flaws. The most rigorous studies focus on clinical process measures and demonstrate that hospitals participating in the Centers for Medicare and Medicaid Services Premier Hospital Quality Incentive Demonstration, a P4P program, had a 2- to 4-percentage point greater improvement than the improvement observed in control hospitals. There is a need for more systematic evaluation of hospital P4P to understand its effect and whether the benefits of investing in P4P outweigh the associated costs.

1 Dieser Beitrag beruht auf einem im American Journal of Medical Quality erschienenen Artikel der Autoren.

2 Übersetzung aus dem Englischen: Susanne Sollmann

9.1 Einleitung

Es gilt als erwiesen, dass die Ausgestaltung des Vergütungssystems Einfluss auf die Art der Leistungserbringung hat. Vor diesem Hintergrund liegt der Gedanke einer qualitätsbezogenen Vergütung nahe, das heißt einer Leistungshonorierung, die gute Qualität mit einer entsprechend besseren Vergütung verbindet und auf diese Weise einen Anreiz zur Qualitätssicherung und -steigerung setzt. Angesichts dieser Überlegung überrascht wie wenig solche Vergütungsansätze bisher in die Tat umgesetzt werden. Dabei muss freilich in Betracht gezogen werden, dass die in der Theorie so einleuchtende Verbindung von Qualitätsstandards und Vergütungshöhe hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung eine Reihe von Herausforderungen zu meistern hat.

In anderen Ländern, insbesondere in den USA und in Großbritannien, wurde bereits eine erhebliche Zahl von P4P-Programmen implementiert. Hinsichtlich einer stärkeren Nutzung dieses Ansatzes lohnt es sich daher, die dortigen Erfahrungen einer eingehenden Analyse zu unterziehen. Der vorliegende Beitrag referiert die Ergebnisse von Studien zu P4P-Programmen in den USA, wo derartige Programme mittlerweile eine weite Verbreitung gefunden haben. Es existieren schätzungsweise vierzig Programme mit einem Fokus speziell auf Krankenhauspatienten.

Trotz der enthusiastischen Einschätzung der P4P-Krankenhausprogramme ist ihre Wirkung bisher nicht hinreichend bewiesen. Frühere Untersuchungen, die sich auf P4P-Programme im ambulanten Bereich konzentrierten, fanden – wenn überhaupt – nur geringe Qualitätszuwächse (Rosenthal et al. 2006b; Sorbero et al. 2006; Petersen et al. 2006). Teilweise wurden Befürchtungen geäußert, dass P4P-Programme Datenmanipulationen fördern und andere unerwünschte Konsequenzen haben könnten (Petersen et al. 2006; Casalino und Elster 2007). Soweit uns bekannt ist, existieren bisher keine Überblicksartikel über Studien zu P4P-Programme für die stationäre Behandlung. Um zur Diskussion über die Vorteile von P4P-Programmen für Medicare und andere private Kostenträger beizutragen, unterzogen wir die publizierte Literatur zu den Auswirkungen von P4P auf die stationäre Behandlung einem systematischen Review.

Dabei richteten wir besonderes Augenmerk auf das Umfeld, in dem die Programme initiiert wurden. Seit 2004 sammeln und veröffentlichen die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) in Zusammenarbeit mit der Hospital Quality Alliance, einer Partnerschaft von Anbietern, Versicherungen und Forschern zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus, und der Joint Commission, einer Organisation für die Akkreditierung von Krankenhäusern, Qualitätsinformationen auf Krankenhausebene für die Versorgung des akuten Myokardinfarkts, der ambulant erworbenen Pneumonie und der Herzinsuffizienz (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act 2003; Jha et al. 2005). Mehr als 98% der US-amerikanischen Akutkliniken übermitteln Leistungsdaten an die CMS, und seit Beginn des Programms konnte eine wesentliche Verbesserung bei der Behandlung dieser Krankheiten beobachtet werden (Lindenauer et al. 2007). Daher beachteten wir bei unserer Untersuchung insbesondere darauf, ob die Analysen für den Einfluss dieses aktuellen Trends zu Qualitätssteigerung kontrollierten.

9.2 Vorgehensweise

Unser Überblick bezieht alle englischsprachigen Beiträge in Zeitschriften mit Peer Review ein, die die Auswirkungen von P4P-Programmen auf die stationäre Versorgung beschreiben. Dazu gehören alle randomisierten, kontrollierten Studien, quasi-experimentellen Untersuchungen sowie Prä- und Postinterventionsstudien. Wir begrenzten unsere Suche auf Artikel, die Ergebnisse über den Einfluss der Vergütung auf Verbesserungen der klinischen Behandlungsqualität, von Patientenerfahrungen, der Sicherheit oder des Ressourcenverbrauchs auswiesen. Ausgeschlossen wurden Artikel, die sich auf die Auswirkungen größerer Umstellungen des Krankenhausvergütungssystems bezogen, wie zum Beispiel den Wechsel hin zu einem prospektiven Vergütungssystem, sowie Artikel, die sich auf P4P im ambulanten Bereich (also auch eventuelle ambulante Leistungen der Krankenhäuser) oder auf Anreize zur vermehrten Organspende bei Krankenhauspatienten konzentrierten.

Im ersten Suchlauf wurden 902 Artikel (ohne Duplikate) identifiziert. Nach Durchsicht der Abstracts wurden zehn Artikel für weitere gezielte Untersuchungen ausgewählt, von denen acht unsere Einschlusskriterien erfüllten. Die meisten nicht ausgewählten Beiträge behandelten das Thema Qualitätssteigerung ohne Bezug zu Anreizprogrammen. Die Konsultierung von P4P-Experten und eine Überprüfung einschlägiger Reports führten nicht zur Identifizierung von weiteren Artikeln.

Die acht Artikel, die in unsere Analyse einbezogen wurden, befassen sich mit den Auswirkungen der folgenden drei P4P-Programme für die stationäre Versorgung: (1) das P4P-Programm „Hospital Quality Service and Recognition“ der Hawaii Medical Service Association, (2) das „Participating Hospital Agreement Incentive Program“ der gemeinnützigen Krankenversicherungsgesellschaft Blue Cross Blue Shield of Michigan und (3) die „Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID)“ der CMS.

9.2.1 Merkmale der drei P4P-Programme für stationäre Krankenhausbehandlung

Tabelle 9–1 zeigt die wichtigsten Merkmale der drei P4P-Programme, die im Folgenden im Detail beschrieben werden. Alle drei Programme enthalten klinische prozessbezogene Indikatoren, die sich meist auf den akuten Myokardinfarkt, die ambulant erworbene Pneumonie und die Herzinsuffizienz beziehen – jene Diagnosen, für die die CMS Qualitätsinformationen veröffentlichen. Die Programme wenden auch andere Qualitätsindikatoren an (Donabedian 1988), wie Behandlungsergebnisse (z. B. Mortalität nach einer koronaren Bypass-Operation), Kosteneffizienz (z. B. Verweildauer nach einer Operation), Struktur (z. B. Teilnahme des Krankenhauses an einem Programm zur Förderung der Patientensicherheit), Patientensicherheit (z. B. postoperative Nachblutungen oder Hämatome) und Patientenerfahrungen (z. B. Patientenbefragungen). Einige Programme bewerten die Leistung eines Krankenhauses gemessen anhand einer absoluten Schwelle (z. B. 85% der Patienten mit akutem Myokardinfarkt erhalten Betablocker), während andere die relative Performance der Krankenhäuser untersuchen (z. B. Vergleich mit dem besten Krankenhaus bezüglich der Abgabe von Betablockern).

Tabelle 9-1
 Merkmale der bewerteten P4P-Programme für Krankenhäuser

P4P-Programm	Indikator					Ziel		Finanzieller Anreiz			
	Ergebnis	Prozess	Struktur	Patienten- erfahrungen	Patienten- sicherheit	Kosten- effizienz	absolut	relativ	Bonus	Einbe- haltung	Ab- schläge
Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program		X	X		X		X	X		X	
Hawaii Medical Service Association Hospital Quality Service and Recognition P4P Program	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
CMS*Premier Hospital Quality Incentive Demonstration	X	X			X			X	X	X	X

* CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services

Krankenhaus-Report 2011

Wido

9.2.2 Ergebnisse der veröffentlichten Artikel und methodische Fragen

In diesem Abschnitt werden die drei Pay-for-Performance-Programme für Krankenhäuser beschrieben, die Ergebnisse zusammengefasst und die Grenzen des jeweils gewählten Studiendesigns diskutiert.

Das P4P-Programm „Hospital Quality Service and Recognition“ der Hawaii Medical Service Association

Zwei Artikel bewerteten den Effekt dieses P4P-Programms, das 2001 gestartet wurde und alle 17 Krankenhäuser auf Hawaii einbezog (Berthiaume et al. 2006; Berthiaume et al. 2004). Die 17 Krankenhäuser erhielten pro Jahr insgesamt etwa \$ 9 Millionen (im Mittel etwa \$ 500 000 pro Krankenhaus). Die Incentive-Zahlungen basierten auf den folgenden vier Faktoren:

(1) Teilnahme an einem Workshop „Get with the Guidelines – Coronary Heart Disease“ der American Heart Association. Die Krankenhäuser konnten Punkte sammeln, indem sie sich für den Workshop anmeldeten, als „leitlinienreues Krankenhaus“ anerkannt wurden, ein Patienten-Management-Tool für die Datenerhebung einsetzten und bei mindestens drei von fünf Prozessmaßnahmen zur Behandlung des akuten Myokardinfarkts eine 85%ige Leistung erreichten. (2) Die Komplikationsrate und durchschnittliche Verweildauer des Krankenhauses (adjustiert für die Krankheitsschwere) für Geburtshilfepatientinnen oder Patienten, die sich einer von 18 häufig vorgenommenen Operationen unterzogen. (3) Die Zufriedenheit der Patienten und der Ärzte mit der stationären und der Notfallbehandlung. (4) Der vom Krankenhaus selbst berichtete Erfolg bei der Umsetzung eines internen Qualitätssteigerungsprogramms.

Berthiaume et al. (2004) fanden, dass von 13 Krankenhäusern auf Hawaii, die mehr als 30 Aufnahmen aufgrund des akuten Koronarsyndroms aufwiesen, zehn (77%) an einem Leitlinien-Workshop teilgenommen hatten. Nach Ansicht der Autoren ist die hohe Beteiligung der in Frage kommenden Krankenhäusern bemerkenswert, weil dieser Prozentsatz der Teilnahme an dem Programm viel höher sei, als durch Diffusionsmodelle zur Verbreitung von Innovationen im Gesundheitswesen vorhergesagt worden war (Berthiaume et al. 2004, S. 503).

In einer weiteren Studie berichten Berthiaume et al. (2006) unter anderem über Verweildaueränderungen, Komplikationsraten, Patientenzufriedenheit und die Nutzung von internen Initiativen zur Qualitätssteigerung. Die Studie verglich Veränderungen von 2001 bis 2004. Die Komplikationsrate für Patienten der Chirurgie und der Geburtshilfe sank um rund 2 Prozentpunkte und die Verweildauer von Chirurgie- und Geburtshilfepatienten um 1,2 bzw. 0,4 Tage. Die Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Versorgung erhöhte sich von 78% auf 79% und die Zufriedenheit mit der Notfallbehandlung von 71% auf 75%. Die Bewertung für die Umsetzung der internen Qualitätsvorgaben verbesserte sich von 2003 auf 2004 von 4,25 auf 6,5 von 10 möglichen Punkten. Die Autoren geben nicht an, ob die zwischen den Zeiträumen beobachteten Unterschiede statistisch signifikant waren.

Die Studien (Berthiaume et al. 2006, 2004) über das „Hospital Quality Service and Recognition“-Programm der Hawaii Medical Service Association sind jedoch nur begrenzt aussagefähig, da es keine Vergleichsgruppe oder Trenddaten gab. Es

bleibt unklar, ob die beobachteten Veränderungen mit dem Anreizprogramm oder mit langfristigen Trends einer verbesserten Versorgung des akuten Myokardinfarkts und einer verkürzten Verweildauer innerhalb des betrachteten Zeitraums zu erklären sind (Lindenauer et al. 2007; Williams et al. 2005). Keine der beiden Studien berichtet über Veränderungen bei den klinischen Prozessmaßnahmen, die ein Teil des Programms waren.

Das „Participating Hospital Agreement Incentive Program“ von Blue Cross Blue Shield of Michigan

Drei veröffentlichte Artikel untersuchten die Wirkung dieses Programms in 86 Krankenhäusern, die einen Vertrag mit Blue Cross Blue Shield of Michigan geschlossen hatten (Nahra et al. 2006; Reiter et al. 2006; Sautter et al. 2007). Nahra et al. untersuchten die Wirtschaftlichkeit des Programms, Reiter et al. analysierten die Ergebnisse einer Umfrage unter den teilnehmenden Krankenhäusern, um die Gründe für beobachtete Veränderungen in der medizinischen Praxis zu finden, und Sautter et al. untersuchten die Ergebnisse von qualitativen Interviews in zehn Krankenhäusern. Die Kliniken erzielten einen Zuschlag von bis zu 4 % der fallpauschalenbasierten Vergütung; die Zuschläge im Jahr 2004 reichten von \$ 30 000 bis \$ 4 000 000 pro Krankenhaus. Ursprünglich basierten die Anreizzahlungen auf dem Abschneiden bei verschiedenen prozessbezogenen Qualitätsmaßen mit Bezug auf die Behandlung des akuten Myokardinfarkts und der Herzinsuffizienz. Im Laufe der Zeit wurde das Programm auf andere Krankheiten wie die ambulant erworbene Pneumonie ausgedehnt und belohnte auch die Beteiligung an Gesundheitsförderungsprojekten (z.B. Raucherentwöhnung) und Patientensicherheitsinitiativen (z.B. die Prophylaxe-Initiative im Rahmen des „Keystone Intensive Care Unit Project“ in Michigan, das vom Keystone Center der Health & Hospital Association in Lansing, Michigan finanziert wird). Ursprünglich basierten die Leistungszuschläge im Rahmen des Programms auf dem relativen Ranking eines Krankenhauses im Vergleich mit konkurrierenden Häusern; inzwischen hängen die Zahlungen vom Erreichen einer absolute Schwelle ab.

Die Studie von Nahra et al. (2006) schätzt die Wirtschaftlichkeit aus der Perspektive der Krankenversicherung ein. Zur Abschätzung der Kosten des Programms wurden die Zahlungen durch die Krankenversicherung und die Verwaltungskosten einbezogen. Der Nutzen des Programms wurde auf Basis der Anzahl der Herzinfarkt- und Herzinsuffizienz-Patienten, die eine verbesserte Behandlung erhielten, bewertet. Der Prozentsatz der Patienten, die eines der folgenden Arzneimittel erhielten, hat sich von 2000 auf 2003 wie folgt erhöht: Aspirin bei akutem Myokardinfarkt (von 87 % auf 95 %), Betablocker bei akutem Myokardinfarkt (von 81 % auf 93 %) und ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz (von 70 % auf 80 %). Basierend auf veröffentlichten klinischen Studien schätzten die Wissenschaftler, dass die beobachtete Verbesserung der Prozessqualität einem Gewinn von 733 bis 1 701 qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) entspricht. Insgesamt lagen die geschätzten Kosten je QALY zwischen \$ 12 967 und \$ 30 081, einem Bereich, der im Allgemeinen als kosteneffizient gilt (Ubel et al. 2003).

Reiter et al. (2006) befragten die teilnehmenden Krankenhäuser danach, ob das P4P-Programm strukturelle und prozessorientierte Veränderungen ausgelöst habe. Strukturelle Veränderungen umfassten die Einrichtung einer Stabsstelle für Quali-

tätsmanagement oder einen Personalwechsel beim Qualitätsbeauftragten. Prozessorientierte Veränderungen umfassten die Einführung eines computergestützten Systems für Arzneimittelverordnungen (CPOE-System – Computerized Physician Order Entry-System) oder die Schaffung von Case-Management-Teams. Von den 66 Befragten (Rücklaufquote 70%) gaben 48% an, dass in ihrem Krankenhaus eine strukturelle Veränderung vorgenommen wurde, 59% berichteten über eine Prozessveränderung. Insgesamt gaben 75% der antwortenden Krankenhäuser an, dass sie mindestens eine Veränderung vorgenommen hatten.

In einer qualitativen Studie befragten Sautter et al. (2007) Führungskräfte und Kardiologen an zehn Krankenhäusern in Michigan. Sieben Kliniken konnten ihre Leistung verbessern, zwei erbrachten bereits vorher sehr gute Leistungen und eine Klinik verschlechterte sich. Nur an zwei von zehn Krankenhäusern waren die Befragten der Ansicht, Anreize förderten eine Qualitätssteigerung. Die Autoren stellen jedoch in Frage, ob dies bedeutet, dass das P4P-Programm keine Qualitätssteigerung nach sich zog. Sie beobachteten, dass die Krankenhäuser die Zahlungen für Qualitätssteigerungsprojekte verwendeten und führen aus, dass „die Zuschläge einigen Krankenhäuser offensichtlich erst ermöglichten, in Qualität zu investieren“ (Sautter et al. 2007, S. 105). Die Autoren deuten dies in dem Sinne, dass „leistungsschwache Krankenhäuser, die über eine basale Infrastruktur für die Qualitätssteigerung verfügen, den größten Erfolg zu verzeichnen hatten, wenn sie Zahlungen erhielten“ (Sautter et al. 2007, S. 104).

Bei den oben zitierten Studien gibt es einige wichtige Einschränkungen. Bei den Studien von Nahra et al. 2006 und Reiter et al. 2006 fehlen eine Kontrollgruppe oder Trenddaten, um beurteilen zu können, ob die beobachteten Prozessverbesserungen oder die Anwendung von Qualitätssteigerungsmaßnahmen auf die Teilnahme am Programm zurückzuführen sind oder lediglich unabhängige Trends repräsentieren. Nahra et al. berücksichtigten außerdem nicht die Kosten der Krankenhäuser für die Erfassung von Qualitätsdaten und die Durchführung von Qualitätssteigerungsmaßnahmen. Obwohl diese Kosten nicht unmittelbar von der Krankenversicherung übernommen werden, fließen sie in der Regel in eine Wirtschaftlichkeitsanalyse aus der üblichen volkswirtschaftlichen Sichtweise ein. Wären diese Kosten berücksichtigt worden, würde das Programm möglicherweise nicht als kosteneffizient betrachtet. Und schließlich führen die von Reiter et al. und Sautter et al. beobachteten vermehrten Qualitätssteigerungsaktivitäten nicht unbedingt tatsächlich zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität.

Die „Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID)“ der CMS

Drei Artikel bewerten die Wirkung der Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID) (Lindenauer et al. 2007; Glickman et al. 2007; Grossbart 2006). Dieses von den CMS finanzierte dreijährige P4P-Demonstrationsprojekt startete im Jahr 2003. Rund 450 Krankenhäuser, die das Datensystem der Firma Premier Inc (Charlotte, North Carolina) verwendeten, wurden zur Teilnahme aufgefordert, weitere 262 Krankenhäuser in 38 Staaten meldeten sich aus eigenem Antrieb. Die Krankenhäuser wurden nach ihrem zusammengefassten Leistungsindex für die Behandlung der folgenden fünf Diagnosen beurteilt: akuter Myokardinfarkt, ambulant erworbene Pneumonie, Herzinsuffizienz, koronare Bypass-Operation und Hüft- oder Kniegelenkersatz-Operation.

Die meisten Indikatoren bezogen sich auf klinische Prozesse, aber das Programm umfasste für einige Diagnosen auch Indikatoren, die Mortalität, Wiederaufnahme- und Komplikationsraten betrafen. Für jede Diagnose erhielten die Krankenhäuser des obersten Zentils einen zweiprozentigen Zuschlag auf ihre Medicare-Entgelte für Krankenhauspatienten, die aufgrund der entsprechenden Krankheiten aufgenommen worden waren. Krankenhäuser des zweiten Zentils erhielten einen einprozentigen Zuschlag. Die Zuschläge für Krankenhäuser betragen im Durchschnitt \$ 71 960 pro Jahr (Lindenauer et al. 2007). Krankenhäuser, die bis zum Ende des dritten Jahres die während des ersten Jahres erreichten Leistungen von Krankenhäusern der untersten zwei Zentile nicht überschritten, mussten einen Abschlag von 1 % bis 2 % auf die Medicare-Entgelte für die jeweilige Diagnose hinnehmen.

Grossbart (2006) untersuchte die Wirkung des PHQID-Programms auf Krankenhäuser der katholischen Healthcare Partners (Cincinnati, Ohio). Dabei stellte er vier Krankenhäuser, die an der PHQID teilgenommen hatten, sechs Kontrollkrankenhäusern gegenüber, die nicht teilgenommen hatten. Die teilnehmenden Krankenhäuser und die nicht teilnehmenden Kliniken ähnelten sich in einer Reihe von Merkmalen, unter anderem Durchführung von Operationen am offenen Herzen, Entlassungen pro Jahr und Leistungsspektrum. Die Analyse wurde auf eine Teilmenge von 17 von 34 Indikatoren der PHQID-Initiative begrenzt, die sowohl bei den beteiligten als auch den nicht beteiligten Krankenhäusern erhoben wurden. Sowohl die teilnehmenden als auch die nicht teilnehmenden Kliniken zeigten eine signifikante Verbesserung bei allen Indikatoren, wobei bei den teilnehmenden Krankenhäusern stärkere Verbesserungen zu verzeichnen waren (allgemeine Leistungssteigerung von 9,3 versus 6,7 Prozentpunkten; Differenz 2,6 Prozentpunkte, $P < .001$). Die Verbesserungen unter den teilnehmenden Krankenhäusern waren bei den folgenden beiden Indikatoren am größten: (1) Instruktionen für Patienten mit Herzinsuffizienz bei Entlassung aus dem Krankenhaus (40,1 versus 14,6 Prozentpunkte bei nicht teilnehmenden Krankenhäusern) und (2) Abgabe von Pneumokokken-Impfstoff an Patienten mit Lungenentzündung (31,6 versus 22,1 Prozentpunkte bei den nicht teilnehmenden Krankenhäusern).

Lindenauer et al. (2007) führten die gründlichste Evaluation der PHQID durch: Sie untersuchten Leistungsveränderungen über einen Zeitraum von zwei Jahren für 10 von 34 Indikatoren in 207 PHQID-Krankenhäusern und einer Kontrollgruppe von 406 Krankenhäusern. Die Kontrollgruppe wurde nach der Bettenzahl, dem Status als Lehrkrankenhaus (ja/nein), Region (Nordost, Mittlerer Westen, Süden oder Westen), Regionstyp (städtisch oder ländlich) und Eigentumsverhältnisse (gewinnorientiert oder nicht gewinnorientiert) ausgewählt. Bei einem Gesamtindikator, der sich aus zehn einzelnen Indikatoren zusammensetzte, verzeichneten die PHQID-Krankenhäuser eine um 4,3 Prozentpunkte stärkere Verbesserung als die Krankenhäuser der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied war durchgehend für jede der drei Diagnosen (akuter Myokardinfarkt, ambulant erworbene Pneumonie, Herzinsuffizienz), für die meisten Einzelindikatoren und für einen Indikator für angemessene Versorgung, der den Prozentsatz der Patienten misst, die mithilfe aller für eine bestimmte Krankheit empfohlenen Maßnahmen behandelt werden, zu beobachten.

Die Autoren untersuchten, ob diese unterschiedlichen Verbesserungen durch eine Selbstselektion verursacht sein könnten, das heißt, ob diejenigen Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am PHQID-Programm bereiterklärt hatten, sind grund-

legend von den nicht teilnehmenden Krankenhäusern unterschieden. (Lindenauer 2007). Nach Berücksichtigung des Leistungsniveaus und der Fallzahlen zu Studienbeginn verringerte sich der Unterschied von 4,3 auf 2,9 Prozentpunkte. Bei einem weiteren Versuch zur Ermittlung möglicher Verzerrungen analysierten die Autoren alle Krankenhäuser, die für die Teilnahme an dem PHQID-Programm in Frage kamen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich teilnahmen oder nicht. In Frage kommende Krankenhäuser hatten größere Qualitätssteigerungen zu verzeichnen als jene, die nicht teilnahmeberechtigt waren.

Schließlich untersuchten Glickman et al. (2007) die Wirkung der PHQID auf Krankenhäuser, die freiwillig an CRUSADE, einer landesweiten Initiative zur Qualitätssteigerung bei akutem Myokardinfarkt teilnahmen (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines – etwa: Kann eine schnelle Risikostratifizierung instabiler Angina-pectoris-Patienten unerwünschte Behandlungsergebnisse verhindern, indem die Behandlungsleitlinien des American College of Cardiology/der American Heart Association frühzeitig eingeführt werden?). Krankenhäuser, die an CRUSADE teilnehmen, erhalten ein Feedback über ihre Versorgung von Patienten mit Myokardinfarkt sowie verschiedene Schulungsmaßnahmen. Die Wissenschaftler verwendeten ein quasi-experimentelles Studiendesign, das die Tatsache ausnutzt, dass 54 der an CRUSADE beteiligten Krankenhäuser sich bereit erklärten, ebenfalls an der PHQID teilnehmen. Sie verglichen diese 54 Krankenhäuser, die sowohl an CRUSADE als auch an der PHQID teilnahmen, mit einer Kontrollgruppe von 446 Krankenhäusern, die zwar an CRUSADE teilnahmen, nicht jedoch an der PHQID. Zusätzlich zu einem Vergleich anhand von sechs auf den akuten Myokardinfarkt bezogenen Indikatoren der PHQID wurden die Krankenhäuser anhand von acht weiteren Myokardinfarkt-bezogenen Prozessindikatoren verglichen, die nicht Basis für Leistungszuschläge waren. Die Studie versucht zu ermitteln, ob die Teilnahme an der P4P-Intervention einen zusätzlichen Schub für Leistungssteigerungen gab, der über das hinausging, was die CRUSADE-Interventionen bewirkten. Außerdem wurde analysiert, ob die Teilnahme an dem P4P-Programm sich negativ auf die Leistungen bei Indikatoren auswirkte, die nicht als Grundlage für die Anreize dienten.

Die Leistungsunterschiede zwischen den PHQID-Krankenhäusern und den Krankenhäusern der Kontrollgruppe von Juli 2003 bis Juni 2006 bei jenen Indikatoren, die als Grundlage für Leistungszuschläge dienten, (Verbesserung um 7,2 bzw. 5,6 Prozentpunkte; Differenz von 1,6 Prozentpunkten) und bei den nicht zuschlagsrelevanten Indikatoren (Verbesserung um 13,6 bzw. 8,1 Prozentpunkte; Differenz 5,5 Prozentpunkte) waren statistisch nicht signifikant (Glickman et al. 2007). Die PHQID-Krankenhäuser hatten signifikant stärkere Verbesserungen bei drei Einzelindikatoren, darunter zwei, die zuschlagsrelevant waren (z.B. Aspirinverordnung bei Entlassung und Beratung zur Raucherentwöhnung für aktuelle Raucher oder Patienten, die vor Kurzem mit dem Rauchen aufgehört hatten) und einer, der nicht zuschlagsrelevant war (Verordnung von Lipidsenkern bei Entlassung). Es gab zwischen den zwei Gruppen bei den stationären Patienten keine statistisch signifikanten Mortalitätsunterschiede.

Die drei veröffentlichten Artikel, die die PHQID bewerten, sind die bisher umfassendsten Evaluationen von P4P für stationäre Krankenhausbehandlung (Lin-

denauer et al. 2007; Glickman et al. 2007; Grossbart 2006). Alle drei verwenden eine Kontrollgruppe, und in allen Fällen zeigten sich auch in dieser Kontrollgruppe signifikante Qualitätssteigerungen. Was zu den Qualitätssteigerungen in den Krankenhäusern der Kontrollgruppe geführt hat, ist nicht bekannt, es ist jedoch davon auszugehen, dass die öffentliche Berichterstattung der CMS eine Rolle gespielt hat. Unter den Krankenhäusern, die für das PHQID-Programm in Frage kamen, unterscheiden sich diejenigen, die teilgenommen haben, von denen, die nicht beteiligt waren. Bei Berücksichtigung der Verzerrungen durch die Krankenauswahl stellten Lindenauer et al. fest, dass die Wirkung des P4P-Programms erheblich von 4,3 auf 2,9 Prozentpunkte gesunken war.

Zu den Einschränkungen der Studien gehören auch die Untersuchungsgesamtheit der ausgewerteten Krankenhäuser. Grossbart und Glickman et al. untersuchten die Versorgung in ausgewählten Kliniken, einschließlich Häusern in katholischer Trägerschaft und in denen, die freiwillig an CRUSADE teilnahmen. Die Ergebnisse sind nur eingeschränkt verallgemeinerbar, da diese Krankenhäuser sich möglicherweise in ihrem Engagement und ihren Ressourcen für Qualitätssteigerungen von den anderen Krankenhäusern unterscheiden, die an PHQID teilgenommen haben. Die Studie von Grossbart ist zudem durch die geringe Stichprobengröße begrenzt sowie durch die Tatsache, dass der Ausgangswert für die Leistungen der Krankenhäuser nicht gemessen wurde. Glickman et al. prüften, ob P4P zu einer schlechteren Performance bei der Behandlung des akuten Myokardinfarkts bei den Indikatoren führte, die nicht als Grundlage für Leistungszulagen verwendet werden. Allerdings betreffen diese Indikatoren die gleiche Diagnose (akuter Myokardinfarkt), die im P4P-Programm verwendet wurde, sodass diese Studie keinen Aufschluss darüber gibt, ob es zu unbeabsichtigten positiven oder negativen Auswirkungen auf die Qualität bei der Behandlung anderer Krankheiten kam, die nicht zuschlagfähig waren. Zu guter Letzt sind die Krankenhäuser, die sich für eine Teilnahme an PHQID entschieden hatten, im Vergleich zu allen Krankenhäusern der USA größer und eher nicht profitorientiert (Lindenauer et al. 2007). Daher ist unklar, ob die Erfahrungen mit dem PHQID-Programm auf alle Krankenhäuser im Land übertragen werden können.

9.3 Diskussion

Obwohl der Einsatz von Krankenhaus-P4P-Programmen zur Förderung von Qualitätssteigerungen in den letzten zehn Jahren zugenommen hat, wurden nur wenige Programme systematisch untersucht und der Wissensstand über die Auswirkungen dieser Programme weist erhebliche Lücken auf. Mit Stand Juni 2007 waren nur acht Artikel mit Peer Review zu diesem Thema veröffentlicht worden (Tabelle 9–2). Bei den meisten fehlte eine Kontrollgruppe, was die Aussagekraft erheblich abschwächt, wenn man davon ausgeht, dass Krankenhäuser, die nicht an P4P-Programmen teilnahmen, wesentliche Qualitätssteigerungen bei den gleichen Indikatoren aufwiesen, die im Allgemeinen als Maßstab für Leistungszuschläge genutzt werden. Die drei Studien (Lindenauer et al. 2007; Glickman et al. 2007; Grossbart 2006), die eine Kontrollgruppe verwendeten, bewerten die Wir-

Tabelle 9–2

Studien zu P4P für Krankenhäuser

P4P-Programm	Quelle	Art der Studie	Bewertung von Leistungssteigerungen	Verwendung einer Kontrollgruppe
Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program	Reiter et al. 2006	Erhebung von Veränderungen der medizinischen Praxis	entfällt ¹	nein
	Sautter et al. 2007	Semistrukturierte Interviews in zehn teilnehmenden Kliniken	entfällt ²	nein
	Nahra et al. 2006	Kosten-Nutzen-Analyse	ja	nein
Hawaii Medical Service Association Hospital Quality Service and Recognition P4P Program	Berthiaume et al. 2004	Beschreibung einer Programmkomponente und damit verbundene Ausgaben	nein	nein
	Berthiaume et al. 2004	Beschreibung von Trends anhand von Indikatoren	ja	nein
CMS* Premier Hospital Quality Incentive Demonstration	Grossbart 2006	Evaluation der Qualitätsverbesserungen der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zur Kontrollgruppe	ja	ja
	Lindenauer et al. 2006	Evaluation der Qualitätsverbesserungen der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zur Kontrollgruppe	ja	ja
	Glickman et al. 2007	Evaluation der Qualitätsverbesserungen der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zur Kontrollgruppe	ja	ja

* CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services

¹ Analyse von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, nicht von Leistungssteigerungen.

² Qualitative Interviews mit Vertretern von Kliniken, die aufgrund von Leistungssteigerungen ausgewählt wurden.

kung des gleichen P4P-Programms (PHQID). Deshalb bezieht sich der aussagekräftigste Nachweis der Auswirkungen von Krankenhaus-P4P auf ein einziges Krankenhaus-P4P-Programm.

Die Auswertung des PHQID-Programms ergab eine Verbesserung, die um 2 bis 4 Prozentpunkte über der der Krankenhäuser der Kontrollgruppe lag (Lindenauer 2007; Glickman et al. 2007; Grossbart 2006). Diese geringe Steigerung deckt sich mit der Wirkung von Anreizprogrammen in anderen Ländern (Asch und Warner 1996). Für das PHQID-Programm konnte keine verringerte Mortalität bei stationären Herzinfarktpatienten nachgewiesen werden, obwohl es Meinungsverschiedenheiten über das Verhältnis zwischen Prozessqualität und Mortalität gibt (Werner und Bradlow 2006; Peterson et al. 2006b). Eine Studie (Petersen et al. 2006a) fand keinen Anhalt für die unerwünschte mögliche Folge, dass PHQID mit einer Verringerung der Bemühungen bei den nicht zuschlagfähigen Indikatoren einhergeht. Die Ergebnisse einer anderen Studie (Drake et al. 2007) (die nicht für dieses Review geeignet ist) legen nahe, dass die am PHQID-Programm

teilnehmenden Krankenhäuser im Bestreben, ihre Werte für den Einsatz von Antibiotika bei Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie zu verbessern, Antibiotika bei anderen Atemwegserkrankungen wie Asthma oder bei chronischer Herzinsuffizienz zu häufig verwendeten. Zudem müssen die Kosten für das Monitoring der Leistungen und die Missbrauchskontrolle in Betracht gezogen werden, wenn man über die Einführung von leistungsorientierten Vergütungssystemen nachdenkt (Asch und Warner 1996).

Viele Fragen zum Thema P4P für Krankenhäuser bleiben offen. Erstens evaluieren die vorliegenden Studien P4P im Rahmen der öffentlichen Berichterstattung über die Qualität von Krankenhäusern; die Wirksamkeit des Krankenhaus-P4P ohne öffentliche Berichterstattung ist deshalb nicht bekannt. Zweitens ist die Wirkung eines P4P-Programms in Form eines Bonusmodells (z. B. Zahlung von Zuschlägen, deren Höhe von den Verbesserungen eines Krankenhauses im Vergleich zum Vorjahr abhängt) verglichen mit einem Anreizsystem, das nicht nur die besten zwei Zentile belohnt, unklar, da keine der umfassenden Studien ein solches Modell evaluiert. Drittens gibt es kaum Hinweise darauf, ob ein P4P-Programms für die stationäre Krankenhausversorgung sich auf andere als prozessbezogene Indikatoren der Krankenhausqualität auswirkt. Teilweise wurde erwartet, dass P4P Kosteneinsparungen bewirkt, weil Qualitätssteigerungen zu weniger Komplikationen und weniger Ressourcenverbrauch führen. Vertreter der Firma Premier Inc berichteten auf einer nationalen Konferenz (Remus 2006) und im Rahmen einer Pressemitteilung, die PHQID habe zu verminderten Kosten und einer gesunkenen Mortalität geführt. Diese Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht worden und es scheint, dass keine Kontrollgruppe verwendet wurde, was nach unserer Ansicht als kritisch einzuschätzen ist. Viertens beschränken sich die als Grundlage für P4P verwendeten Diagnosen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die ambulant erworbene Pneumonie und Hüft- oder Kniegelenkersatz, deshalb ist nicht bekannt, ob P4P-Anreize bei anderen Krankheiten eine größere oder geringere Wirkung erzielen würden. Fünftens ist nicht bekannt, welche Effekte ein Krankenhaus-P4P-Programm hätte, das einen kleineren oder größeren Anreiz als den im PHQID-Programm gewährten (1 bis 2% der Medicare-Entgelte) nutzt.

Die Erkenntnisse aus diesem Literaturreview werfen für Krankenversicherungen, Krankenhäuser und die politischen Entscheidungsträger schwierige Fragen hinsichtlich eines P4P-Programms für Krankenhäuser auf. Sind die beobachteten Verbesserungen bei evidenzbasierten klinischen Prozessen durch Krankenhaus-P4P die Investitionen wert, wenn man sie mit anderen Interventionen vergleicht, die zu Qualitätssteigerungen beitragen könnten? Würde ein Krankenhaus-P4P-Programm, das andere Kennzahlen oder größere Anreize verwendet, zu größeren Verbesserungen führen? Wenn die meisten der beobachteten Qualitätssteigerungen durch eine gesetzlich verordnete öffentliche Berichterstattung induziert werden, ist es dann vorteilhaft, zusätzlich zur öffentlichen Berichterstattung ein weiteres P4P-Programm zu implementieren? Rechtfertigt eine Verbesserung dieser Größenordnung durch P4P für Krankenhäuser die Kosten der Aufrechterhaltung eines P4P-Programms und die – noch unbewiesenen – Bedenken, dass P4P unbeabsichtigte negative Konsequenzen haben kann? Wegen der begrenzten Datengrundlage sind die Antworten auf diese Fragen unklar. Dennoch gilt weiterhin als erwiesen, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung unzureichend ist. Zukünftig wird es wich-

tig sein, P4P für Krankenhäuser auf breiterer Basis zu evaluieren, um auf die Gestaltung dieser Programme Einfluss zu nehmen und zu bestätigen, dass die Anreize tatsächlich die gewünschten Ziele erreichen.

9.4 Literatur

- Asch B, Warner J. Incentive systems: theory and evidence. In: Lewin D, Mitchell D, Zaidi M, eds. *Handbook of Human Resource Management*. Greenwich, CT: JAI Press 1996;175–215.
- Berthiaume JT, Tyler PA, NgOsorio J, LaBresh KA. Aligning financial incentives with “Get With the Guidelines” to improve cardiovascular care. *Am J Manag Care*. 2004;10 (7, pt 2): 501–4.
- Berthiaume JT, Chung RS, Ryskina KL, Walsh J, Legorreta AP. Aligning financial incentives with quality of care in the hospital setting. *J Healthc Qual*. 2006; 28 (2):36–44, 51.
- Casalino LP, Elster A. Will payforperformance and quality reporting affect health care disparities? *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26 (3): w405–14.
- Damberg CL, Sorbero ME, Mehrotra A, Teleki SS, Lovejoy S, Bradley L. An environmental scan of pay for performance in the hospital setting: final report. November 2007. [http:// aspe.hhs.gov/ health/reports/08/payperform/PayPerform07 .html](http://aspe.hhs.gov/health/reports/08/payperform/PayPerform07.html). (16. Oktober 2008).
- DeFrances CJ, Hall MJ; Division of Health Care Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. 2005 National Hospital Discharge Survey. July 12, 2007. <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad385.pdf> (16. Oktober 2008).
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12):1743–8.
- Drake DE, Cohen A, Cohn J. National hospital antibiotic timing measures for pneumonia and antibiotic overuse. *Qual Manag Health Care*. 2007;16 (2):113–22.
- Dudley RA, Rosenthal M. *Pay for Performance: A Decision Guide for Purchasers*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. AHRQ publication 06–0047.
- Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007; 297 (21): 2373–80.
- Grossbart SR. What’s the return? assessing the effect of “pay-for-performance” initiatives on the quality of care delivery. *Med Care Res Rev*. 2006; 63(1) (suppl):29S–48S.
- Hospital quality improving, cost, mortality rate trends declining for participants in Medicare pay-for-performance project; 2008 [press release]. Charlotte, NC: Premier Inc; 31. Januar 2008.
- Institute of Medicine. *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare*. Washington, DC: National Academy Press 2006.
- Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in U.S. hospitals: the Hospital Quality Alliance program. *N Engl J Med*. 2005; 353 (3): 265–74.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007; 356 (5): 486–496.
- Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003. 501(b) (2003). [http:// www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/chs/documents/PL108173%20%20Medicare%20Modernization%20Act%20Sec.pdf](http://www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/chs/documents/PL108173%20%20Medicare%20Modernization%20Act%20Sec.pdf) (17. Oktober 2008).
- Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: variation and innovation in Medicare*. Juni 2003. http://www.medpac.gov/documents/June03_Entire_Report.pdf 16. Oktober 2008.
- Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? *Ann Intern Med*. 2006;145(11): 826–833.
- Milgate K, Cheng SB. Pay-for-performance: the MedPAC perspective. *Health Aff (Millwood)*. 2006; 25 (2): 413–9.
- Nahra TA, Reiter KL, Hirth RA, Shermer JE, Wheeler JR. Costeffectiveness of hospital payfor-performance incentives. *Med Care Res Rev*. 2006; 63 (1) (suppl): 49S–72S.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does payforperformance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145 (4): 265–72.

- Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, et al. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. *JAMA*. 2006; 295 (16): 1912–20.
- Reiter KL, Nahra TA, Alexander JA, Wheeler JR. Hospital responses to payforperformance incentives. *Health Serv Manage Res*. 2006;19 (2):123–134.
- Remus D. Financial incentives work! results of the CMS Hospital Quality Incentive Demonstration Project Year One. Präsentiert beim Academy Health Annual Research Meeting; 25.–27. Juni 2006; Seattle, WA.
- Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev*. 2006; 63 (2):135–57.
- Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *N Engl J Med*. 2006a; 355 (18):1895–02.
- Sautter KM, Bokhour BG, White B, et al. The early experience: of a hospital-based pay-for-performance program. *J Healthc Manag*. 2007; 52 (2):95–108.
- Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24 (1):138–50.
- Sorbero ME, Damberg CL, Teleki S, et al. Assessment of PayforPerformance Options for Medicare Physician Services: Final Report. RAND working paper prepared for the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Dept of Health and Human Services. Santa Monica, CA: RAND 2006.
- Ubel PA, Hirth RA, Chernew ME, Fendrick AM. What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? *Arch Intern Med*. 2003;163 (14):1637–41.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates. *JAMA* 2006; 296 (22): 2694–702.
- Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 20022004. *N Engl J Med*. 2005; 353 (3): 255–64.

10 Pay for Performance – Rahmenbedingungen für ein konkretes Modell im Bereich der Endoprothetik

Jürgen Malzahn, Kerstin Heyde und Claus Fahlenbrach

Abstract

Pay for Performance (P4P) hat viele Gesichter und ist derzeit auf der deutschen gesundheitspolitischen Agenda. P4P kann jedoch nur auf Basis von nachgewiesener Ergebnisqualität für ausgewählte Indikationen ein sinnvoller Ansatz sein, mit dem kontrolliert Qualitätselemente in die Vergütung integriert werden können. Auf Basis des AOK-QSR-Verfahrens zur Hüft-Endoprothesen-Implantation (Hüft-EP) wird exemplarisch der Nachweis geführt, dass überdurchschnittliche Qualität bei der Hüft-EP in einem Zusammenhang mit „Krankenhausgesamt-kosten des Folgejahres“ und „Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen“ steht. Sofern mit geeigneten Direktverträgen Patienten verstärkt in qualitativ überdurchschnittliche Krankenhäuser gesteuert werden können, besteht auch Spielraum für Vergütungszuschläge über die vereinbarte Grundvergütung der Leistungen hinaus.

Pay for performance (P4P) has many faces and is currently on the German health policy agenda. However, P4P can only be a sensible approach which allows a controlled integration of quality elements into the reimbursement system if it is based on proven outcome quality for selected indications. Based on the AOK-QSR (Quality Assurance of Hospital Care with Routine Data) results for hip replacements, the article shows that there is a relation between above-average quality of hip replacements on the one hand and “total hospital costs of the following year” and “frequency of upgradings of care stages” on the other hand. If direct contracts can cause more patients to be admitted to hospitals with a superior performance, there should also be room for bonus payments beyond the agreed basic payment of services.

10

10.1 Einleitung

Gleich zu Anfang kann festgehalten werden, dass P4P kein fest definierter Begriff oder ein vollständig ausgereiftes Konzept ist. P4P wird dennoch von vielen Akteuren im Gesundheitswesen als ein wichtiges Werkzeug zur Steuerung der Leistungserbringung und Steigerung der Qualität in der Patientenversorgung bezeichnet. Wie bei anderen Qualitätssicherungskonzepten hängt es auch bei P4P stark von

der spezifischen Ausgestaltung ab, ob ein konkretes Modell als positiv und hilfreich oder als bürokratisch und unsinnig betrachtet wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Gutachten für 2007 schon P4P als „Qualitätsbezogene Vergütung“ im Sinne einer Fortentwicklung der Qualitätsberichterstattung („Veröffentlichung von Qualitätsdaten“) dargestellt (SVR 2008, Ziffer 725). Aber abweichend von der reinen Qualitätsberichterstattung wird bei P4P die Qualität der Leistung und nicht – wie sonst im Gesundheitswesen üblich – nur das Erbringen von Leistungen nach Anzahl honoriert (SVR 2008, Ziffer 726). Im Weiteren merkt der SVR an, dass die qualitätsbezogene Vergütung deutlich aufwendiger, komplexer und kostspieliger als die bloße Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren sei und daher Einsparungen an anderer Stelle erfolgen müssten, sofern keine zusätzlichen Finanzmittel in das Gesundheitswesen eingespeist würden (SVR 2008, Ziffer 726).

In Deutschland werden, der unklaren Definition geschuldet, ganz verschiedene Modelle als P4P-Vorhaben bezeichnet. Eine Einteilung von P4P-Ansätzen kann man beispielsweise einem Vortrag von Munte (2010) entnehmen. Dort werden P4P-Modelle an die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität angelehnt. Als Beispiele für P4P im strukturqualitativen Bereich nennt Munte die Qualifikation des Arztes oder die technische Ausstattung der Praxis, für prozessqualitative Ansätze spezielle Anamnese- und Untersuchungstechniken und für ergebnisqualitative Aspekte die Besserung oder Heilung von Krankheiten oder die Patientenzufriedenheit. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) hat ihre Schwerpunkte bei P4P im Bereich der Struktur- und Prozessqualität gesetzt und führt ohne weitere Vertragspartner diese Modelle mit den KV-Ärzten durch. Seit IV/2008 gibt es zum Beispiel ein Honorar für Strukturqualität im Bereich „SonoBaby“, das sich auf die Bausteine Gerätequalität und -wartungsnachweise sowie regelmäßige Fachwissenprüfungen bezieht (KV Bayern 2010a). Eine andere Maßnahme besteht in einer EDV-gestützten Strukturierung der Schwangerschaftsvorsorge (KV Bayern 2010b). Dabei werden u. a. die Behandlungsergebnisse elektronisch dokumentiert und individuelle Patientinnenbriefe erstellt. Einer Verknüpfung von Honoraren mit Ergebnisqualität steht die KVB jedoch kritischer gegenüber und benennt als Risiken Patientenselektion, Überdiagnostik und Ergebnisbeschönigung. Obwohl diese Risiken sicherlich bei der Anlage eines spezifischen P4P-Modells berücksichtigt werden müssen, wird international die Ansicht vertreten, dass in modernen Programmen Prozess- und Ergebnisqualität kombiniert werden sollten. Strukturqualitative Ansätze verlieren an Bedeutung (SVR 2008, Ziffer 733; Cannon 2006). Spannt man den Rahmen für P4P-Ansätze nicht eng, lassen sich weitere Ansätze für P4P-Modelle erkennen. So können die Mindestmengen in der stationären Versorgung, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 137 SGB V beschließt, insofern als eine Form von P4P verstanden werden, als dass nur diejenigen Krankenhäuser bestimmte Leistungen erbringen dürfen, die eine bestimmte Mindestanzahl dieser Leistungen mit den Krankenkassen vereinbaren können (G-BA 2005). Zwar wird in diesen Modellen kein expliziter Zuschlag vereinbart, allerdings ist die Leistung ohne die entsprechende Mindestmenge gar nicht gegenüber den Kostenträgern abrechenbar. Ähnliches gilt für die Strukturqualitätsvereinbarungen, die der G-BA zum Beispiel für die Kinderonkologie (G-BA 2006) beschlossen hat. Auch hier sind bestimmte Mindestanforderungen zu erfüllen (beispielsweise das Vorhalten be-

stimmter ärztlicher Qualifikationen), ohne die die Abrechnung der Behandlung krebskranker Kinder nicht erfolgen darf.

Ein besonderes Entwicklungspotenzial ist für P4P mit dem Schwerpunkt auf Ergebnisqualität zu sehen. Dies erfordert allerdings entsprechende parallele Entwicklungen im Bereich des selektiven Kontrahierens, da Varianten von P4P, bei denen qualitativ besonders erfolgreiche Leistungserbringer profitieren und weniger erfolgreiche (im schlimmsten Fall) vom Markt gehen müssten, im Kollektivvertragssystem kaum erfolgreich implementiert werden können.

10.2 Pay for Performance in der stationären Versorgung – Probleme und Lösungen

In der internationalen Praxis gehen P4P-Modelle überwiegend mit zusätzlicher Vergütung einher, wobei ein Zusammenhang zwischen Vergütungshöhe und Effekt in der Literatur nicht erkennbar ist (SVR 2008, Ziffer 733; Frölich et al 2007; siehe auch die Beiträge von Schrappe und Gültekin (Kapitel 8) sowie von Mehrotra et al. (Kapitel 9) in diesem Band). P4P soll ein Anreizsystem sein, besonders gute und zeitgleich effiziente Leistungen zu erbringen, daher müssten die zusätzlichen Zahlungen auch eine für den Leistungserbringer relevante Größenordnung erreichen. Aus Sicht der Krankenkassen erscheint die Vorstellung neuer Mehrausgaben aus grundsätzlichen Erwägungen heraus fragwürdig. Wieso sollten Kostenträger bessere Qualität mit Boni belohnen, ohne – so die Sachlage im bestehenden Vergütungssystem – Abschläge für mindere Qualität vornehmen zu können? Dies führt zu der für die Krankenkassen schwer verständlichen Situation, dass ein Leistungserbringer erst einmal die durchschnittlichen Kosten seiner Leistung vergütet bekommt – betriebswirtschaftlich kalkuliert auf der Basis von DRGs oder nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – und anschließend noch einen Bonus bekäme, weil die Leistung sachgerecht ausgeführt worden ist. Abschlagsoptionen würden zumindest betriebswirtschaftlich P4P zu einem Nullsummenspiel machen, sofern sich die Zu- und Abschläge der Gesamthöhe nach ausgleichen.

Nach dem im Folgenden skizzierten Modell kann P4P im stationären Sektor zunächst zu Mehrausgaben gegenüber dem primären Leistungserbringer führen, wobei zeitgleich eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung gefördert wird und Mehrausgaben auf der Zeitschiene mindestens ausgeglichen werden sollen. Solche Investitionen sind dann gut angelegt, wenn die durchschnittlichen Folgekosten der P4P-Patientengruppe niedriger bleiben als Folgekosten von qualitativ weniger hochwertig versorgten Patientengruppen und die anfänglichen Mehrausgaben die zukünftigen Einsparungen nicht übersteigen. Verstorbene Patienten, die keine weiteren Folgekosten auslösen, werden derzeit nur bei der Qualitätsbeurteilung berücksichtigt, ein ökonomisches Modell für den Einbezug in eine Folgekostenberechnung wäre zu diskutieren. Begleitend ist in einem solchen Vergütungsmodell eine ausreichende Risikoadjustierung notwendig, die eine Selektion besonders guter Risiken unterbindet. Den Überlegungen liegt ein Qualitätsbegriff zugrunde, der davon ausgeht, dass hohe Qualität bei bestimmten Eingriffen mit nachfolgend geringer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens korreliert.

10.3 Qualitätsdefinition im Zusammenhang mit einem P4P-Modell für Hüftendoprothesenimplantation im direktvertraglichen Kontext

Jeder Vorschlag zur Ermittlung besonders guter Qualität scheint erst einmal falsch und angreifbar. Für jede Interessenslage gibt es vermeintlich gute Argumente. Unter anderem auch, da es innerhalb der medizinischen Wissenschaft keinen Konsens zu dieser Frage gibt. Wird die Qualität über Einzelindikatoren in einem Qualitätsindikatorenset oder auch Qualitätsindex gemessen, gibt es kein einheitliches Verständnis für Interpretationen, sofern die Einzelindikatoren in unterschiedliche Richtungen zeigen. Weiterhin ist zu beachten, dass die meisten Ansätze bei der Qualitätssicherung nicht das Ziel hatten, besonders gute Leistungserbringung zu messen, sondern eher darauf abzielten, die Grenze zur nicht mehr tolerierbaren Qualität der Leistungserbringung zu beschreiben. So wird auch in der externen stationären Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht der Versuch unternommen, besonders gute Qualität von ausreichend guter Qualität abzugrenzen (Veit et al. 2009).

Die Überlegungen für das P4P-Modell zielen daher darauf ab, eine Qualitätsdefinition für Vergütungszwecke zu schaffen, die ohne bürokratische Neuerungen auskommt und ausreichend gute Qualität innerhalb einer Indikation (z. B. Behandlung eines Katarakts oder einer Hüftgelenksarthrose mittels Endoprothetik) abgrenzen kann. Gleichzeitig wird auch der Rahmen für die Höhe des Zuschlags aus der Qualitätsdefinition ungefähr ersichtlich. Maßstab der Versorgungsqualität sind unter ökonomischer Sicht die indikationsbezogenen Folgekosten für bestimmte Versorgungssituationen in einem festzulegenden Zeitintervall (z. B. Wiederaufnahmen, Revisionseingriffe, Komplikationen). Die Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung erfolgt über routinemäßig zur Verfügung stehende Daten mit dem QSR-Verfahren, das später genauer erläutert wird. Für die P4P-Vergütung werden allgemeinere Faktoren wie „Erhöhung der Pflegestufe im Folgejahr“ oder „Krankenhauskosten im Folgejahr“ betrachtet. Diese Parameter sind zwar für die Qualität der Leistungserbringung im engeren Sinn nicht unbedingt so aussagekräftig wie die indikationsbezogenen Folgekosten, haben aber sowohl für die allgemeine Lebensqualität als auch für die ökonomischen Rahmenbedingungen eines Vergütungszuschlags eine grundsätzliche Bedeutung. Es werden also die indikationsbezogenen Qualitätsparameter in einen Zusammenhang mit umfassenderen Messgrößen wie „Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres“ oder „Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen“ gestellt. Besteht ein Zusammenhang mit einer geringeren Kostenentwicklung in relevanten Bereichen oder der Gesamtkostenentwicklung einer Patientengruppe, könnte zu einem festzulegenden Prozentsatz eine Zusatzvergütung an den Leistungserbringer ausgezahlt werden; der restliche Teil verbleibt bei der entsprechenden Krankenkasse. Kosten aus dem ambulanten Versorgungsbereich und anderer Sozialleistungsträger werden derzeit nicht berücksichtigt. Insbesondere der Einbezug der Rehabilitation ist für weitere Analysen geplant. Kostenrechnungen aus dem vertragsärztlichen Bereich sind für Krankenkassen bis auf Weiteres aufgrund der Vergütungssystematik nicht sachgerecht möglich. In einem solchen Modell haben Leistungserbringer und Kostenträger naturgemäß keine ökonomischen Risiken,

weil die Zusatzvergütungen nur zur Auszahlung kommen, wenn die Einsparungen auch in der Realität nachweisbar sind und es sich nicht um vermutete Effekte oder in anderen Settings aufgetretene Ergebnisse handelt. Ebenso besteht eine gewisse Analogie zum DRG-System. Dieses P4P-Modell wird keine Einzelfallgerechtigkeit hervorrufen können – wie bei den DRGs ist dies auch nicht beabsichtigt. Allerdings sollen Krankenhäusern, die geringe indikationsspezifische Komplikationsraten haben, Anreize gegeben werden, durch Direktverträge gemeinsam mit den Kassen die Patientenzahl zu erhöhen, um an den ökonomischen Vorteilen von Zuschlägen für nachgewiesene gute Qualität zu partizipieren.

Dieser Ansatz ist mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Es stellt sich z. B. die Frage ob „Nichtinanspruchnahme des Gesundheitswesens“ immer zwingend mit guter Behandlungsqualität in Verbindung stehen muss. Dies ist als Dogma zunächst zu verneinen, aber die Nutzung der Nichtinanspruchnahme des Gesundheitswesens als Surrogatparameter hat eine erhebliche Bandbreite und Validität und ist vergleichsweise einfach zu erheben. Außerdem wird mit dem Qualitätsindikator Nichtinanspruchnahme des Gesundheitswesens die wichtige Frage der „validen Nachuntersuchung“ beantwortet. Es ist nämlich nicht mehr von Belang, ob der primär behandelnde Leistungserbringer die Bewertung seiner Qualität selbst durchführt oder ob zusätzliche Aufwände und Kosten durch Nachuntersuchungen von Dritten entstehen. Auch andere Qualitätsindikatoren sind hinsichtlich ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Beispielsweise ist nicht zweifelsfrei bewiesen, ob der Grad an Beweglichkeit nach Hüft-EP wirklich mit der Lebensqualität des Patienten positiv korreliert und ob diese Korrelation gute Qualität belegt.

Das generelle Problem, dass in einem P4P-System Patienten mit schlechter Prognose ggf. schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen haben, wird mit diesem Vorschlag im Übrigen genauso gut oder schlecht gelöst wie in allen Ansätzen, die gute Behandlungsqualität höher vergüten wollen als schlechte. Schon ganz grundsätzlich ist es eine Schwachstelle des DRG-Systems, dass Patienten mit erhöhter Komplikationswahrscheinlichkeit ökonomisch für Krankenhäuser mit Risiken behaftet sind oder aber auch zu einer höheren Vergütung führen. Aus methodischer Sicht kann es perspektivisch helfen, die Versorgungskosten nicht isoliert, sondern in Bezug auf die vorherige Inanspruchnahme zu betrachten. Dadurch kann vermieden werden, dass Eingriffe bei „Gesunden“ (Indikationsqualität) einen Leistungserbringer positiv mit Blick auf Folgekosten erscheinen lassen. Es kann erwartet werden, dass diese Art der intraindividuellen Risikoadjustierung – die Inanspruchnahme jedes Patienten vor dem Eingriff wird mit dessen Inanspruchnahme nach dem Eingriff verglichen – ggf. erheblich effektiver ist als die derzeit gängigen Verfahren zur Risikoadjustierung (Tannen et al 2009).

10.4 Konkretes P4P-Modell für Hüft-Endoprothesen unter Verwendung des QSR-Verfahrens

Nachfolgend wird ein Rahmen für ein P4P-Modell für Hüft-EP skizziert sowie die Datenlage und die methodischen Grundlagen erläutert. Basis des Modells ist das QSR-Verfahren der AOK für Hüft-EP. Voraussetzung für einen Vertrag ist, dass

das beteiligte Krankenhaus im QSR-Verfahren überdurchschnittlich abschneidet. Mit diesem Krankenhaus wird dann ein Direktvertrag abgeschlossen, mit den Zielen, die Patientenzahl des Krankenhauses zu steigern und bei gleichbleibend hoher Qualität im Bereich der Hüft-EP eine Zusatzvergütung zu zahlen. Bleibt das Krankenhaus im QSR-Verfahren überdurchschnittlich, wird in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Ausgabenentwicklung für die Bereiche „Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres“ und „Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen“ ein Vergütungszuschlag an das Krankenhaus gezahlt. Dieser Zuschlag wird zwar erst mit einem zeitlichen Verzug berechenbar, orientiert sich aber an vorher entstandenen Einsparungen und ist als Zuschlag für eine besonders gute indikationsbezogene Qualität zu verstehen.

10.4.1 QSR-Verfahren der AOK

Das QSR-Verfahren der AOK baut auf einem Projekt auf, in dem der AOK-Bundesverband, das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO), die Helios Kliniken und das Institut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) einen für Deutschland neuen Weg zur langfristigen Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Routinedaten beschritten haben (AOK-Bundesverband et al. 2007). Das in diesem Projekt entworfene QSR-Verfahren darf in Bezug auf Datengrundlagen und methodische Entwicklung eine Vorreiterrolle in Deutschland beanspruchen (Heller 2008).

Das QSR-Verfahren der AOK basiert auf anonymisierten bundesweiten Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für AOK-Patienten sowie den der AOK zur Verfügung stehenden Versichertenstammdaten mit einer mindestens zweijährigen Beobachtungszeit (siehe auch die Beschreibung zu den Datengrundlagen und Methoden in Abschnitt 10.4.3). Es hat mehrere Vorteile gegenüber studienbasierten oder Survey-Verfahren. Zum Beispiel ergibt sich ein deutlich geringerer Datenerhebungsaufwand gegenüber anderen Verfahren, in denen die Daten zumeist mit erheblichem zusätzlichem Dokumentationsaufwand erhoben werden müssen (z. B. für die externe Qualitätssicherung für Krankenhäuser des G-BA). Informationen wie der Tod eines Patienten außerhalb des zuerst behandelnden Krankenhauses stehen ohne jeglichen Mehraufwand aus den Versichertenstammdaten zur Verfügung. Der langfristige Beobachtungszeitraum ermöglicht über die reine Fallbetrachtung eines einzelnen Krankenhausaufenthaltes hinaus eine Längsschnittanalyse und macht so Ereignisse auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus (Startaufenthalt) grundsätzlich einem Patienten zuordenbar. Darüber hinaus kann man davon ausgehen, dass die Daten vollständig vorliegen, da sie aus dem Abrechnungsprozess entnommen werden. Komplikationen erhöhen derzeit zum Teil die Vergütung, sodass Krankenhäuser diese entsprechend dokumentieren. Dieses Verfahren lässt somit eine andere Bewertung der Ergebnisqualität als bisher zu.

Einzelne unerwünschte Ereignisse werden im QSR-Verfahren der AOK in sogenannten Indikatoren definiert. Operative Revisionen innerhalb eines Jahres nach dem Startereignis oder chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung sind Beispiele hierfür. Mit umfangreichen statistischen Verfahren werden die Bewertungen pro Indikator berechnet. Ein Indexwert (Gesamtbewertung), in dem alle Komplikationsereignisse aus den Einzelindikatoren gemeinsam berück-

sichtigt werden, wird ebenfalls aufwendig errechnet. Um hierbei einen fairen Vergleich von Krankenhäusern zu ermöglichen, wird eine Risikoadjustierung durchgeführt. Damit soll sichergestellt werden, dass nur gleichartige Behandlungsfälle miteinander verglichen werden und möglicherweise unterschiedliche Patientenkollektive keinen Einfluss auf das Bewertungsergebnis nehmen können. Eine methodisch wissenschaftlich untermauerte Einschätzung der Ergebnisqualität des einzelnen Krankenhauses für den jeweiligen Leistungsbereich im Abgleich mit allen diese Leistung erbringenden Krankenhäusern in Deutschland ist somit möglich. Die Qualität der Leistung wird nicht nur beschrieben, sondern bewertet und kann künftig als ein Baustein innerhalb der Vergütungssystematik Verwendung finden.

Die AOKs haben im April 2010 begonnen, QSR-Ergebnisse zur Behandlungsqualität für den hier diskutierten Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste im Internet öffentlich zugänglich zu machen. Dort sind zusätzliche Informationen zur langfristigen Qualität von Behandlungen für zwei weitere Leistungsbereiche einsehbar¹ (Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch und Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose)). Zum Jahresende 2010 werden diese Informationen bundesweit zur Verfügung gestellt sein, weitere Indikationen werden folgen.

10.4.2 Betrachtung indikationsbezogener und anderer Folgekosten bei Patienten mit Hüft-Endoprothesen

Im Folgenden wird dargestellt, dass die indikationsbezogenen Folgekosten bei Patienten, die in nach QSR-Verfahren überdurchschnittlichen Krankenhäusern behandelt wurden, sich erheblich von den Folgekosten bei Patienten unterscheiden, die in nach QSR-Verfahren unterdurchschnittlichen Krankenhäusern therapiert wurden. Anschließend wird empirisch analysiert, ob diese Effekte auch bei den globaleren Indikatoren „Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres“ und „Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen“ nachweisbar sind und somit eine Grundlage für die Ausgestaltung von Zuschlägen in P4P-Modellen besteht.

10.4.3 Datengrundlage und Methoden

Als Datengrundlagen dienen bundesweite Abrechnungsdaten gemäß Datenaustauschverfahren nach § 301 Abs. 1 SGB V von vollstationären AOK-Krankenhauspatienten. Dieser Datensatz umfasst Angaben zum Zeitraum der stationären Behandlung sowie die während des Aufenthalts kodierten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren. Die Rentenversicherungsnummer des Patienten wurde anonymisiert, sodass ein und dieselbe Person in verschiedenen Behandlungsereignissen reidentifizierbar ist, ohne dass die Identität der Person bekannt oder ermittelbar ist. Zusätzlich wurden weitere personenbezogene Informationen wie der Überlebens-

¹ Der Gesundheitsnavigator der AOK ist unter <http://www.aok-gesundheitsnavi.de> im Internet erreichbar. Hier stehen die Informationen zum QSR-Verfahren der AOK im Krankenhausnavigator zur Verfügung.

status und die Pflegeeinstufung nach dem SGB XI aus Versichertenstammdaten hinzugefügt. Für diese Auswertung wurden nur AOK-Versicherte berücksichtigt, bei denen im Zeitraum 2006 bis 2008 eine Hüftgelenks-Endoprothese implantiert wurde. Ausgeschlossen wurden Patienten, die bereits in den zwölf Monaten vor dem Gelenkersatz an der Hüfte operiert wurden. In einem Nachbetrachtungszeitraum von zwölf Monaten nach Gelenkersatz werden erneute Krankenhausbehandlungen dieser Patienten ausgewertet. Die individuellen Behandlungsverläufe werden somit durch den Vorjahresausschluss und das Ein-Jahres-Follow-up über zwei Jahre verfolgt. Krankenhäuser, die im Drei-Jahres-Zeitraum von 2006 bis 2008 insgesamt weniger als 30 Patienten im Leistungsbereich Hüft-EP behandelt haben, werden für die Qualitätsbewertung ausgeschlossen, da hier die Qualitätseinstufung nicht mit ausreichender statistischer Sicherheit erfolgen kann. (Zur Problematik der kleinen Fallzahlen siehe auch Heller et al. 2004 und Heller 2008). Diese Krankenhäuser werden jedoch für die Kostenbewertung mitberücksichtigt. In die Auswertung für den Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Koxarthrose“ wurden insgesamt 158 508 Fälle aus 1 180 Krankenhäusern einbezogen.

Als Aufgreifkriterien wurden die Diagnosen und Prozeduren verwendet, die in den BQS-Kriterien (Version 13.0 SR1) der externen stationären Qualitätssicherung für den Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Koxarthrose)“ definiert sind. Die BQS-Ausschlusskriterien wurden um folgende Diagnosen als Ausschlusskriterien ergänzt: Bösartige Neubildung des langen Knochens der unteren Extremität (ICD-10-GM: C40.2), Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens (ICD-10-GM: C79.5), Sonstige posttraumatische Arthrose des Hüftgelenkes (ICD-10-GM: M16.5) sowie Pathologische Fraktur der Beckenregion und des Oberschenkels (ICD-10-GM: M84.45).

Mithilfe anonymisierter Versichertenstammdaten können mögliche Komplikationsereignisse nach dem ursprünglichen Krankenhausaufenthalt identifiziert und mit dem Startereignis „Einsatz einer Hüft-EP“ verknüpft werden. Als mögliche Komplikationsereignisse werden Revisionen innerhalb eines Jahres nach dem Startereignis, chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, Thrombosen/Lungenembolien innerhalb von 90 Tagen, Oberschenkelfrakturen innerhalb von 90 Tagen und Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen betrachtet.

Bei den chirurgischen Komplikationen handelt es sich um einen Indikator, der sich aus den Diagnosen Luxation des Hüftgelenkes (ICD-10-GM: S73), Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate (ICD-10-GM: T84) und Komplikationen bei Eingriffen, an anderen Orten nicht klassifiziert (ICD-10-GM: T81) zusammensetzt.

Über Verlegungen zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern miteinander verbundene Aufenthalte werden in der vorliegenden Analyse zu sogenannten Startfällen zusammengeführt. Bei den Kosten wurden die Krankenhausrechnungsbeträge zu Lasten der AOK berücksichtigt.

Für die Bewertung der Krankenhäuser im QSR-Verfahren der AOK werden die standardisierten Mortalitäts- bzw. Morbiditätsratio-Werte (SMR-Werte) zu den Einzelindikatoren und in einem Indexwert für die Gesamtbewertung errechnet. Die Bewertungen überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Qualität sind anhand der Vertrauensbereiche der SMR-Werte beurteilt worden. Nicht nur der SMR-Wert alleine, sondern auch die Sicherheit der statistischen Aus-

sage wird hier berücksichtigt. Dabei gilt: Je kleiner der obere Grenzwert des Vertrauensbereichs ist, desto zuverlässiger ist statistisch gesehen das Ergebnis. Die 20 Prozent der Krankenhäuser mit den niedrigsten Obergrenzen des Vertrauensbereichs werden als überdurchschnittlich bewertet, da sie mit großer Sicherheit zu denen gehören, die überdurchschnittliche Qualität erbringen. Umgekehrt sind die 20 Prozent mit den höchsten Untergrenzen des Vertrauensbereichs die Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen. Alle übrigen Krankenhäuser werden als durchschnittlich bewertet. Die Gesamtbewertung ergibt sich hier nicht aus der Summe der Einzelbewertungen, sondern wird gesondert ohne Gewichtung der Einzelindikatoren berechnet.

Für die Berechnung der durchschnittlichen Komplikationskosten wurde jedes dokumentierte Vorkommen eines der oben genannten Indikatoren (z. B. Revision) gezählt. Dies gilt auch, wenn eine Person mehrere unterschiedliche Komplikationsereignisse hatte. Weil deshalb Mehrfachzählungen von Patienten vorkommen können, ergeben die Gesamt-Komplikationskosten nicht die Summe der indikatorspezifischen Komplikationskosten.

In die Gesamtkosten fließen die stationären Kosten für alle Ereignisse ein, die innerhalb eines Jahres nach dem Startfall zum Einsetzen einer Hüft-EP bei einem Versicherten aufgetreten sind. Die Kosten des Startfalls werden dabei mit berücksichtigt. Hierbei spielt es keine Rolle, ob der spätere stationäre Aufenthalt einen Bezug zur Hüft-EP hatte.

Weiterhin wurden die Pflegestufenzuordnungen der Versicherten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus für den Gelenkersatz (also vor Implantation der Hüft-EP) und 365 Tage nach diesem Datum betrachtet. Daraus wurden Änderungs-raten der Übergänge zwischen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit vor und ein Jahr nach der Operation ermittelt. Alle statistischen Analysen erfolgten mit Stata, Version 10.0 (StataCorp 2007).

10.5 Ergebnisse der Datenanalyse

10.5.1 Indikationsspezifische Folgekosten

Tabelle 10–1 stellt oben für alle 158 508 Startfälle die Anzahl und Kosten der einzelnen Komplikationen sowie deren Gesamtzahl und -kosten dar. Dabei zeigt sich, dass Revisionen mit 11 599,11 € pro Fall am teuersten sind und mit 2,41 % auch am häufigsten im Gesamtkollektiv vorkommen. Fast ebenso häufig waren chirurgische Komplikationen, jedoch mit geringeren Kosten. Thrombosen/Lungenembolien und Oberschenkelfrakturen treten deutlich seltener auf, wobei die Kosten der Thrombosen und Lungenembolien deutlich unter denen anderer Komplikationen liegen. Insgesamt ereignen sich Komplikationen mit einer Häufigkeit von 4,15 %, die Durchschnittskosten pro Komplikation betragen 8 526,00 €.

Vergleicht man nun die Ergebnisse der über- und unterdurchschnittlichen Krankenhäuser (Tabelle 10–1 Mitte und unten), kann zunächst festgestellt werden, dass die Reihenfolge von Häufigkeit und durchschnittlichen Fallkosten in beiden Subgruppen die gleiche ist wie im Gesamtkollektiv. Die einzelnen Komplikationen tre-

Tabelle 10–1

Indikationsspezifische Folgekosten

Qualitätsindikator	Durchschn. Kosten pro Komplikation in €	Anzahl Komplikationen	Komplikationsrate in Prozent
Alle Krankenhäuser			
Revision	11 599,11	3 817	2,41
Thrombose/Lungenembolie	3 153,70	782	0,49
Chirurgische Komplikationen	7 123,13	3 623	2,29
Oberschenkelfraktur	7 605,69	382	0,24
Gesamt*	8 526,00	6 577	4,15
alle Startfälle	n = 158 508		
Alle unterdurchschnittlichen Krankenhäuser			
Revision	12 106,47	887	3,41
Thrombose/Lungenembolie	3 397,37	157	0,6
Chirurgische Komplikationen	7 676,66	878	3,37
Oberschenkelfraktur	7 900,29	92	0,35
Gesamt	8 910,61	1 521	5,84
Alle Startfälle	n = 26 049		
Alle überdurchschnittlichen Krankenhäuser			
Revision	10 859,97	975	1,76
Thrombose/Lungenembolie	2 931,50	238	0,43
Chirurgische Komplikationen	6 612,75	842	1,52
Oberschenkelfraktur	8 341,76	81	0,15
Gesamt	7 998,11	1 670	3,02
Alle Startfälle	n = 55 293		

* mit Krankenhäusern ohne Qualitätseinstufung

ten in den überdurchschnittlichen Krankenhäusern seltener auf als bei den unterdurchschnittlichen Krankenhäusern (Beispiel Revision 1,76% zu 3,41%). Insgesamt ist die Komplikationshäufigkeit mit 3,02% in überdurchschnittlichen Krankenhäusern gegenüber 5,84% in unterdurchschnittlichen Krankenhäusern deutlich geringer. Dies gilt auch gegenüber dem Gesamtdurchschnitt der Komplikationshäufigkeit in allen Krankenhäusern von 4,15%.

Auf der Kostenebene zeigt sich, dass die durchschnittlichen Fallkosten bei den Revisionen, den chirurgischen Komplikationen und Thrombose/Lungenembolie bei den unterdurchschnittlichen Krankenhäusern über denen der überdurchschnittlichen Kliniken liegen. Bei den Oberschenkelfrakturen, die allerdings auch mit 0,15% bei den überdurchschnittlichen Krankenhäusern und 0,35% bei den unterdurchschnittlichen Krankenhäusern den geringsten Anteil an Komplikationen ausmachen, verhält es sich umgekehrt. Insgesamt liegen die durchschnittlichen Fall-

kosten für Komplikationen in den unterdurchschnittlichen Krankenhäusern mit 8910,61 € gegenüber den überdurchschnittlichen Krankenhäusern mit 7998,11 € deutlich höher. Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Fallkosten pro Komplikation ist allerdings zu bedenken, dass die Daten aus den Jahren 2006 bis 2008 stammen und daher krankenhausesindividuelle Basisfallwerte in die Berechnung eingegangen sind. Ggf. sollte in vertiefenden Analysen der effektive Casemix-Index verwendet werden, womit ggf. validere Aussagen zur Komplikationsschwere ermöglicht werden.

Da das QSR-Verfahren auf Indikatoren beruht, die hier für die Berechnung der indikationsbezogenen Folgekosten und -häufigkeiten herangezogen wurden, sind die Komplikationshäufigkeiten zumindest qualitativ zu erwarten gewesen. Die hohe Spannweite der Ergebnisse ist jedoch überraschend. Die durchschnittlichen Kostenunterschiede pro Komplikation zwischen über- und unterdurchschnittlichen Krankenhäusern sollten weiteren Analysen unterzogen werden, um Aussagen zu einem Zusammenhang zwischen Schwere und Häufigkeit von Komplikationen ableiten zu können.

10.5.2 Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres

Betrachtet man die durchschnittlichen Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres aller Fälle in allen Krankenhäusern, fällt zunächst auf, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten nicht besonders hoch sind, wenn man bedenkt, dass auch die Kosten des Startfalls berücksichtigt worden sind. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass eine große Anzahl von Fällen nur einen Startfall und keine weiteren stationären Folgeereignisse gehabt hat. Trotzdem belegen die Daten, dass auch die Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres nach der Hüft-EP in überdurchschnittlichen Krankenhäusern mit 8493,13 € pro Fall deutlich unterhalb des entsprechenden Wertes bei unterdurchschnittlichen Krankenhäusern von 10042,05 € liegen (Tabelle 10–2). Der Unterschied zwischen beiden Werten liegt je nach Betrachtungsweise zwischen 15 und 20 Prozent, sodass von einem erheblichen Kostenunterschied gesprochen werden kann. Bemerkenswert ist im Übrigen der Wert der durchschnittlichen Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres für Krankenhäuser mit weniger als 30 Fällen im Beobachtungsjahr, der mit 11 199,74 € noch erheblich über den entsprechenden

10

Tabelle 10–2

Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres aller Fälle aller Krankenhäuser

	Durchschnittliche Krankenhausgesamtkosten in €/Jahr	Anzahl Fälle
Fälle aus Krankenhäusern ohne Qualitätseinstufung, weil <30 Fälle	11 199,74	3 685
Fälle aus unterdurchschnittlichen Krankenhäusern	10 042,05	26 049
Fälle aus durchschnittlichen Krankenhäusern	9 111,58	73 481
Fälle aus überdurchschnittlichen Krankenhäusern	8 493,13	55 293
Gesamt	9 097,30	158 508

Tabelle 10–3

Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres aller Fälle der über- und unterdurchschnittlichen Krankenhäuser

Männer		
Überdurchschnittliche Krankenhäuser		
Altersgruppen	Durchschn. Krankenhausgesamtkosten in €/Jahr	Anzahl
51–64	7 988,96	5 741
65–79	8 906,69	11 887
80–89	10 234,36	1 467
>90	9 980,17	50
Männer		
Unterdurchschnittliche Krankenhäuser		
Altersgruppen	Durchschn. Krankenhausgesamtkosten in €/Jahr	Anzahl
51–64	9 405,16	2 680
65–79	10 541,18	5 530
80–89	10 226,94	777
>90	13 738,71	33
Frauen		
Überdurchschnittliche Krankenhäuser		
Altersgruppen	Durchschn. Krankenhausgesamtkosten in €/Jahr	Anzahl
51–64	7 818,05	5 844
65–79	8 419,60	21 081
80–89	9 236,24	5 292
>90	9 827,92	179
Frauen		
Unterdurchschnittliche Krankenhäuser		
Altersgruppen	Durchschn. Krankenhausgesamtkosten in €/Jahr	Anzahl
51–64	8 818,07	2 638
65–79	9 920,06	9 692
80–89	11 266,09	2 710
>90	12 140,52	154

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Werten der unterdurchschnittlichen Krankenhäuser liegt. Die geringen Fallzahlen und mögliche Inhomogenitäten innerhalb dieser Gruppe schränken eine seriöse Bewertung zwar ein, dennoch könnte man darin einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Volumen und Outcome sehen. Ob dies ein Anlass für eine vorgegebene Mindestmenge sein könnte, müsste weiter analysiert werden.

Tabelle 10–3 schlüsselt die Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres aller Fälle in über- und unterdurchschnittlichen Krankenhäusern nach Geschlecht auf. Bei den Frauen zeigt sich, dass in jeder Altersgruppe ausnahmslos die Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres in unterdurchschnittlichen Krankenhäusern höher lagen als in den überdurchschnittlichen Krankenhäusern. Bei den Männern zeigt sich ein

fast identisches Bild, mit Ausnahme der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen: Hier liegen die Kosten in den überdurchschnittlichen Krankenhäusern geringfügig über denen in einem unterdurchschnittlichen Krankenhaus. Dieses Phänomen könnte sich ggf. daraus ergeben haben, dass wenige Startfälle mit besonders hohen Folgekosten gegenüber der anderen Gruppe die Mittelwertberechnung entsprechend beeinflussen. Diese grundsätzlich gleichmäßige Kostenverteilung über die Altersgruppen hinweg kann als ein Hinweis gedeutet werden, dass die allgemeinen Kostenunterschiede für die Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres nicht nur in bestimmten Subgruppen auftreten.

10.5.3 Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen

Tabelle 10–4 zeigt die Veränderungen bei der Pflegestufenzuordnung aller Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme vor der Hüft-EP und 365 Tage nach dem Startfall. Außerdem werden die 1 083 verstorbenen Patienten ausgewiesen. Ein Jahr nach der Hüft-TEP sind 91,57 % der Patienten im Startfall ohne Pflegestufe, vor der Krankenhausaufnahme waren es 94,53 %. Betrachtet man nun speziell die Erhöhung der Pflegestufe über alle Krankenhäuser, so ergibt sich eine Rate von 4,25 %. Bei insgesamt 6 743 von 158 508 Startfällen wurde eine Erhöhung der Pflegestufe dokumentiert. Nähere Informationen zu der Erhöhung der Pflegestufe nach Qualitätseinstufung der Krankenhäuser enthält Tabelle 10–5.

In einem unterdurchschnittlichen Krankenhaus liegt die Erhöhung der Pflegestufe zwischen Startaufenthalt und einem Jahr später bei 5,42 %, während nur bei 3,02 % der Patienten der überdurchschnittlichen Krankenhäuser eine Erhöhung festzustellen ist. Auffällig ist auch hier wieder das Ergebnis bei denjenigen Kran-

Tabelle 10–4

Pflegestufen aller Patienten in allen Krankenhäusern bei Aufnahme zur Hüft-Endoprothesen-Implantation und ein Jahr danach

Pflegestufe am Aufnahmetag	Anzahl	Prozent
ohne Pflegestufe	149 832	94,53
Pflegestufe 1	6 625	4,18
Pflegestufe 2	1 885	1,19
Pflegestufe 3	166	0,11
Gesamt	158 508	100,00
Pflegestufe 365 Tage nach Startfall Hüft-TEP	Anzahl	Prozent
ohne Pflegestufe	145 152	91,57
Pflegestufe 1	9 096	5,74
Pflegestufe 2	2 846	1,81
Pflegestufe 3	331	0,21
inzwischen verstorben	1 083	0,68
Gesamt	158 508	100,00

Tabelle 10–5

Erhöhung der Pflegestufe nach Krankenhaus-Qualitätseinstufung

	Fälle mit Erhöhung der Pflegestufe	Gesamtanzahl Fälle	Erhöhung der Pflegestufe in Prozent
Fälle aus Krankenhäusern ohne Qualitätseinstufung, weil < 30 Fälle	369	3 685	10,01
Fälle aus unterdurchschnittlichen Krankenhäusern	1 412	26 049	5,42
Fälle aus durchschnittlichen Krankenhäusern	3 294	73 481	4,48
Fälle aus überdurchschnittlichen Krankenhäusern	1 668	55 293	3,02
Gesamt	6 743	158 508	4,25

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

kenhäusern, die aufgrund ihrer geringen Fallzahlen ohne Qualitätseinstufung blieben. Tabelle 10–6 gibt einen differenzierteren Einblick in die jeweils einstufige Pflegestufenerhöhung.

Betrachtet man nun die unterschiedlichen prozentualen Erhöhungshäufigkeiten, fällt auf, dass sie in allen Segmenten in den überdurchschnittlichen Krankenhäusern deutlich unterhalb der unterdurchschnittlichen Krankenhäuser liegen. Insgesamt kann also zwischen der Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen und der Einstufung von Krankenhäusern im QSR-Verfahren ein Zusammenhang gesehen werden. Vergewärtigt man sich die Kosten der Pflegeversicherung, kann hier ein weiteres

10

Tabelle 10–6

Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen

Pflegestufen-Erhö- fung von „keine Pflege- stufe“ auf Stufe 1 ein Jahr nach dem Startfall	In unterdurchschnittlichen Krankenhäusern		In überdurchschnittlichen Krankenhäusern	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	777	2,98	1 082	1,96
Nein	25 272	97,02	54 211	98,04
Gesamt	26 049	100,00	55 293	100,00
Pflegestufen-Erhö- fung von Stufe 1 auf Stufe 2 ein Jahr nach Startfall	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	129	0,50	152	0,27
Nein	25 920	99,50	55 141	99,73
Gesamt	26 049	100,00	55 293	100,00
Pflegestufen-Erhö- fung von Stufe 2 auf Stufe 3 ein Jahr nach Startfall	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	14	0,05	13	0,02
Nein	26 035	99,95	55 280	99,98
Gesamt	26 049	100,00	55 293	100,00

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

Element für eine P4P-Vergütung gefunden werden, auch wenn es aufgrund des Finanzausgleichs in der Pflegeversicherung schwierig ist, die Einsparung zu berechnen.

10.6 Fazit

P4P kann für ausgewählte Indikationen eine Methode sein, mit der Qualitätselemente zu Vergütungsbestandteilen werden können. In der näheren Zukunft wird dies aller Wahrscheinlichkeit nach nur im Rahmen von Direktverträgen realisierbar sein, auch weil die Thematik für gesetzliche Maßnahmen noch nicht ausreichend untersucht ist. Am Beispiel der Hüft-EP zeigt sich, dass bei Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Ergebnissen im QSR-Verfahren zwischen indikationsbezogenen Qualitätsergebnissen einerseits und den Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres sowie der Erhöhungshäufigkeit von Pflegestufen andererseits ein nachweisbarer Zusammenhang besteht. Zur Erhärtung dieser Annahmen sollten weitere statistische Analysen durchgeführt werden. Aus den Daten lassen sich Berechnungen für Qualitätszuschläge im Rahmen von Direktverträgen ableiten, die innovative Krankenkassen und Krankenhäuser weiterentwickeln müssen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterentwicklung von P4P auf diesen Grundlagen ist neben der ausreichenden Risikoadjustierung des QSR-Verfahrens vor allem ein konstruktiver Umgang der Vertragspartner miteinander. Neben der Endoprothetik mag es durchaus weitere Bereiche geben, in denen P4P-Ansätze erprobt werden können – zum jetzigen Zeitpunkt ist aber davon auszugehen, dass ein erheblicher Entwicklungsaufwand zu leisten ist. Außerdem dürfte die Anzahl möglicher Indikationen für diese Art von P4P ausgesprochen begrenzt sein, weil nur bei größeren und auch ausreichend häufigen Eingriffen relevante Einsparmöglichkeiten und damit auch Spielräume für Zusatzvergütungen entstehen. Im vertragsärztlichen Sektor behindert das aktuelle kollektivvertragliche Vergütungssystem die Einführung zuschlagsbasierter P4P-Modelle aus Kassensicht, schon weil dies nur zu Mehrausgaben führen würde – insofern sind Zu- und Abschlagsmodelle innerhalb der Gesamtvergütung, wie sie teilweise die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns anwendet, eine andere, an die Bedingungen des vertragsärztlichen Bereichs angepasste Form von P4P.

10.7 Literatur

- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), Helios Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO) (Hrsg). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn 2007. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf (4. Oktober 2010).
- Cannon MF. Pay-for-performance: is Medicare a good candidate? *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* 2006; 7: 1–38.

- Frölich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A Behavioral Model of Clinician Responses to Incentives to Improve Quality. *Health Policy* 2007; 80: 179–93.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Vereinbarung des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung) vom 20. Dezember 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 1373, in Kraft getreten am 20. Dezember 2005, zuletzt geändert am 17. Dezember 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, S. 4582, in Kraft getreten am 1. Januar 2010. Siegburg 2005.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Kinderonkologie) vom 16. Mai 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 4997, in Kraft getreten am 1. Januar 2007, zuletzt geändert am 17. Dezember 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, S. 4579, in Kraft getreten am 1. Januar 2010. Siegburg 2006.
- Heller G, Swart E, Mansky T. Qualitätsanalysen mit Routinedaten. Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2003*. Stuttgart: Schattauer 2004; 271–88.
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2008; 51: 1173–82.
- KV Bayern. Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“, Ultraschall in der Schwangerschaft („SonoBaby“). Programm der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. <http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de> (11. September 2010). 2010a.
- KV Bayern. Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“. E-Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge. <http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de> (11. September 2010). 2010b.
- Munte A. Qualität – Ein Maß für die Honorierung, Beitrag von Dr. Axel Munte, Kassenärztliche Vereinigung Bayern im Rahmen des 5. Kongress „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand - zum Wohle der Patienten“ Düsseldorf: IQN-Kongress, 17. April 2010; <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6817> (11. September 2010).
- StataCorp 2007. *Stata Statistical Software: Release 10*. College Station, TX: StataCorp LP.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Band I und II. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Tannen RL, Weiner MG, Xie D. Use of primary care electronic medical record database in drug efficacy research on cardiovascular outcomes: comparison of database and randomised controlled trial finding. *BMJ* 2009; 338: b81.
- Veit C, Bauer J, Döbler K, Fischer B (Hrsg). *Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2008*. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) 2009.

Teil II

Zur Diskussion

(Kapitel 11–15)

This page intentionally left blank

11 Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen

Günter Neubauer, Andreas Beivers und Dieter Paffrath

Abstract

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems hat die Leistungstransparenz in Krankenhäusern deutlich gesteigert. Die gewünschten Effekte auf die Krankenhausverweildauern sind eingetreten. Völlig ausgeblendet bleibt jedoch die Lenkungsfunktion der Preise. Die Etablierung des DRG-Systems als Festpreissystem, wie im KHRG vorgesehen, führt nicht nur zu festen, sondern auch zu deutschlandweit einheitlichen Preisen innerhalb eines Basisfallwertkorridors. Im Ergebnis wird durch den Verzicht auf Preissteuerung eine Fehlallokation knapper Ressourcen hingenommen. Der verstärkt zu beobachtende Innovationswettbewerb zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, der zu einer Doppelvorhaltung von Kapazitäten führt, ist hierfür ein gutes Beispiel. Dies verdeutlicht, dass die Festsetzung von Einheitspreisen keinen Fortschritt bringt, sondern im Gegenteil zu einem Effizienzverlust führt. Denn wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, lenkt die knappen Ressourcen in Unter-, Über- oder Fehlversorgung. In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht besteht daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen. Wenn überhaupt staatliche Preisvorgaben Anwendung finden sollen, dann sollten diese als Richtpreise ausgestaltet werden. Der immer wieder geforderte Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb wird daher auf Dauer keinen Erfolg aufweisen, denn der Wettbewerb ist unteilbar! Ziel muss ein Preis-Leistungs-Wettbewerb sein unter Mitwirkung der Patienten und Versicherten.

The introduction of the DRG system has significantly increased the transparency of hospital performance. While the desired effects on the length of stay did come about, the steering function on the prices is lacking completely. The establishment of the DRG system as a fixed price system, as envisaged in the KHRG, leads not only to fixed, but also to Germany-wide uniform prices within a base rate corridor. The result of the omission of price control is a misallocation of scarce resources. The observed increased innovation competition between hospitals on different levels of care, leading to a double provision of capacities is a good example. It shows that setting uniform prices is no progress, but on the contrary leads to a loss of efficiency. After all, to pay the same amount for unequal benefits means steering scarce resources towards under-, over- or inappropriate supply. In a dynamic environment, uniform prices can only be fixed due to federal regulations. Therefore, from a regulatory point of view there is a need for differentiated prices which take into account the location, availability,

quality and volume of the performance. If government price limits are to be applied at all, then they should be designed as guidance only. The often required quality competition without price competition will therefore not be successful in the long run, because competition is indivisible! Instead, a price-performance competition with the participation of patients and insureds is needed.

11.1 Ausgangslage: Qualitäts- und Preiswettbewerb sind unteilbar

In einer Marktwirtschaft funktioniert der Wettbewerb über das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage und deren Ausgleich über den Preismechanismus. In fast allen Gesundheitssystemen wird jedoch die Preisbildung für Gesundheitsleistungen vom Staat mehr oder weniger reguliert. Dahinter steht die Vorstellung, dass Patienten im Krankheitsfalle weder über genügend Markttransparenz noch über Konsumentenouveränität verfügen sollen. Beide Gründe haben dazu geführt, dass die Staaten in unterschiedlicher Intensität in die Preisbildung eingreifen (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). In Deutschland erfolgt dies auf allen Ebenen relativ massiv.

Das deutsche Gesundheitswesen ist somit hochgradig reguliert (vgl. Neubauer 2003). Es wird sowohl auf der Leistungserbringungs- wie auch auf der Nachfragerseite durch strikte Planungs- und Vergütungsvorgaben eingegriffen. Im Krankenhauswesen sind dies vor allem die staatliche Investitionslenkung über Krankenhauspläne und staatliche Fördermittel sowie staatlich regulierte landes- bzw. bundeseinheitliche Preise in Form von Basisfallwerten.

Insbesondere das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 verstärkt die staatliche Regulierung in Richtung bundesweiter Einheitspreise (vgl. Neubauer und Beivers 2010). So ist im Krankenhaussektor durch noch landeseinheitliche und bald auch bundeseinheitliche Vergütungen im DRG-System kaum Preiswettbewerb möglich, solange die neue Bundesregierung kein neues Reformgesetz beschließt und das KHRG unverändert umgesetzt wird.

Durch diese strikte Regulierung wird somit fast gänzlich auf die Steuerungsfunktion des Preiswettbewerbs verzichtet und lediglich der u. a. von der deutschen Krankenhausgesellschaft geforderte Qualitätswettbewerb um die Patienten zugelassen. In der Gesundheitsversorgung, aber auch in anderen Lebensbereichen, werden Preisen jedoch zwei wichtige Funktionen zugeordnet: Zum einen die Funktion der Finanzierung der bedarfsnotwendigen Leistungsanbieter, zum anderen die Funktion der Steuerung der knappen Ressourcen in die effizientesten Verwendungen. Bei „fixierten Einheitspreisen“ stellt sich jedoch für jeden Ökonomen die Frage nach der Anreizfunktion für die Herstellung höchstmöglicher Qualität.

Die Option für eine wettbewerbliche Ausgestaltung der Preise darf aber nicht Preis- oder Qualitätswettbewerb lauten, sondern muss Qualitäts- **und** Preiswettbewerb heißen. Nur so kann letztlich dann jeder Akteur seine vorteilhafteste Strategie wählen. Qualität und Preis sind unteilbar.

Es kann zwar beobachtet werden, dass viele Krankenhäuser und auch die Ärzte den so genannten Qualitätswettbewerb bevorzugen, doch muss dabei deutlich gemacht werden, dass es letztlich im Wettbewerb immer um einen Preis-Leistungs-

Wettbewerb geht. In diesem Zusammenhang sollte berücksichtigt werden, dass Qualitätswettbewerb dazu führt, dass Leistungsanbieter, die eine weniger spektakuläre Behandlungsqualität anbieten können, wie z. B. die kleineren, v. a. ländlichen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, in einem Qualitätswettbewerb die Verlierer sein werden. Für sie ist ein Preiswettbewerb der bessere Weg, worauf wir im Folgenden noch detaillierter eingehen werden.

Um eine für den Bürger bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, sehen wir in der Einführung eines geregelten Preiswettbewerbs¹ – für die Kostenträger ebenso wie für die Patienten selbst – eine elementare Steuerungsfunktion, die dazu beitragen kann ein optimales Ergebnis zu erzielen. Im heutigen System haben die Krankenkassen kaum die Möglichkeit, individuelle Verträge mit den Krankenhäusern zu schließen und eigene Konditionen für ihre Versicherten – abweichend von den landeseinheitlichen bzw. bundeseinheitlichen Vorgaben – zu vereinbaren.²

Aufgrund von staatlich regulierten Einheitspreisen haben viele Leistungserbringer kaum einen direkten Anreiz, die bestmögliche Qualität sicherzustellen, da sich die Ergebnisqualität der erstellten Leistung nicht auf ihre Vergütung auswirkt. So hat das in Deutschland ausgestaltete DRG-System³ den Nachteil, dass für die Krankenhäuser lediglich die Prozessqualität im Mittelpunkt steht, um mit den kalkulierten Fallpauschalen den Behandlungsprozess finanzieren zu können (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). Auf die Ergebnisqualität wird dabei kein Bezug genommen.

Deshalb ist es angebracht, die Herstellung der Qualität auch über Vergütungsanreize zu steuern, um für die Krankenhäuser einen direkten monetären Anreiz zu schaffen. In anderen Ländern, wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, wird die Steuerungsfunktion der Vergütungsanreize bereits seit mehreren Jahren vermehrt genutzt und mit dem Begriff „pay for performance“ beschrieben (vgl. Lindenauer et al. 2007).

Eine direkte Steuerung der Qualität über Vergütungsanreize impliziert jedoch, dass sich die Ergebnisqualität erfassen, messen und bewerten lässt, um dann von den Kostenträgern über entsprechende Entgelte entweder belohnt oder bestraft zu werden (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). Abbildung 11–1 veranschaulicht die angedachte Vorgehensweise.

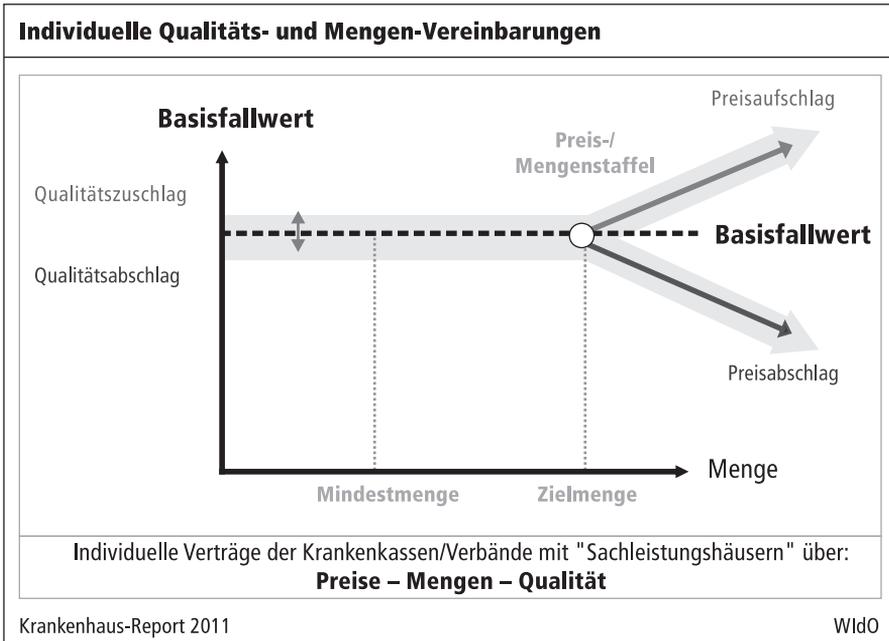
Es bleibt anzumerken, dass der vorliegende Beitrag in erster Linie eine ordnungspolitisch-theoretische Betrachtung der zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhausvergütung vornimmt und hierbei die Möglichkeiten der preislichen Steuerung disku-

1 Mit reguliertem Preiswettbewerb ist gemeint, dass die Preise nicht vollkommen flexibel zu verhandeln sind, sondern beispielsweise innerhalb von Preiskorridoren, die jedoch einen größeren Spielraum haben als die im KHRG vorgesehenen Preiskorridore der Bundesbasisfallwerte

2 Auf die einzelnen Möglichkeiten und die aktuelle Diskussion über die Möglichkeiten der selektivvertraglichen Versorgung wird im Folgenden nicht weiter eingegangen. Für eine detaillierte Untersuchung des Sachverhalts siehe u. a. Albrecht et al. (2010).

3 Welches auf Durchschnittskosten kalkuliert wird, sogenannte „kostenorientierte Inputvergütung“ (vgl. Neubauer und Beivers 2008a).

Abbildung 11–1



tiert. Eine empirische Validierung sowie die Berücksichtigung der sich ergebenden Effekte auf die Versorgungssicherheit⁴ werden hierbei nicht näher beleuchtet.

11.2 Status quo: Qualitätswettbewerb bei Einheitspreisen

Der in Deutschland im Durchschnitt zu beobachtende und immer wieder heftig diskutierte Bettenüberhang, der sich – gerade im internationalem Vergleich – in einer Überkapazität an Krankenhausbetten je 1000 Einwohnern ausdrückt, führte und führt bei den Krankenhäusern zu einem intensiven Wettbewerb um Patienten. Dieser Wettbewerb wird jedoch vor dem Hintergrund staatlich regulierter Einheitspreise, der auf einen staatlich gewollten Qualitätswettbewerb um die Patienten abzielt, vor allem wie folgt umgesetzt:

Die Krankenhäuser versuchen durch einen sogenannten Innovationswettbewerb, d.h. die Vorhaltung von Spezialzentren oder neuer medizinisch-technischer Ausstattung, die zur Attraktivität des Standortes beitragen sollen, eine Steigerung

⁴ Wie jedoch Untersuchungen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (vgl. Pütz und Spangenberg 2006) sowie von Lauterbach und Lungen (2003) zeigen, weist die deutsche Krankenhausversorgung aus dem Aspekt der Standortoptimierung und somit der Versorgungssicherheit im Status quo hohe Kapazitäten und Rationalisierungsreserven auf.

der Patientenfallzahlen zu generieren. Dies unterstützt die Wahlmöglichkeiten der Patienten und zwingt vor allem kleinere, apparativ schlechter ausgestattete Krankenhäuser „nachzurüsten“. Dabei ist der Wettbewerb deswegen so intensiv, weil bereits wenige Prozente der Patientenabwanderung ein Krankenhaus in seiner Wirtschaftlichkeit gefährden (vgl. Neubauer und Beivers 2008a).

Da Patienten qualitätsorientiert und nicht direkt an den Kosten beteiligt sind, ist ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten bereit, ein besser ausgestattetes Haus mit evtl. höherer Versorgungsstufe aufzusuchen, auch wenn ein kostengünstigeres Krankenhaus mit niedrigerer Ausstattungsqualität und Versorgungsstufe schneller verfügbar wäre, wie auch empirische Untersuchungen anhand von AOK-Patientenfällen am Beispiel der Hüft-TEPs ergeben haben (vgl. Friedrich und Beivers 2009). Neben dem Effekt, dass die Krankenhaus(hierarchie)planung damit ausgehöhlt wird, kommt es so zu einer teuren Vorhaltung von Doppelkapazitäten, weil die kleineren Krankenhäuser versuchen, durch einen Ausbau ihrer Infrastruktur im Konkurrenzkampf mit den spezialisierten Krankenhäusern mithalten zu können (vgl. Neubauer 2006). Dies zeigt, dass ein reiner Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb tendenziell zu Mehrkosten und nicht zu den erhofften Einsparungen führt und schrittweise Krankenhäuser der Regelversorgung verdrängt.

Eine wettbewerbliche Steuerungsfunktion über Preise bedarf jedoch einer grundlegenden Reformierung der derzeitigen Vergütung. Ermöglicht man eine geregelte Preissteuerung, so gibt es prinzipiell zwei Akteure, über die der Preis seine Steuerungswirkung entfalten kann: Zum einen sind dies die sogenannten Kostenträger, also die Krankenversicherungen, die versuchen, gute Vertragsabschlüsse mit den Krankenhäusern zu erzielen, und zum anderen die Leistungsempfänger, also die Patienten.⁵

Verglichen mit der heutigen Situation würde eine geregelte Preisflexibilität dazu führen, dass die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich kalkulierte Preise⁶ hätten. Dadurch würden zum einen die Höhe des Preises für die Krankenkassen, aber auch für die Patienten – erst recht wenn diese prozentuale Zuzahlungen leisten müssten – und zum anderen die Preiselastizität, die im heutigen System kaum eine Rolle spielt⁷, eine neue bedeutende Steuerungsrolle für die Beurteilung eines Krankenhauses erhalten. Niedrigere Preise einzelner Krankenhäuser könnten dann dazu führen, dass diese mehr Verträge mit den Kostenträgern abschließen könnten, während höhere Preise – ohne eine nachweislich signifikant höhere Behandlungsqualität – eine gewisse prohibitive Wirkung hätten (vgl. Neubauer, 2006).

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems hat unbestreitbar die Leistungstransparenz in Krankenhäusern gesteigert. Völlig ausgeblendet bleiben die Preise der Leistungen bzw. die Vergütungen der Krankenhäuser, die bei der Durchführung eines entsprechenden Falles abgerechnet werden. Selbst bei landes-

5 Voraussetzung dafür ist, dass die Patienten an den Kosten der Leistungserstellung prozentual beteiligt sind, beispielsweise über Zuzahlungstarife oder über Selbstbeteiligungstarife in ihrem Versicherungsvertrag, wie es das GWK-WSG aus dem Jahr 2007 auch zulässt.

6 Beispielsweise ausgedrückt in unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisfallwerten.

7 Für das Vorgehen bei der empirischen Analyse der Preisreagibilität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche speziellen Probleme sich dabei ergeben und zu welchen Ergebnissen man kommt, siehe u. a. Graf Schulenburg und Greiner (2007).

weiten Einheitspreisen ergäbe sich eine psychologisch wichtige Transparenzfunktion, wenn den Patienten die Preise der erhaltenen Leistungen bekannt gemacht würden.

Zielführender ist es jedoch, wenn bei flexiblen Preisen die Patienten in die Bewertung des Preis-Leistungs-Verhältnisses eines Krankenhauses direkt eingebunden werden. Ob die Patienten nur die hohe Versorgungsqualität schätzen und nicht auch preisgünstigere Versorgungsformen haben wollen, wird in der derzeitigen Qualitätsdiskussion vollkommen ausgeblendet. (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

11.3 Der Irrweg des einheitlichen Bundesbasisfallwerts

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2000 den Grundstein für die bundesweite Einführung des DRG-Systems gelegt. Seit 2005 wurden im Rahmen einer Konvergenzphase die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die jeweiligen Landesbasisfallwerte angeglichen. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahr 2009 sieht nun eine „schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder“ innerhalb eines „einheitlichen Basisfallwertkorridors in Höhe von +2,5 Prozent bis –1,25 Prozent“ vor. [...] „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen“ (vgl. § 10 Abs. 6 KHRG). Die Einführung des bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors bedarf jedoch – wie bereits angesprochen – der kritischen Betrachtung. Von Befürwortern eines Bundesbasisfallwerts wird häufig das Argument „gleiche Preise für gleiche Leistungen“ angeführt. Allerdings zeigen die heute unterschiedlichen Landesbasisfallwerte, dass erhebliche strukturelle Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen und somit nicht von gleichen Leistungen gesprochen werden kann.

Generell können staatliche Einheitspreise als Mindest-, Höchst- oder Richtpreise ausgestaltet werden. Aus Sicht der Bundesländer trägt die Einführung von Mindestpreisen zu einem Schutz der Anbieter, d. h. in diesem Fall der Krankenhäuser, bei. Aus der Perspektive des Bundes bzw. des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassen betrachtet, könnte eine Ausgestaltung des Bundesbasisfallwerts in Form eines Höchstpreises als Schutz für die Beitragszahler dienen. Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass eine Festlegung von Einheitspreisen stets mit wirtschafts- und sozialpolitischen Zielen des Staates verbunden ist, die dem demokratischen Wahlzyklus und den jeweiligen dominanten politischen Interessen unterliegen.

Der Staat nimmt dem Preis, d. h. dem Basisfallwert, die Funktion, die Knappheit anzuzeigen, und gibt der sozialpolitischen Funktion einer einheitlichen Vergütung den Vorrang – auch bei unterschiedlichen Versorgungsbedingungen. Damit wird ein wichtiger Bereich wie die Krankenhausversorgung dem politischen Willen untergeordnet und einer wettbewerblichen Preisbildung weitgehend entzogen.

Aus der Preistheorie lässt sich daraus ableiten, dass dort, wo der Festpreis zu hoch ist, die Anbieter in eine Art Konditionenwettbewerb treten. Solche Konditi-

onen können sich entweder als Rabatte auf die Festpreise auswirken oder nicht-preisliche Serviceleistungen für die Patienten sein. In den Gebieten aber, in denen der Festpreis zu niedrig ist, werden Krankenhäuser zunächst Wartezeiten aufbauen, da sie zu diesen Preisen nicht bereit sind, das Angebot auszudehnen. Gleichzeitig werden zum einen Leistungserbringer ausscheiden und sich zum anderen zusammenschließen, um Kosten zu senken und Marktmacht aufzubauen (vgl. Neubauer und Pfister 2008). Im Ergebnis können wir feststellen, dass sich nationale Einheitspreise nirgendwo als Gleichgewichtspreise einpendeln, sondern zu einer Fehlallokation führen. In Deutschland versucht man dies dadurch zu kompensieren, dass die Festpreise gemäß festgestellter regionaler Kostendifferenzen und Versorgungsunterschiede variiert werden. Es kommt letztlich zu staatlichen Lenkungspreisen, wie sie in Planwirtschaften üblich sind.

Dies verdeutlicht, dass die Festsetzung von Einheitspreisen keinen Fortschritt bringt, sondern im Gegenteil zu einem Effizienzverlust führen kann. Denn wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, nimmt eine ineffiziente Allokation der knappen Ressourcen in Kauf und verstärkt die in Deutschland zum Teil existierende Unter-, Über- oder Fehlversorgung, die auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 attestiert (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht sehen wir daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen.

Generell ist nur eine flexible Preisgestaltung effizient. Wenn überhaupt staatliche Ordnungspreise Anwendung finden sollen, dann sollten diese als Richtpreise ausgestaltet werden. Deshalb ist bereits die Festlegung von landeseinheitlichen Basisfallwerten nicht sinnvoll und abzulehnen. Ein Bundesbasisfallwert potenziert die genannten Probleme, da die Vergütung für ein deutlich größeres Gebiet vereinheitlicht wird. Um nicht lediglich bei einer Ablehnung von staatlichen Ordnungspreisen zu bleiben, zeigen wir im Folgenden wettbewerbliche Alternativen und deren mögliche Umsetzungsschritte auf.

1. Festpreise mit +/-10 %-Schwankungsbreite als Minimallösung

Sollte tatsächlich ein staatlicher Einheitspreis festgelegt werden, so ist es notwendig, eine ausgedehnte Schwankungsbreite zuzulassen. Ein Korridor von etwa +/-5% würde den Akteuren, d.h. Krankenhäusern und Krankenkassen, einen ausreichenden Spielraum lassen. Die Schwankungsbreite sollte zumindest so groß gewählt werden, wie die Versorgungsunterschiede zwischen einzelnen Regionen bzw. Bundesländern sind.

2. Richtpreise als Orientierungsgröße als Übergangslösung

Ein Bundesbasisfallwert sollte weder als Höchst- noch als Mindestpreis ausgestaltet werden, sondern als Richtwert für den Wettbewerbsprozess dienen. Um kleine Krankenhäuser und kleine Krankenkassen zu schützen, sollte der Richtpreis als vereinbart gelten, wenn keine eigenständigen Verhandlungen durchgeführt werden. Will man schwierige Diskussionen über „Gewinner-“ und „Verlierer-Bundesländer“ mit der gefährlichen Tendenz weiterer Kostensteigerungen vermeiden, kann

man es auch beim Status quo unterschiedlicher Landesbasisfallwerte als Richtwerte belassen.

3. Freie Preisbildung als Optimallösung

Auf lange Sicht sollte in der Krankenhausversorgung ein Preis-Leistungs-Wettbewerb mit individuellen Verträgen ohne Kontrahierungszwang ermöglicht werden. Der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt sollte (möglichst unter Einbeziehung der Patienten) auf dem Leistungsmarkt stattfinden. Im Rahmen einer rein wettbewerblich orientierten Alternative mit Verhandlungen auf Ebene von einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausgruppen und Krankenkassengruppen bzw. einzelnen Krankenkassen wird kein einheitlicher Basisfallwert zur Orientierung benötigt. Es können sich dann aufgrund der Verhandlungen für einzelne Krankenhäuser nach Krankenkassen differenzierte Basisfallwerte ergeben (vgl. Neubauer 2008).

Es bleibt zu hoffen, dass die neue Bundesregierung die geplante Entwicklungen, wie sie das KHRG vorsehen, nicht in dieser Form umsetzt und einige der genannten Alternativen bzw. Varianten zum einheitlichen Basisfallwertkorridor realisiert. Zumindest der Koalitionsvertrag scheint hier Hoffnung zu machen: „Das DRG-System begreifen wir als lernendes System. [...] Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt“ (vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 2009).

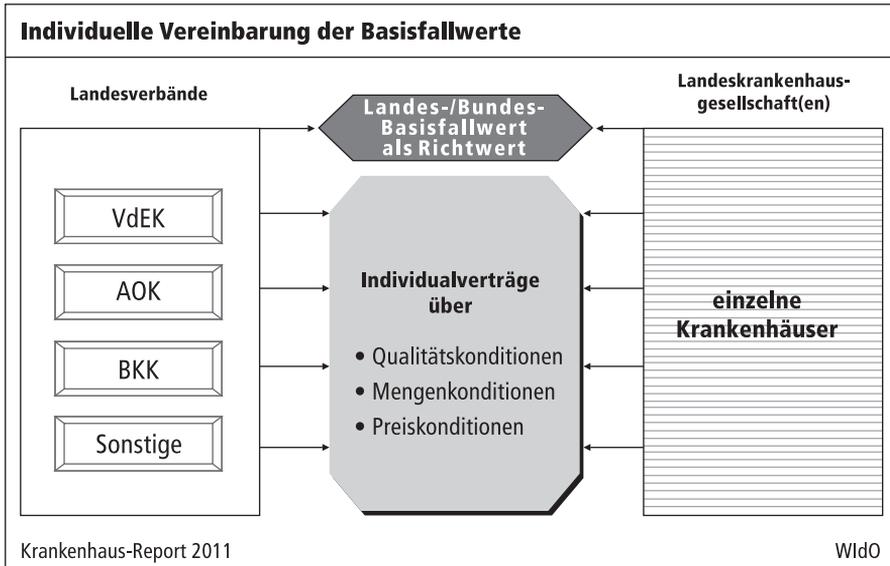
11.4 Ausgestaltungsoptionen des DRG-Systems im Rahmen eines geregelten Preiswettbewerbs

Die Krankenhäuser zählen heute zu den wichtigsten Wirtschaftssektoren und Arbeitgebern der deutschen und europäischen Wirtschaft. Von daher verbietet es sich, diesen Bereich nicht dem Wettbewerb zu öffnen. Für diesen Wettbewerb bieten die DRG-Fallpauschalen und individuelle Basisfallwerte eine hervorragende Unterstützung. In Deutschland dienen DRGs, wie in einigen europäischen Ländern auch, vorwiegend als Abrechnungseinheiten. Das Schlagwort lautet „gleiche Leistung, gleicher Preis“. Dabei wird unter gleicher Leistung die gleiche DRG-Eingruppierung verstanden und daraus der Anspruch auf eine bundesweit einheitliche Vergütung abgeleitet. Die DRG-Eingruppierung ist tatsächlich jedoch zunächst allenfalls eine Gleichstellung der Patienten aus medizinisch-technischer Sicht. Mit dem DRG-System ist es in Deutschland erstmals gelungen, ein differenziertes Spektrum von „Krankenhausprodukten“ zu definieren

Weitgehend unberücksichtigt bleibt dabei allerdings die Erreichung des Behandlungsziels sowie die zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Leistung. Aber auch die Versorgungslage schlägt sich üblicherweise in der Preishöhe nieder. Alle letztgenannten Faktoren werden im DRG-System ausgeblendet. Dies muss zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im Krankenhausbereich führen, die sich mehr und mehr objektiv bemerkbar macht (vgl. Neubauer 2003). Wer mit DRGs die Versorgung steuern will, kommt um eine flexible Preissteuerung nicht herum!

Die Etablierung des DRG-Systems – letztlich als Einheitspreissystem – führt nicht nur zu festen, sondern auch deutschlandweit einheitlichen Preisen. Beides ist

Abbildung 11–2



zwar bei der Implementierung eines DRG-Systems nicht zwingend, jedoch eine durchaus verführerisch naheliegende Möglichkeit aufgrund der DRG-Philosophie, Krankenhausleistungen ökonomisch vergleichbar zumachen.

Die Analyse ergibt jedoch, dass Krankenhäuser über flexible Preise effizienter zu steuern sind als über eine Mengenregulierung. Dass die Krankenhäuser nicht ohne Mengenregulierung auskommen, solange die Preise als Fixpreise gelten, zeigen die letzten 20 Jahre deutscher Krankenhauspolitik. Es wäre ein Trugschluss zu glauben, dass die Politik auf eine Mengenregulierung verzichten kann, ohne die finanzielle Grundlage zu gefährden. Aus diesem Grunde wird eine Flexibilisierung der Preise in der Form vorgeschlagen, dass zwar weiterhin kollektive Preisverhandlungen substitutiv durchgeführt werden, jedoch einzelnen Krankenhäusern und auch einzelnen Krankenkassen substitutive Preisnachverhandlungen erlaubt sind. Nach den kollektiven Verhandlungen der Landesbasisfallwerte stünde es den Krankenhäusern und auch den Krankenkassen frei, davon abweichende individuelle Vereinbarungen zu treffen. Diese kommen aber nur zustande, wenn beide Seiten sie konkludent wollen. Ein Schiedsverfahren scheidet aus (vgl. Neubauer und Beivers 2010). Abbildung 11–2 stellt die angedachte Vorgehensweise graphisch dar.

Natürlich kann man bei einer solchen Auflockerung des Vertragsrechts davon ausgehen, dass vor allen Dingen große Krankenkassen und auch große, bzw. regional starke Krankenhausgruppen sich auf individuelle Preisverhandlungen einigen werden. Aber kleine Krankenkassen und Krankenhäuser können sich zu Vertragsgemeinschaften zusammenschließen, bis sie die wettbewerbskritische Grenze von 30% Marktanteil erreichen.

Dieser Ansatz unterscheidet sich von der Forderung von Leber et al. (2007), elektive Leistungen selektiv zu verhandeln oder gar auszuschreiben, da in diesem

Vorschlag nicht nur Teile von Krankenhausleistungen neu vereinbart werden, sondern das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses mit einer Krankenkasse insgesamt vereinbart wird. Allerdings sollten auch hier die Krankenkassen für DRG-Leistungsgruppen individuelle Preisauf- bzw. -abschläge mit den Krankenhäusern vereinbaren dürfen. Auf diesem Wege ist keine Gefährdung bzw. Aushöhlung der Notfallversorgung durch Krankenhäuser zu befürchten (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

11.5 Ausblick: Einbeziehung der Patienten und Versicherten

Im derzeitigen System, in dem die Preise aller Kliniken für die Patienten gleich sind und sie diese weder direkt noch indirekt spüren, informieren sich die Patienten nur über die Qualität eines Krankenhauses.

Die Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses von Krankenhäusern sollte aber, wie bereits angedeutet, nicht nur den Kostenträgern möglich sein. Vielmehr sollte auch Patienten wie Versicherten – soweit sie die Fähigkeit dazu haben – die Möglichkeit der Bewertung⁸ eingeräumt werden.

Bei flexiblen Preisen würde z. B. eine prozentuale Beteiligung der Patienten an ihren Behandlungskosten zumindest ein Teil der Patienten auch die Preishöhe in ihre Krankenhauswahl mit einbeziehen (vgl. Neubauer und Beivers 2008b).

Zwar ist es korrekt, dass niemand ein Krankenhaus, wie man es z. B. von werdenden Müttern empirisch kennt, freiwillig aufsucht, doch ist gerade bei elektiven Behandlungsfällen davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten das Krankenhaus gezielt wählt (vgl. u. a. Schaeffer 2006). Die Möglichkeiten hierzu wären relativ einfach und schnell mit Hilfe des DRG-Systems zu schaffen bzw. sind schon gegeben. Schließlich bräuchte der Patient lediglich die Basisfallwerte der infrage kommenden Kliniken zu vergleichen.

Um Steuerungswirkungen zu entfalten, würde es genügen, wenn sich nur ein Teil der rund 17 Millionen Patienten preisreagibel verhalten würde. Ein solcher Mitwirkungsprozess der Patienten könnte, wie bereits angesprochen, die kleineren, kostengünstigeren Krankenhäuser unterstützen, da sie nun gegenüber den großen und spezialisierten Krankenhäusern den gegebenen Ausstattungsnachteil durch Preisvorteile zumindest teilweise kompensieren könnten. Zudem unterstützen preiselastische Patienten die Krankenkassen und Krankenhäuser, die sich in individuellen Preisverhandlungen um preisgünstige Behandlungsformen bemühen. Insofern wären dann auch stationärer und tagesklinische Behandlungen in die Zuzahlungspflicht einzubeziehen.

Sind diese Behandlungsalternativen hingegen teurer als entsprechende verfügbare Plankrankenhäuser, ist der Patient auf eine Mehrkosten-Regelung hinzuweisen. Ein solches Modell, das auch die Patientinnen und Patienten stärker in die ökonomische Entscheidung einbindet, setzt allerdings die im deutschen gesundheitspolitischen Kontext nicht einfache Entscheidung für eine prozentuale Beteili-

⁸ Hier scheint vor allem auch die Bewertung der Servicequalität durch die Patienten möglich.

gung an den Krankenhaus- (und auch den krankenhauersetzenden) Kosten voraus. So bedeutend die Krankenhausaussgaben für die Gesamtausgaben der Krankenkassen sind, so wirtschaftlich entscheidend wäre diese Maßnahme für den jeweils Betroffenen. Selbst wenn damit eine Entlastung des allgemeinen Beitragsatzes verbunden wäre, müsste über die relative Höhe dieser Selbstbeteiligung, über Härtefallregelungen und über die Möglichkeit oder den Abschluss einer Versicherung gegen dieses Risiko noch intensiver diskutiert werden.

11.6 Literatur

- Albrecht M, Bleß H., Höer A, Kloos S, Schiffhorst G, Scholz C. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung: Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Andorderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, IGES Institut GmbH, Berlin 2010.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Graf Schulenburg JM, Greiner W. Gesundheitsökonomik. 2. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck 2007.
- Greß S, Maas S, Wasem J. Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, vorgelegt im Oktober 2006. Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen 2006.
- KHRG – Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). Gesetz vom 17.03.2009, BGBl. I, Seite 534, Geltung ab 25.03.2009. Berlin.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009), WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT. 17. Legislaturperiode, Berlin.
- Lauterbach KW, Lungen M. Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich. G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 2003; 1–2: 52–63.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv: Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007, Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer; 81–105.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. New Englands Journal of Medicine 2007; 356, 1: 486–96.
- Neubauer G. Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen. In: Klusen N, Straub C (Hrsg). Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2003; Band 6; 91–107.
- Neubauer G. Einfluss der DRG-Abrechnung auf die zukünftige Krankenhausstruktur. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg: Kaden; 257–65.
- Neubauer G. Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: Ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht. Studie im Auftrag der AOK Schleswig-Holstein. München: Institut für Gesundheitsökonomik 2008.
- Neubauer G, Beivers A. Die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft als Kompass zur Neuordnung der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Am Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung. In: Funk L (Hrsg). Anwendungsorientierte Marktwirtschaftslehre und Neue Politische Ökonomie – Wirtschaftspolitische Aspekte von Strukturwandel, Sozialstaat und Arbeitsmarkt. Marburg: Metropolis 2008; 371–93.

- Neubauer G, Beivers A. Qualitäts- und Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize. In: Klusen N, Meusch A (Hrsg). Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2008a; 199–209.
- Neubauer, G, Beivers A. Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung. In: Schütze L (Hrsg). Gesellschaftspolitische Kommentare gpk. 46. Jahrgang, Nr. 6. Berlin 2008b; 48–50.
- Neubauer G, Beivers A. Die Leistungen müssen die Vergütung bestimmen: Ein Plädoyer für das ordnungspolitische Resetting des DRG-Systems. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2010; 1: 38–42.
- Neubauer G, Pfister F. Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Franz W et al. (Hrsg). *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Gesundheitsökonomie*, Band 227. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft; 621–35.
- Pütz T, Spangenberg M. Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele zentrale Orte sind erforderlich? Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. *Informationen zur Raumentwicklung* 2006; 6/7: 337–44.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band 3, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Bonn 2001.
- Schaeffer D. *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – Eine Literaturanalyse*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg). Gütersloh 2006.

12 Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?

Boris Augurzky

Abstract

Die derzeitige dualistische Krankenhausfinanzierung weist zwei wesentliche Probleme auf: Erstens hat sie zu einer Unterfinanzierung im investiven Bereich von Krankenhäusern und damit zu einem Investitionsstau in der Größenordnung von rund 12 Mrd. Euro geführt. Zweitens führt sie zu einer ineffizienten Kapitalallokation, was durch empirische Untersuchungen gestützt wird. Letzteres Problem ließe sich durch einen Wechsel zu einer monistischen Finanzierung beheben, der allerdings praktisch unmöglich ist. Eine ebenso effektive Alternative stellen Investitionspauschalen dar, die ab 2012 von den Bundesländern eingeführt werden können. Den Ländern ist zu raten, sich aus Effizienzgründen für einen Umstieg zu entscheiden. Langfristig ist sogar ein weiterer Schritt denkbar. Wenn es gelingt, zumindest das bundesweite Investitionsmittelvolumen bezogen auf das Land mit der geringsten Förderung je Fall auf die Krankenversicherungen zu übertragen – idealerweise nach Beendigung des GKV-PKV-Dualismus –, könnten im Durchschnitt etwa drei Viertel der Investitionspauschale über die Krankenversicherungen direkt finanziert werden.

In Germany, operating costs of hospitals are financed by the patients or their health insurance funds, respectively, while investment costs are borne by the federal states – often by granting subsidies to larger investment projects. This so-called dualistic financing is faced with two fundamental problems: First, there is a substantial annual underfunding of investments, cumulating to an estimated 12 billion Euro. Second, it produces an inefficient allocation of capital, which is supported by empirical studies. The latter problem could be solved by switching to monistic financing, i. e. patients or their health care funds pay for all hospital costs which is, however, practically impossible. An investment lump-sum based on DRGs would be an equally effective alternative. From 2012 on there will be a fully elaborated system of investment lump-sums, embedded into the DRG system, which the federal states can optionally choose to implement. For efficiency reasons, they should be advised to do so. In the long run, a further step towards monistic financing is possible. If at least all 16 federal states transferred the investment volume of the state with the lowest subsidy per case to the health insurance funds – ideally after abolishment of the GKV-PKV-dualism – around three quarters of the investment lump-sum could be directly financed by the health insurance funds.

12.1 Einleitung

Der Krankenhausmarkt in Deutschland ist geprägt durch ein moderates, aber konstantes Wachstum, das sich nachfrageseitig in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts fortsetzen wird. Im Zuge dessen steigen die Ausgaben für den Betrieb sowie für Investitionen von Krankenhäusern. Charakteristisch für die Finanzierung der Krankenhäuser ist die sogenannte Dualistik. Danach werden die Betriebskosten von den Patienten bzw. deren Krankenversicherungen finanziert, während Investitionen in die Immobilie oder Ausstattung von den Bundesländern über Steuergelder aufzubringen sind. Die Dualistik trat mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 in Kraft (Malzahn und Wehner 2010).

Seit mehreren Jahren sind die von den Bundesländern bereitgestellten Investitionsfördermittel rückläufig und nicht ausreichend, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Aus diesem Grund finanzieren Krankenhäuser Investitionen zusätzlich vermehrt über Eigenmittel. Unabhängig von der Unterfinanzierung im investiven Bereich gibt es Grund zur Annahme, dass die dualistische Finanzierung zu einer ineffizienten Allokation von Kapital führt. Auf der Grundlage einer empirisch basierten Darstellung der derzeitigen Finanzierungssituation (Abschnitt 12.2) stellt dieses Kapitel ordnungspolitische Konzepte zu einer Reform der Investitionsfinanzierung dar (Abschnitt 12.3) und diskutiert die Auswirkungen eines möglichen Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung (Abschnitt 12.4). Abschnitt 12.5 zieht ein Fazit.

12.2 Derzeitige Finanzierungssituation

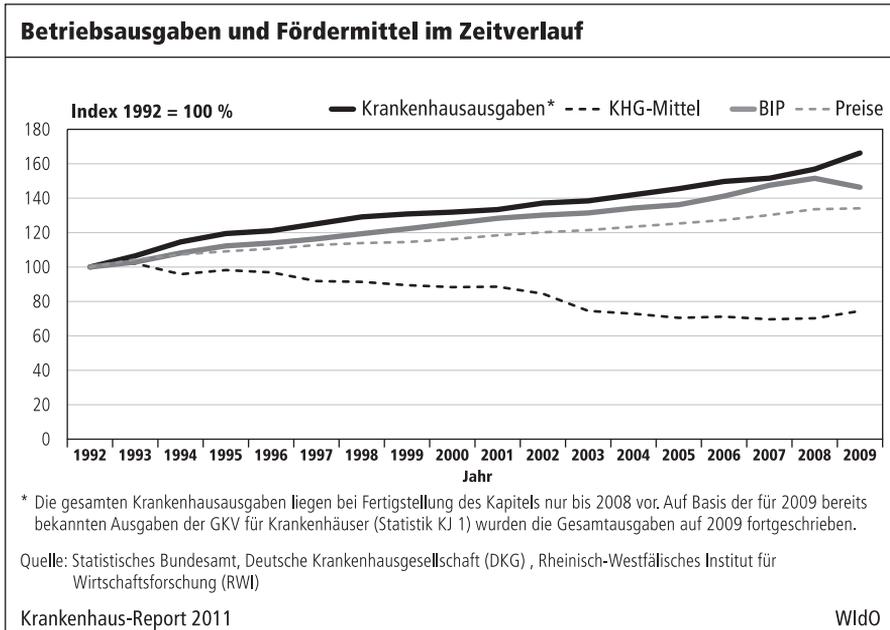
Während die Ausgaben zur Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern in den vergangenen Jahren jährlich stiegen, sanken die von den Ländern bereit gestellten Mittel zur Finanzierung von Investitionen (Abbildung 12-1)^{1, 2}. Zwischen 1992 und 2009 stiegen die Betriebskosten um 66 %, während die Investitionsfördermittel nach KHG um 26 % zurückgingen. Im Verhältnis zu den Betriebskosten haben sich die KHG-Mittel in diesem Zeitraum sogar mehr als halbiert. Zum Vergleich: das BIP nahm um 46 % und die Preise (Inflation) um 34 % zu.

Auch wenn sich nicht sagen lässt, wie hoch der Anteil der Investitionen am Umsatz idealerweise sein sollte, um ein Krankenhaus zukunftsfähig aufzustellen, liegt der Verdacht nahe, dass vor dem Hintergrund dieser Trends die Fördermittel inzwischen kaum noch ausreichen dürften, um alle nötigen Investitionen finanzieren zu können. Laut Kostennachweis der Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt

1 Die gesamten Krankenausgaben liegen bei Fertigstellung des Manuskripts nur bis 2008 vor. Auf Basis der für 2009 bereits bekannten Ausgaben der GKV für Krankenhäuser (Statistik KJ 1) wurden die Gesamtausgaben auf 2009 fortgeschrieben.

2 Darin enthalten sind auch die Investitionsmittel der Krankenversicherungen an Krankenhäuser in den neuen Bundesländern (§ 14 GSG), die in den Jahren 2002 bis 2008 jährlich etwa 160 Mill. € betragen haben dürften und 2014 auslaufen.

Abbildung 12-1



2009b) beliefen sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser 2008 auf 63 245 Mill. Euro. Aufwendungen für die Ambulanzen und für Forschung und Lehre sind dabei herausgerechnet. Zieht man ferner die Kosten der Universitätskliniken (ca. 13,6% der Gesamtkosten) ab, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wurden, ergeben sich Betriebskosten für nicht-universitäre Krankenhäuser in Höhe von 54 663 Mill. Euro.

Bei 2 672 Mill. Euro an Fördermitteln 2008 (DKG 2010) ergibt sich damit eine Fördermittelquote von 4,9% der Betriebskosten. Der Umsatz der Krankenhäuser dürfte aber höher als die Kosten gelegen haben, was daher gemessen am Umsatz eine geringere Quote impliziert. In der Welt einer monistischen Finanzierung würden ferner die Fördermittel dem Umsatz hinzugerechnet³. Nach Analyse von rund 700 Jahresabschlüssen von Krankenhausunternehmen (Augurzky et al. 2010) dürfte der Umsatz inklusive der Fördermittel um rund 8% höher gelegen haben als die Betriebskosten. Dies würde einer Fördermittelquote von 4,5%, gemessen am so definierten Umsatz, entsprechen. Durch eigenfinanzierte Investitionen hatten die Krankenhäuser 2008 allerdings mehr investiert als sie an Fördermitteln zur Verfügung gestellt bekamen. Auf Basis der Jahresabschlussdaten ergibt sich eine Investitionsquote von näherungsweise 7,7% des Umsatzes.

Geht man davon aus, dass im Durchschnitt 10% des Umsatzes für Investitionszwecke nötig sind, hat sich bis 2008 ein kumulierter Investitionsstau von 12,5 Mrd.

³ Beispielsweise für monistisch finanzierte Rehabilitationskliniken oder ambulante Praxen dient der Umsatz der Deckung sowohl der Betriebs- als auch Investitionskosten. Der Umsatz fällt damit entsprechend höher aus als bei einer dualistischen Finanzierung.

Euro gebildet (Augurzky et al. 2010).⁴ Ein Wert von 10% erscheint realistisch. Nimmt man beispielsweise an, dass die großen privaten Klinikketten alle betrieblich notwendigen Investitionen durchführen, um insbesondere Betriebsabläufe zu optimieren, kommt man auf einen ähnlichen Wert: Ohne Berücksichtigung von öffentlichen Fördermitteln⁵ investierten die Rhön Klinikum AG im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 jährlich 11% ihres Umsatzes, die HELIOS Kliniken GmbH 7%, die Sana Kliniken AG 6% und die Asklepios Kliniken GmbH in den Jahren 2005 bis 2008 6%. Hinzu kommen jeweils noch öffentliche Fördermittel. Inklusive Fördermittel investierten die Damp Holding AG jährlich 9% ihres Umsatzes in den Jahren 2005 bis 2009, die SRH-Kliniken 10% und die Paracelsus-Kliniken in den Jahren 2005 bis 2008 9% (Schmidt 2010).

Es bleibt festzuhalten, dass die derzeitige Art der Investitionsfinanzierung über Fördermittel offenbar nicht geeignet ist, ein ausreichendes Investitionsvolumen zu garantieren. Zum Mangel an Investitionsfinanzierung kommen jedoch weitere, grundlegendere Probleme der Dualistik zum Tragen, die auch bei ausreichender Finanzierung nicht behoben wären: Die Dualistik führt zu einer Fehlallokation von Kapital. Erstens werden Krankenhausleistungen gegenüber Leistungen anderer Leistungserbringer, die monistisch finanziert werden, wie zum Beispiel den ambulanten, vergünstigt, weil Krankenhauspreise keinen Investitionskostenanteil beinhalten. Es kann zu einer Verzerrung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu Gunsten der Krankenhäuser kommen. Zweitens erzeugt die Dualistik Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern. Ein Haus, das eine größere Einzelförderungsmaßnahme bewilligt bekommen hat, stellt sich besser als eines ohne Bewilligung oder als solche, die keinen Antrag auf Einzelförderung gestellt haben.

Drittens kann die Dualistik eine Übernachfrage nach Fördermitteln erzeugen. Da Fördermittel kostenlos zur Verfügung gestellt werden, d. h. eine Verzinsung des bereitgestellten Kapitals nicht vorgesehen ist, können damit auch Investitionen getätigt werden, die keinen positiven Ertrag erbringen. Mithin besteht die Gefahr, dass öffentliches Kapital nicht effizient eingesetzt wird. Zwar werden Fördermittelanträge durch entsprechende Behörden geprüft. Es ist jedoch zweifelhaft, ob Businesspläne der Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Rentabilität der Investition begutachtet werden bzw. ob die Behörden in der Lage sind, dies zu tun. Viertens neigen Behörden dazu, Entscheidungsprozesse langwierig zu gestalten, sodass zwischen Förderantrag und endgültiger Bewilligung von Mitteln ein großer Zeitraum liegen kann, der dazu führt, dass sich die Rahmenbedingungen für ein Investitionsvorhaben entscheidend verändern können. Dies erhöht die Planungsunsicherheit für Krankenhäuser und damit das Investitionsrisiko.

Fünftens ist denkbar, dass über Fördermittelanträge nicht nur unter wirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten entschieden wird, sondern auch unter politischen, die den wirtschaftlichen und medizinischen Zielen entgegenlaufen können. Sechstens können öffentliche Behörden einer bewussten oder unbewussten

4 Bei der Berechnung des kumulierten Investitionsstaus werden vergangene Investitionslücken jährlich abgeschrieben. Außerdem werden die durch Eigenmittel finanzierten Investitionen gegengegerechnet.

5 Aufgrund der Bilanzierung nach IFRS sind öffentliche Fördermittel nicht direkt im Jahresabschluss ersichtlich; insbesondere wird die Bilanz um die Sonderposten verkürzt.

informellen Beeinflussung z. B. seitens der Krankenhäuser unterliegen, gerade wenn die Entscheidungsfindung intransparent ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eigenverantwortliches Handeln der Krankenhäuser durch die Dualistik geschwächt wird.

Tatsächlich zeigen empirische Untersuchungen auf der Ebene von Jahresabschlüssen, dass ein Mehr an Fördermitteln im Durchschnitt *nicht* zu einer besseren wirtschaftlichen Lage des geförderten Krankenhauses führt. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Fördermittel und der sogenannten Ausfallwahrscheinlichkeit oder der EBITDA-Marge⁶ (Augurzky et al. 2010). Dabei wurden parallel zahlreiche weitere Faktoren, die die Wirtschaftlichkeit beeinflussen können, berücksichtigt.⁷ Allerdings zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Fördermittelvergabe und der wirtschaftlichen Lage: Je mehr ein Bundesland seine Mittel in Form der pauschalen Fördermittel statt nach Einzelantrag vergibt, desto *niedriger* fällt die Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser in dem Bundesland aus.

Beide empirischen Befunde belegen die oben genannten Vermutungen über die Nachteile der Dualistik. Die Bundesländer sollten daher einen Übergang zur Monistik oder zumindest zu einer stärker an Pauschalen orientierten Investitionsfinanzierung aus Eigeninteresse anstreben. Sie könnten damit die zu knappen Fördermittel zumindest effizienter einsetzen.

12.3 Neue Konzepte zur Investitionsfinanzierung

Die in der Literatur bereits vielfach diskutierte Monistik wäre ein geeigneter alternativer Finanzierungsweg, um die Nachteile der Dualistik zu beheben (Wasem und Vincenti 2000, Rürup et al. 2008). Die Monistik ist in den meisten Gesundheitsbereichen Realität, zum Beispiel bei Rehakliniken, im ambulanten Sektor, bei den Apotheken, weitgehend auch bei der stationären Pflege⁸. Im Krankenhausbereich wäre sie ebenso denkbar. Die Monistik könnte höchstens dort zu Problemen führen, wo ein Krankenhausstandort nachweislich wirtschaftlich nicht tragbar ist, aber dennoch für die medizinische Versorgung einer Region unverzichtbar ist. Aufgrund der hohen Krankenhausdichte in Deutschland (Augurzky et al. 2010), insbesondere in den alten Bundesländern, dürfte dieser Fall jedoch selten auftreten. Dort, wo er aber auftritt, sollten statt Einzelfördermaßnahmen Sicherstellungszuschläge im Rahmen von Investitionspauschalen ähnlich wie im DRG-System gewährt werden. Denkbar

6 Das EBITDA misst näherungsweise den Cash Flow eines Unternehmens. Es steht für "Earnings before interests, taxes, depreciation, and amortization".

7 Konkret wurden berücksichtigt: die Krankenhausgröße, die Höhe des Basisfallwerts 2008, Ländlichkeit, Standort in West- bzw. Ost- und Nord- bzw. Süddeutschland, Trägerschaft, Klinikette versus Einzelhaus, Höhe des CMI, Einkommensniveau des Kreises eines Krankenhauses.

8 In der stationären Pflege gibt es je nach Bundesland ebenfalls Fördermittel für Investitionen. Theoretisch ist die Finanzierung ebenfalls dualistisch (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Jedoch nimmt die Bedeutung der Fördermittel immer mehr ab. Anders als im Krankenhausbereich werden nicht-geförderte Investitionen von den Pflegebedürftigen selbst finanziert.

wäre ein kleiner Infrastrukturfonds ähnlich wie von Rürup et al. (2008) zur Finanzierung von Krankenhausumwandlungen vorgeschlagen für den Fall, dass ein Krankenhaus aufgrund stark rückläufiger Nachfrage nicht mehr benötigt wird.

Um Krankenhausleistungen nach SGB V § 12 ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbringen zu können, ist die Monistik der Dualistik überlegen. Allerdings ist der Übergang vom derzeitigen System in die reine Monistik praktisch unmöglich. Da in der reinen Monistik die Patienten bzw. deren Krankenversicherungen einen Investitionskostenanteil zusammen mit den DRG-Fallpauschalen aufzubringen hätten, würde sich deren Aufwand für Krankenhäuser – bei Fortführung der aktuellen Unterfinanzierung im investiven Bereich – um ca. 5%, bei Beendigung der Unterfinanzierung sogar um rund 10% erhöhen. Gleichzeitig würden die Bundesländer dauerhaft um fast 3 Mrd. Euro entlastet. Zur Vermeidung von Be- und Entlastungen müssten die Bundesländer die eingesparten Steuergelder an die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen überführen.

Dies wirft neue Probleme auf. Zwar könnten vermutlich durch geeignete Bundesländer-Vereinbarungen Steuergelder – wie bislang auch – in den Gesundheitsfonds eingespeist werden. Allerdings müsste ein Teil dieser Steuergelder den privaten Krankenversicherern zur Verfügung gestellt werden, was größere Schwierigkeiten aufwerfen würde. Aber selbst bei einer Lösung dessen würde es zu nennenswerten Umverteilungsproblemen zwischen Bundesländern kommen. Länder mit einer derzeit großzügigen Förderpolitik würden durch den Übergang mehr Steuermittel je Bürger abgeben als Länder mit einer restriktiven Förderpolitik. Die Krankenhäuser der Länder mit großzügiger Förderpolitik würden jedoch im Gegenzug keinen höheren Investitionskostenanteil erhalten. Damit ist der Weg zur Monistik unmöglich. In ihrer reinen Form ist sie daher keine Option.

Eine Regionalisierung der Zusatzprämien der Krankenkassen in der Welt des Gesundheitsfonds wäre ein möglicher Weg, regionale Interessenskonflikte zu lösen, der jedoch hier nicht weiter verfolgt werden soll. Zur Lösung regionaler Interessenskonflikte sollten vielmehr die Investitionskostenanteile selbst regionalisiert werden. Zur Vermeidung der Übertragung von Landessteuermitteln an gesetzliche und private Krankenversicherungen sollten sie außerdem durch einen geeigneten Mechanismus direkt durch die Bundesländer ausbezahlt werden. Damit ergäbe sich ein Konzept der sogenannten „regionalen Monistik“ oder „Modell 21“ wie vom Bundesverband deutscher Privatkliniken und dem Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung diskutiert (BDPK und RWI 2007) oder sogenannte Investitionspauschalen, wie sie in der aktuellen Gesetzeslage des KHG verankert sind (§ 10 Abs. 1 KHG). Zwar handelt es sich dabei im engeren Sinne immer noch um eine dualistische Finanzierung: Die Länder finanzieren nach wie vor die Investitionen, die Versicherungen die Betriebskosten. Faktisch wirken Investitionspauschalen jedoch aus Sicht eines Krankenhauses wie in der Monistik.

Nach diesen Konzepten erarbeitet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) analog zum DRG-System sogenannte Investitionsbewertungsrelationen und Investitionsfallwerte. Die Investitionsbewertungsrelationen messen den relativen Investitionsbedarf einer DRG im Verhältnis zu einem Normwert, dem sogenannten Investitionsfallwert. Die Investitionspauschale, die das Krankenhaus je DRG erhält, ergibt sich als Produkt aus Investitionsfallwert und Investitionsbewertungsrelationen. Während die Bewertungsrelationen bundesweit

einheitlich sind, können die Investitionsfallwerte von Land zu Land variieren – analog den DRG-Landesbasisfallwerten. Bezogen auf alle Plankrankenhäuser (ausgenommen Universitätskliniken) mit rund 15,1 Mill. Fällen 2008 belief sich die Investitionspauschale im Status quo bundesweit auf durchschnittlich 177 Euro je Fall. Geht man von einem höheren Investitionsbedarf je Fall aus, müsste der Wert entsprechend höher ausfallen.

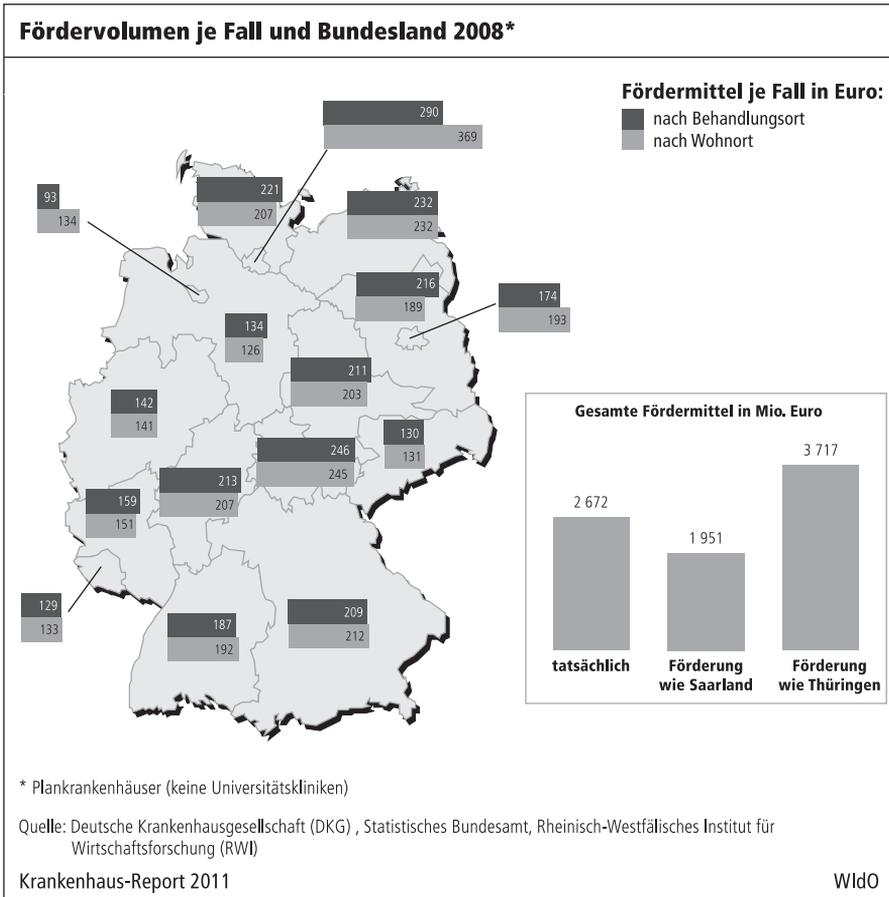
Nach § 10 Abs. 1 KHG sollen die Bewertungsrelationen und Fallwerte ab 1.1.2012 für Allgemeinkrankenhäuser (ohne Universitätskliniken) und ab 1.1.2014 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen anwendbar sein. Für die Universitätskliniken soll es gesonderte Berechnungen geben. Jeweils ein Jahr davor sollen die Investitionsbewertungsrelationen feststehen. Ihre Anwendung ist für die Bundesländer jedoch optional, d. h. sie können entweder eine eigene Pauschalförderung erarbeiten, wie z. B. Nordrhein-Westfalen mit der Baupauschale (Winterer 2009), oder bei der alten Förderpraxis bleiben. Zwar wäre eine verbindliche Einführung in allen Bundesländern erstrebenswert. Die jetzige Regelung lässt jedoch Spielraum für Bundesländer, sich im Wettbewerb gegenüber anderen Ländern abzusetzen. Ein Umstieg auf die Investitionspauschalen führte zu einem effizienteren Einsatz ihrer knappen Steuermittel, sodass bei unverändertem Fördermittelvolumen trotzdem effektiv mehr bei den Krankenhäusern ankäme. Den jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaften ist daher zu empfehlen, sich für einen Umstieg einzusetzen.

Langfristig denkbar wäre zwar eine Konvergenz der Landes-Investitionsfallwerte auf einen einheitlichen Bundes-Investitionsfallwert. Aufgrund der Tatsache, dass die Länder jedoch – anders als im DRG-System – die Investitionsmittel aufbringen, kann dies nicht gefordert werden. Eine Konvergenz würde von einigen Bundesländern verlangen, mehr Mittel zur Verfügung zu stellen und von anderen, ihre Mittel zu reduzieren. Möglich wäre aber, dass sich die Länder darauf einigten, zumindest die Investitionsmittel beispielsweise auf dem Niveau des Bundeslandês, das die geringste Förderung je Fall aufweist, den Krankenversicherungen zufließen zu lassen und damit zum Teil den Schritt hin zur vollen Monistik zu gehen.

Abbildung 12–2 zeigt das Fördervolumen je Fall und Bundesland. Als Stadtstaat ist Bremen als Referenzgröße nicht geeignet. Mit seinen Fördermitteln finanziert er auch die Patienten aus dem umliegenden Niedersachsen. Bezogen auf die Patienten mit Wohnort Bremen weist Bremen eine ebenso hohe Förderung je Patient auf wie das Saarland. Referenzland sollte daher vielmehr das Saarland sein, das im Jahr 2008 ein Plankrankenhaus⁹ mit 129 Euro je Fall gefördert hatte. Würden alle Bundesländer dieses damit verbundene Fördervolumen den Krankenversicherungen zukommen lassen, belief sich 2008 insgesamt auf 1,95 Mrd. Euro, d. h. rund 720 Mill. Euro oder 27% weniger als 2008 tatsächlich insgesamt gefördert. Den Restbetrag über 720 Mill. Euro könnten die Bundesländer im Rahmen eines Infrastrukturfonds (bspw. Rürup et al. 2009) nach Investitionspauschalen oder auch in anderer Form an ihre Krankenhäuser verteilen. Überdies könnte durch zusätzliche Mechanismen für Stadtstaaten mit zahlreichen Patienten aus den umliegenden Bundesländern gleichzeitig auch die Subventionierung der umliegenden Länder reduziert werden.

⁹ Ohne Universitätskliniken.

Abbildung 12–2



Zur Übertragung der Mittel der Länder auf die Krankenversicherungen wäre es sehr hilfreich, die Finanzierung der GKV auf eine pauschale Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich umzustellen und damit langfristig den Dualismus von GKV und PKV zu beenden. Mit der Übertragung des Mindestfördervolumens an die Versicherungen wäre zum Teil auch die Wettbewerbsverzerrung zwischen stationär und ambulant behoben, was bei einem allmählichen Abbau der Sektorengrenze ambulant/stationär erforderlich ist.

Bleibt schließlich das Problem der unterschiedlichen Ausgangslagen innerhalb eines Bundeslandes beim Umstieg auf Investitionspauschalen. Zum Zeitpunkt des Umstiegs oder in den Jahren davor hat ein gewisser Anteil an Krankenhäusern eines Landes eine Einzelförderung erhalten, während dies für den Rest schon sehr viele Jahre zurückliegt. Damit sind die Startbedingungen bei Einführung von Pauschalen unterschiedlich und müssen zwingend im Rahmen einer Konvergenzphase über mehrere Jahre angeglichen werden. Dies ist lösbar, wie das Beispiel Nordrhein-Westfalen zeigt (Winterer 2009). Im Prinzip entsprechen die Abschreibungen auf ein in der Vergangenheit erhaltenes Fördervolumen eines Krankenhauses den Inves-

titionspauschalen. Das heißt, das betroffene Krankenhaus erhält so lange keine oder eine reduzierte Investitionspauschale, wie es noch Abschreibungen auf eine vergangene Investitionsförderung tätigt. Bereits abgeschriebene Investitionen werden dementsprechend nicht mehr berücksichtigt. Selbstverständlich sollte die in der Konvergenzphase eingesparten Investitionspauschalen auf alle Krankenhäuser eines Landes umgelegt werden

12.4 Auswirkungen eines Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung

Mittelfristig ist in einigen Bundesländern mit dem Übergang zu Investitionspauschalen zu rechnen. Langfristig wäre sogar ein wie oben geschilderter „Drei-Viertel-Schritt“ zur tatsächlichen Monistik möglich. Mit dem Übergang zu Investitionspauschalen dürfte Bürokratie relativ rasch abgebaut werden. Die Erstellung und Prüfung von Anträgen zu Einzelfördermaßnahmen entfallen. Der öffentliche Dienst wird entlastet und kann sich anderen wichtigen Aufgabenfeldern widmen. Entsprechend werden auch die Krankenhäuser entlastet. Dem kann allerdings eine Mehrbelastung durch Kreditanträge bei Banken gegenüberstehen. Eine Investitionspauschale dürfte zu einem Anstieg der über Kredit finanzierten Investitionen führen. Bislang sind aber geförderte Investitionsvorhaben häufig auch schon mit einem – evtl. kreditfinanzierten – Eigenanteil verbunden, sodass der Zusatzaufwand für die Krankenhäuser insgesamt gering ausfallen sollte. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Entscheidungsprozesse schneller ablaufen bzw. die Geschwindigkeit maßgeblich durch das Krankenhaus bestimmt wird.

Gleichzeitig erhöht sich die Transparenz bei der Fördermittelvergabe. Die Kriterien zum Erhalt der Investitionspauschale sind einsehbar. Eine Bevorteilung oder Benachteiligung von Antragstellern ist ausgeschlossen. Nach einer gewissen Konvergenzphase sind außerdem Wettbewerbsverzerrungen durch Einzelfördermaßnahmen behoben. Jedes Krankenhaus hat dann die gleichen Chancen und Risiken, sich am Markt zu behaupten. Dies hat darüber hinaus zur Folge, dass unwirtschaftliche Einrichtungen oder Überkapazitäten nicht künstlich aufrechterhalten werden.

Krankenhäuser werden Investitionsvorhaben kostenbewusster planen, weil die Finanzierung nicht mehr von einem Dritten getragen wird, sondern faktisch vom Krankenhaus selbst. Auch dürften Investitionen, die keine nachhaltige Verbesserung der Ertrags- oder Kostenlage des Krankenhauses mit sich bringen, seltener durchgeführt werden, außer das Krankenhaus möchte einige Angebote intern subventionieren. Da Fördermittel für Einzelmaßnahmen nicht verzinst werden müssen, ist eine Investitionsrendite von 0% auf das eingesetzte Kapital ausreichend. Da die Investitionspauschale unabhängig vom konkreten Investitionsvorhaben fließt, liegt es im Interesse des Krankenhauses, eine möglichst gute Rendite auf das eingesetzte Kapital zu erzielen. Insgesamt wird also das zur Verfügung stehende knappe Kapital effizienter eingesetzt. Gelingt langfristig sogar der Übergang zu einer „Drei-Viertel-Monistik“, indem die Bundesländer einen Teil der Investitionsfördermittel auf GKV und PKV übertragen – idealerweise durch Beendigung des Dualismus zwischen

GKV und PKV – werden zusätzlich Wettbewerbsverzerrungen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zu einem erheblichen Teil beseitigt.

Nichtsdestoweniger stellen sich einige kritische Fragen. 1. Wie kann die Krankenhausplanung noch effektiv durchgeführt werden und der Sicherstellungsauftrag der Länder gewährleistet bleiben, wenn nicht gleichzeitig auch gezielte Investitionsmittel des Landes die Planung und Sicherstellung umsetzen helfen? Zunächst sei grundsätzlich darauf hingewiesen, dass ein staatlicher Eingriff, d. h. Krankenhausplanung, nur dort sinnvoll ist, wo die Versorgung in Gefahr sein könnte, d. h. praktisch nur in ländlichen Regionen. Zur Sicherung der Versorgung in gefährdeten Regionen können jedoch neben einer Einzelfördermaßnahme auch andere Instrumente eingesetzt werden, z. B. Sicherstellungszuschläge auf die Investitionspauschale. Damit würde man einer effektiven Steuerung über Preise wie auf freien Märkten zumindest näher sein als über Einzelfördermaßnahmen. Dies sollte ein ausreichender Steuerungsmechanismus sein, dessen Einsatz allerdings eine sehr strenge Prüfung der Gefährdungssituation vorangehen muss.¹⁰

2. Wenn bei Investitionspauschalen Investitionen stärker unter dem Renditegesichtspunkt getätigt werden, wird dabei nicht die Medizin bzw. die medizinische Qualität aus den Augen verloren? Diese Frage unterstellt einen negativen Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Unter Wettbewerbsbedingungen und einer ausreichenden Qualitätstransparenz sollte sich jedoch ein positiver Zusammenhang einstellen. Erste Analysen auf Basis von BQS-Qualitätsdaten (Augurzky et al. 2010) deuten in der Tat darauf hin, dass der Zusammenhang positiv ist, d. h. Krankenhäuser mit einem besseren Rating und mit höherer Rentabilität auch eine höhere Qualität aufweisen. Der positive Zusammenhang gilt im Übrigen auch in Bezug auf die Patientenzufriedenheit gemessen durch Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse (Augurzky et al. 2010).

3. Nehmen die Banken indirekt Einfluss auf die Krankenhausplanung, wenn die Kreditvergabe im Rahmen von Investitionspauschalen eine größere Bedeutung gewinnt? In der Tat werden Banken durch die Kreditvergabe einen größeren Einfluss auf die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser nehmen. Da die Bank Kapital bereitstellt, muss sie diesen Einfluss im eigenen und im Interesse ihrer Kapitalgeber auch unbedingt geltend machen. Infolgedessen tragen sie zu einer effizienten Kapitalallokation bei. Sollte eine Krankenhausplanung überhaupt nötig sein, dann nur in sehr ländlich geprägten Regionen. Dort kann aber die Landespolitik im Sinne des ersten Einwands im Falle einer erheblichen Gefährdung der Versorgungssicherheit in einer Region z. B. durch Sicherstellungszuschläge eingreifen.

4. Werden Krankenhäuser bei verstärkter Kreditaufnahme als Folge von Investitionspauschalen durch Zinsaufwendungen stärker belastet? Zinszahlungen an Kreditgeber bzw. Ausschüttungen an Eigenkapitalgeber sind erforderlich, um Kapital zu erhalten. In der Summe fließen aber nach Einführung der Investitionspauschale jährlich genau so viele Fördermittel wie im früheren System. Einerseits wird es Krankenhäuser geben, die zunächst Investitionspauschalen ansparen, um zu einem späteren Zeitpunkt zu investieren, und es wird Häuser geben, die mittels einer Kre-

¹⁰ Ferner sei angemerkt, dass die Krankenhausplanung ohnehin oft nur noch dazu dient, die Zahl der Betten für die derzeitige Pauschalförderung festzulegen, also keinen echten Steuerungscharakter mehr hat.

ditaufnahme sofort investieren. Erstere werden Habenzinsen erhalten, letztere Sollzinsen zahlen. Die Differenz zwischen Soll- und Habenzinsen könnte zwar in der Summe eine zusätzliche Belastung für Krankenhäuser darstellen. Gleichzeitig gewinnen sie gegenüber der Einzelförderung jedoch erheblich an Flexibilität und können überdies selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie investieren, d. h. wie lange sie zunächst die Pauschalen ansparen wollen.

12.5 Fazit

Die dualistische Krankenhausfinanzierung weist zwei wesentliche Probleme auf. Erstens hat sie zu einer Unterfinanzierung im investiven Bereich von Krankenhäusern und damit zu einem Investitionsstau in der Größenordnung von rund 12 Mrd. Euro geführt. Zweitens führt sie zu einer ineffizienten Kapitalallokation. Das zweite Problem lässt sich durch einen Übergang zu einer monistischen oder quasimonistischen Finanzierung beheben. Durch einen effizienteren Einsatz von Kapital lässt sich damit außerdem die Unterfinanzierung in gewissem Maße reduzieren.

Ein Übergang zu einer echten monistischen Finanzierung über die Krankenversicherung ist praktisch unmöglich. Eine ebenso effektive Alternative stellen Investitionspauschalen dar, bei denen die Bundesländer nach wie vor die Mittel zur Verfügung stellen, die Vergabe der Mittel jedoch über Pauschalen statt über Einzelförderungen erfolgt. Aus Sicht der Krankenhäuser handelt es sich dabei quasi um eine monistische Finanzierung. Nordrhein-Westfalen besitzt mit der Baupauschale seit 2009 bereits eine Form von Investitionspauschalen. Das InEK erarbeitet bis zum 31.12.2010 eine bundesweit einheitliche Systematik zur pauschalen Vergabe von Investitionsmitteln analog zum DRG-System, bestehend aus Investitionsrelativgewichten und einem landesspezifischen Investitionsfallwert.

Über den Investitionsfallwert können die Länder weiterhin die gewünschte Höhe der gesamten Fördermittel festsetzen. Es kommt also zu keiner Umverteilung von Mitteln zwischen Bundesländern. Die Nutzung der Investitionspauschalen des InEK ist für die Länder außerdem optional. Es wird in den kommenden Jahren daher zu einem Systemwettbewerb kommen, bei dem sich zeigen wird, welche Systematik wirksamer ist. Langfristig ist sogar ein weiterer Schritt hin zu einer echten Monistik denkbar: Wenn es gelingt, das Investitionsmittelvolumen der Länder mit der geringsten oder zweitgeringsten Förderung je Fall auf die Krankenversicherungen zu übertragen, idealerweise nach Beendigung des Dualismus zwischen GKV und PKV, könnte im Durchschnitt etwa drei Viertel der Investitionspauschale über die Krankenversicherungen direkt finanziert werden. Das restliche Fördervolumen, das bei Ländern mit großzügiger Förderung noch vorhanden sein würde, könnte dann von diesen Ländern weiter nach „Rest-Pauschalen“ verteilt und in Form von Sicherungszuschlägen verwendet werden.

12.6 Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010: Licht und Schatten. RWI : Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- BDPK und RWI. Modell 21 – regionale monistische Finanzierung. BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausfinanzierung. Berlin 2007.
- DKG Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand Juni 2010. Berlin 2010.
- Kma. kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. Ausgabe März 2009. kma medien. Berlin: Georg Thieme 2009.
- Malzahn J, Wehner C. Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 107–25.
- Rürup B, M. Albrecht M, Igel C, Häusler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2008.
- Schmidt H. Gesundheitsreport 2010/1. Büttelborn 2010.
- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.2. Wiesbaden 2009a.
- Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.3. Wiesbaden 2009b.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2008. Wiesbaden 2010.
- Wasem J, Vincenti A. Monistische Krankenhausfinanzierung, Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report '99. Stuttgart: Schattauer 2000; 231–43.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 143–54.

13 Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Karl-Heinz Schönbach, Christian Wehner und Jürgen Malzahn

Abstract

Im Schatten der ungelösten Finanzierungsfragen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerät auch die „Sicherstellungsfrage“ zunehmend in die Diskussion. Insbesondere in der haus- und fachärztlichen Versorgung wird für die Zukunft vielfach von einer drohenden Unterversorgung gesprochen und ein allgemeiner Ärztemangel unterstellt. Aber auch die Krankenhäuser bemängeln 5 000 dauerhaft nicht besetzbare Arztstellen. Mit den Ländern kritisieren sie eine tendenzielle Gefährdung der flächendeckenden Versorgung. Insofern ist eine kritische Bestandsaufnahme der tatsächlichen Versorgungssituation erforderlich. Denn nur zu gerne argumentieren die Vertragspartner der GKV politisch mit einem angeblichen „Ärztemangel“, um Einkommenssteigerungen durchzusetzen. Aber nicht die reine Anzahl der Ärzte und Betten ist für die Versorgungslage maßgeblich, sondern auch die Anreize für die Leistungserbringer aus den vorhandenen Vergütungssystemen. Ebenso ist es in diesem Zusammenhang unerlässlich, Vergleiche mit internationalen Systemen zu nutzen, damit die Effizienz des Gesundheitswesens mit seinen Strukturen bewertet werden kann. Spätestens hier entpuppt sich der argumentative Weg von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel als politischer Hinterhalt.

In the wake of unresolved financial issues of statutory health insurance (SHI), the question of how to safeguard health care is also increasingly discussed. In particular, there is a fear of a future undersupply of primary and specialty care and a general shortage of physicians. But the hospitals also complain about 5,000 vacancies for physicians they are permanently unable to fill. Along with the federal states, they criticize that a nationwide supply of health care might be endangered. Accordingly, a critical stocktaking of the actual situation is required. Especially so, since the other SHI contract partners only too gladly argue that there is a „shortage of doctors“ to enforce income increases. However, not the sheer number of doctors and beds is essential for a sufficient supply, but also the incentives for providers from the existing financing systems. In this context, it is essential to use comparisons with international systems in order to be able to evaluate the efficiency of the health care system and its structures. At this point, the argumentative path from a physician glut to a physician shortage turns out to be a political ambush.

13.1 Einleitung

In den politischen Diskussionen zu Lebensbereichen, bei denen es für die Bürger um allgemeine und gleiche Verfügbarkeit von Leistungen sowie um Erreichbarkeit und Zugang zu diesen Leistungen geht, wird oftmals eine flächendeckende Versorgung angestrebt. Zur Gewährleistung dieser wird auch die Verteilung der Bevölkerung einbezogen. Im internationalen Vergleich zeigt sich für Deutschland bei der Einwohnerzahl in Bezug auf die Fläche eine relativ dichte Besiedelung. Unter den OECD-Ländern hat Deutschland trotz seiner großen Fläche immerhin die sechsthöchste Einwohnerzahl pro km².¹ Die statistischen 230 Einwohner pro km² sind allerdings nicht gleichmäßig verteilt, sondern zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen große Unterschiede. Beispielsweise weisen die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen gemessen an der Bevölkerungsdichte die höchsten Werte für Einwohner je km² auf. Die drei Bundesländer mit der geringsten Bevölkerungsdichte sind Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt.² Bei einer weiteren Untergliederung auf Regionen lassen sich zudem Ballungszentren, urbane und ländliche Räume unterscheiden. Für jede dieser Regionen eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, ist der vielfach geäußerte politische Anspruch.

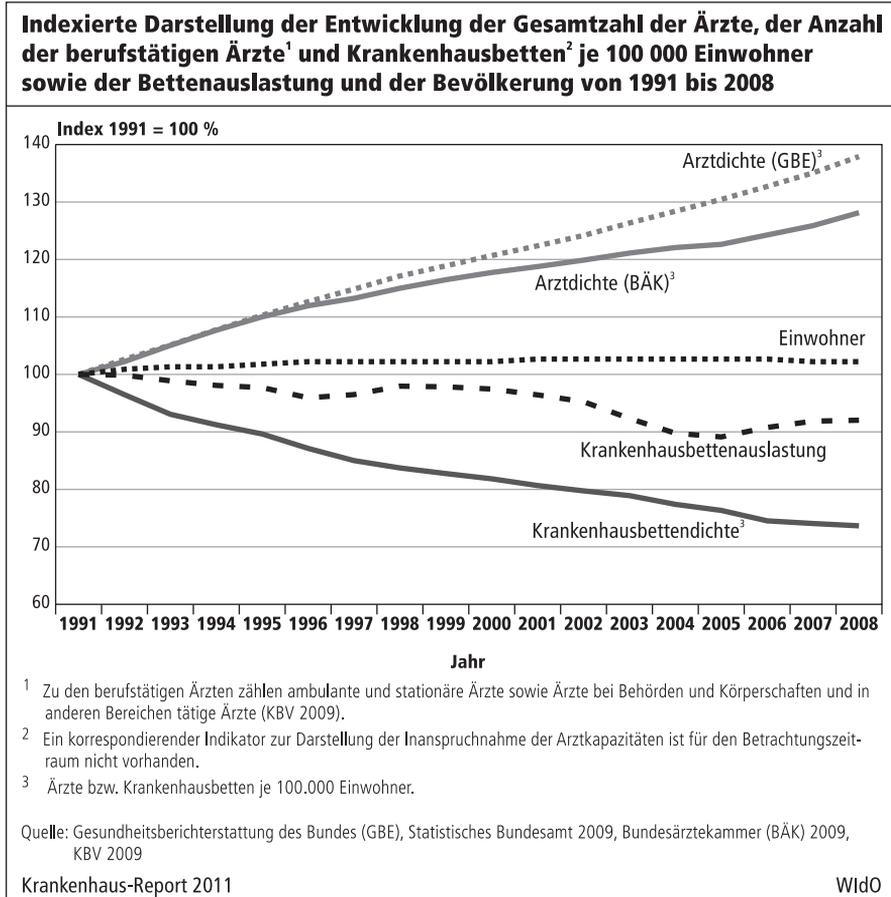
Insbesondere beim bedarfsgerechten Zugang zu medizinischen Leistungen wird nach Lösungen gesucht, die auf eine Vermeidung von Unterversorgung und einen Abbau von Überversorgung abzielen. So greift der zwischen den Regierungsparteien der 17. Legislaturperiode CDU, CSU und FDP geschlossene Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“ vom 26. Oktober 2009 ebenfalls diese Thematik auf (CDU/CSU/FDP 2009, 88-89). Insgesamt konstatiert der Koalitionsvertrag in der vertragsärztlichen Versorgung einen drohenden Ärztemangel, steigende Patientenwartezeiten und Unterversorgung. Diesen Tendenzen soll über die Bedarfsplanung und den Einfluss der Länder begegnet werden. Diese Aussage trifft auch für den stationären Bereich zu, in dem eine flächendeckende Erreichbarkeit angestrebt wird. Allerdings vermeidet es die Bundesregierung, ebenso wie andere Institutionen, die Begrifflichkeit der flächendeckenden Versorgung inhaltlich zu konkretisieren – eine Legaldefinition der flächendeckenden Versorgung im Gesundheitswesen in Deutschland ist nicht vorhanden. Denn mutmaßlich würden damit Ziele gesetzt, die regional über- oder unterschritten werden könnten und dadurch konkreten Handlungsdruck erzeugten.

Trotz aller Diskussionen um die flächendeckende Versorgung zeigt sich bisher überwiegend eine Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem. Das Gesundheitssystem wird generell mit großer Mehrheit als gut bewertet, in einer Umfrage im Jahr 2010 bewerteten 87 Prozent der Bürger – und damit mehr als im Vorjahr – die Gesundheitsversorgung in ihrer Region positiv. Dabei gibt es keine

1 Die Bevölkerungsdichte beträgt in Großbritannien 245, in Japan 338, in Belgien 342, in den Niederlanden 400 und in Korea 485 Einwohner pro km² (OECD 2007).

2 Die Einwohnerdichte ist in Berlin besonders hoch mit 3 849 Einwohnern pro km², darauf folgt Hamburg mit einem Wert von 2 347 und Bremen mit 1 637. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen leben nur 72, in Brandenburg 86 und in Sachsen-Anhalt 116 Einwohner pro km². Insgesamt weist Deutschland bei einer Fläche von 357 111,91 km² und 82 002 356 Einwohnern einen Wert von 230 Einwohnern je km² auf (Statistisches Bundesamt 2010).

Abbildung 13–1



nennenswerten Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung auf dem Land oder in den Städten. Die Nähe zu praktischen Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern wird von jeweils mindestens 84 Prozent als eher gut bzw. gut bewertet (Gesundheitsbarometer 2010). Die zahlreichen Warnmeldungen von Kassennärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) stehen damit im Widerspruch zur Wahrnehmung in der Bevölkerung (z. B. KBV/BÄK 2010). Im EU-Vergleich zeigt sich, dass sich insgesamt ca. 86 Prozent der deutschen Patienten gut oder sogar sehr gut versorgt fühlen. Damit vertrauen die Deutschen ihren medizinischen Leistungserbringern mehr als die Bürger anderer EU-Staaten, die sich zu 57 Prozent gut und zu 13 Prozent sehr gut aufgehoben fühlen (Eurobarometer Spezial 2010, 27f.). In diesem Kontext ist zu klären, mit welchen bedarfs- und krankenhauplanerischen Ressourcen diese subjektive Bewertung des Leistungserbringeroutputs erzeugt wird, um eine Einschätzung des Effizienzgrads zu erhalten. Im internationalen Vergleich wird Deutschland ein leistungsfähiges Gesundheitssystem bescheinigt, das für nahezu die gesamte

Bevölkerung eine Versorgung gewährleistet. Im Vergleich zu anderen Ländern werden aber relativ hohe Ausgaben angeführt, die u. a. auf viele Krankenhausbetten und relativ hohe Arzthonorare zurückzuführen sind (OECD 2009).

Mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland sind daher die korrespondierenden Strukturkennzahlen in der ambulanten und stationären Versorgung von besonderer Relevanz (vgl. Abbildung 13–1).

Die Bevölkerung (und die Bevölkerungsdichte) ist in Deutschland seit 1991 von 80,3 Mio. um 2 Prozent auf 82,0 Mio. Einwohner 2008 gestiegen und damit beinahe konstant geblieben. Stärkere Veränderungen haben sich bei der Zahl der vorgehaltenen Krankenhausbetten und Arztsitze ergeben. Bemerkenswert ist allerdings der gegensätzliche Verlauf der Arzt- und Krankenhausbettendichte trotz überwiegender Konstanz der Einwohnerzahlen. Die ursprüngliche Bettenzahl von 832 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 1991 wurde durch einen entsprechenden Bettenabbau um mehr als ein Viertel auf 613 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 2008 gesenkt. Trotz dieses Bettenrückgangs ist die bundesweite Auslastung der Betten über den gleichen Zeitraum nicht gestiegen, sondern sogar um ca. 8 Prozent gefallen. Die Anreize aus dem pauschalierenden DRG-Vergütungssystem zusammen mit der Verweildauerreduktion und die verstärkt ambulante Leistungserbringung sind die wesentlichen Faktoren für diese Entwicklung. Die Arztdichte als Maß zur Beschreibung der Anzahl der Ärzte bezogen auf 100 000 Einwohner ist bei den insgesamt berufstätigen Ärzten im gleichen Zeitraum dagegen um 28 Prozent gestiegen – von 304 im Jahr 1991 auf 390 im Jahr 2008.³ Bei Zugrundelegung der Gesamtzahl der Ärzte nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ergibt sich sogar eine 10 Prozent höhere Steigerung im gleichen Zeitraum: Statt 372 Ärzten sind 514 Ärzte pro 100 000 Einwohner bei den Ärztekammern registriert.

Zu untersuchen ist, ob diese Trends vor dem Hintergrund der konkurrierenden Leistungsausgabenbereiche dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung dienlich sind. Die Bundesärztekammer weist selbst darauf hin, dass „[...] auf die verschiedenen Probleme hingewiesen [werden muss], die sich aus der zunehmenden Arztdichte in dieser Größenordnung und der Veränderung der Struktur der Ärzteschaft ergeben“ (BÄK 2006). Die aktuelle kollektivvertragliche Ausgestaltung und die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Versorgung gilt es im Folgenden zu bewerten.

³ Die Bundesärztekammer veröffentlicht Zahlen zur Arztdichte unter Verwendung der Einwohner je berufstätigem Arzt. Im internationalen Kontext hingegen wird die Zahl der Ärzte auf 100 000 Einwohner bezogen. Bei den ambulant tätigen Ärzten ergibt sich sogar eine Steigerung von 36 % von 124 Ärzten je 100 000 Einwohner im Jahr 1991 auf 169 Ärzte je 100 000 Einwohner im Jahr 2008.

13.2 Die aktuelle Sicherstellungsplanung als Auslaufmodell?

13.2.1 Grundlagen und Wirkung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), bei denen der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung liegt. Diese haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und im Benehmen mit der jeweiligen zuständigen Landesbehörde einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen (§ 99 SGB V), der der Entwicklung anzupassen ist. Dabei sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien maßgeblich. Eine sektorübergreifende Planung ist ebenfalls vorgesehen, indem neben der Raumordnung und Landesplanung auf die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Krankenhausplanung verwiesen wird.

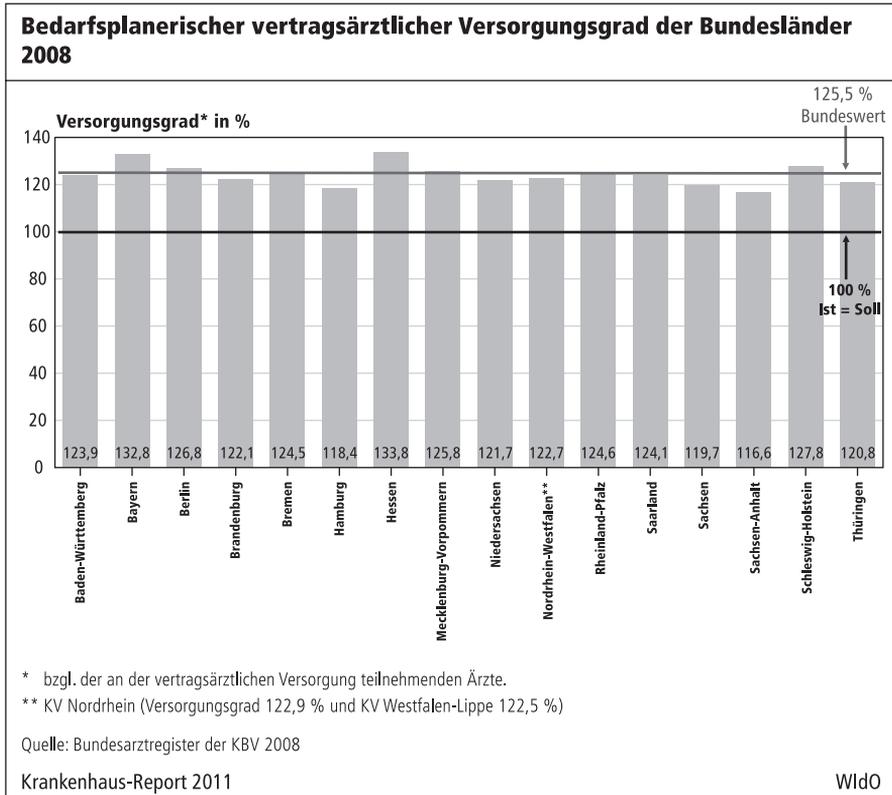
Mit der kassenärztlichen Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Kassenärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. Es wird in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Verhältniszahl „Einwohner je Arzt“ für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung vorgegeben (§ 101 Abs. 1 SGB V). Damit wird der normative Sollbestand an Ärzten definiert, der für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Insgesamt gibt es in Deutschland 395 Planungsbereiche (vergleichbar zu den Städten und Kreisen), in denen die Planung für 14 Arztgruppen erfolgt.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen die zugelassenen Ärzte teil;⁴ für diese Zulassung sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Über die Zulassung wird der Vertragsarzt Mitglied der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 Abs. 3 SGB V) und zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten berechtigt und verpflichtet. Es besteht ein Kontrahierungszwang der gesetzlichen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter aller zugelassenen Ärzte und damit auch mit allen zur ambulanten Versorgung zugelassenen Ärzten (Jacobs und Schulze 2010, 25).

Anders als im stationären Sektor mit Betten ist die Ausstattung der Regionen mit Ärzten konkret gefasst und der jeweilige arztgruppenspezifische Versorgungsgrad über einen Soll-Ist-Vergleich ermittelbar. Vergleicht man den Ist-Bestand an Ärzten mit dem bedarfsgerechten „Soll“ an Ärzten, lässt sich der Versorgungsgrad ableiten. Bei Gleichheit beider Werte besteht ein Versorgungsgrad von 100 Prozent. In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung liegt in einem Planungsbereich grundsätzlich Überversorgung vor, wenn der Ärztebedarf um mindestens 10 Prozent überschritten ist (§ 101 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Unterversorgung hingegen trennt nach haus- und fachärztlicher Versorgung. Danach wird von Unterversorgung gesprochen, wenn der Ärztebedarf der Hausärzte um mehr als 25 Prozent und der Ärztebedarf

⁴ Auch zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil (§ 95 Abs. 1 SGB V).

Abbildung 13–2



der Fachärzte um mehr als 50 Prozent unterschritten werden. Die Feststellung einer Ist- bzw. drohenden Unterversorgung sowie einer Überversorgung obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen (§ 100 Abs. 1 und § 103 Abs. 1 SGB V). Die Feststellung der Unterversorgung ist verbunden mit der Fristsetzung an die zuständige KV zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung. Dafür können verschiedene Maßnahmen wie Neuzulassungen oder Ermächtigung von Krankenhausärzten für die ambulante Versorgung erfolgen. Bei Überversorgung sind entsprechende regionale Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, die zu einer Sperrung von Planungsbereichen für die jeweilige Arztgruppe führen können. Die Ärztevertreter warnen allerdings seit Jahren vor einem drohenden Ärztemangel (KBV/BÄK 2010), was es im Folgenden zu bewerten gilt.⁵

⁵ Anfang der 90er Jahre wurden die ersten Gebiete für Neuniederlassungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung gesperrt. Zuvor hatten die Neuregelungen der Bedarfsplanung und vorgeschaltete Übergangsregelungen im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes zu einer „Niederlassungswelle“ im Jahr 1993 geführt (Kopetsch 2003, 36). Nach diesen Regelungen unterlagen Ärzte, die bis zum 31. Januar 1993 die Zulassung zum Vertragsarzt beantragt hatten, verbunden mit einer Frist zur Praxiseröffnung, nicht den neuen Überversorgungsregelungen. Weiterhin war es ausschließ-

Von den im Jahr 2008 insgesamt ca. 320 000 berufstätigen Ärzten in Deutschland sind 138 330 Ärzte ambulant tätig – gegenüber 99 825 im Jahr 1991. Dies entspricht einer bundesweiten Erhöhung der ambulant tätigen Ärzte seit 1991 um fast 40 Prozent. Diese Steigerungen führen zu der oben bereits angeführten Arztdichte von 390 berufstätigen Ärzten je 100 000 Einwohner – eine Verdoppelung seit den 70er Jahren. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland im Jahr 2007 mit rund 150 Allgemeinärzten auf 100 000 Einwohner einen der Spitzenplätze des Arztdichteranking ein (OECD-Durchschnitt: 90) (OECD 2009). Innerhalb der OECD gibt es nur vier Länder (Belgien, Portugal, Frankreich, Österreich), die eine höhere Allgemeinärztdichte aufweisen als Deutschland. Die Facharztdichte (200) liegt etwas über dem OECD-Durchschnitt von 180 (OECD 2009; Braun und Marstedt 2010, 3f.).

Die Zahl der für die vertragsärztliche Versorgung relevanten Ärzte⁶ beläuft sich 2008 auf 135 388 Ärzte. Bundesweit ergibt sich eine Zahl von 165 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten je 100 000 Einwohner. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es Unterschiede: Die Stadtstaaten Bremen (222), Berlin (205) und Hamburg (199) weisen die höchste Arztdichte der Bundesländer auf, gefolgt von Saarland und Bayern (jeweils 173). Diese Arztzahlen bezogen auf 100 000 Einwohner liegen in den neuen Bundesländern unterhalb des bundesdeutschen Durchschnitts. Brandenburg hat dabei den niedrigsten Wert (140) gefolgt von Sachsen-Anhalt (152). Diese Unterschiede zwischen den Ländern sind mit Ausnahme der Stadtstaaten allerdings vergleichsweise gering (Klose und Rehbein 2011).

Über alle in der Bedarfsplanung berücksichtigten Arztgruppen und KVen hinweg zeigt sich, dass das Plansoll an Ärzten 2008 bundesweit um ca. 25 Prozent überschritten wird (vgl. Abbildung 13–2).⁷ In allen einzelnen KVen beläuft sich der Gesamtversorgungsgrad auf über 100 Prozent, wobei die KV Hessen mit 133,8 Prozent den höchsten Wert aufweist, gefolgt von Bayern mit 132,8 Prozent. Diese liegen auch deutlich über dem bundesweiten Versorgungsgrad. Die KV Sachsen-Anhalt hat mit 116,6 Prozent, gefolgt von der KV Hamburg mit 118,4 Prozent, den niedrigsten Versorgungsgrad. Bundesweit weisen zudem alle ärztlichen Fachgruppen einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent auf. Lediglich Sachsen-Anhalt weist bei den Hausärzten mit 94,4 Prozent einen Gesamtversorgungsgrad von weniger als 100 Prozent auf. Insgesamt kommen die Hausärzte aber auf einen Versorgungsgrad von 108 Prozent (Klose und Rehbein 2011).

Ein genereller Mangel an Fach- oder Hausärzten ist also weder bezüglich des Bundeslandvergleichs noch hinsichtlich der Facharztversorgung zu erkennen. Auf KV- bzw. Landesebene ist keine Unterversorgung feststellbar. Auch das Bundesmi-

denden Vertragsärzten möglich, auch in überversorgten Gebieten ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben.

6 Dazu zählen Vertragsärzte, Partner-Ärzte (nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 SGB V), angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte.

7 Bei der Berechnung der Gesamtversorgungsgrade wird für jede KV das summierte Soll (gemäß den Richtlinien der Bedarfsplanung) dem summierten Ist über alle Planungsbereiche und Arztgruppen gegenübergestellt. Dieser Wert gibt also Aufschluss darüber, ob es auf der jeweiligen Betrachtungsebene (KV bzw. Gesamtdeutschland) mehr oder weniger Ärzte gibt als nach den Richtlinien der Bedarfsplanung vorgesehen (Klose et al. 2007).

nisterium für Gesundheit bescheinigt dem ambulanten Sektor – auch im internationalen Vergleich – mit einer überdurchschnittlichen Ärztedichte eine „sehr gute“ Inputversorgung, da es immer mehr Ärzte pro Einwohner gibt (BMG 2009).

In Ballungszentren sind Hausärzte zahlreich vertreten und tragen zu einer Überversorgung bei. Bei über 75 Prozent der Planungsbezirke ist ein hausärztlicher Versorgungsgrad von über 100 Prozent erreicht und fast die Hälfte der Planungsbezirke gilt als überversorgt. Es zeigt sich dabei kein „nennenswerter Unterschied“ zwischen Kernstädten und Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte – ein „doctor drain“ in die Städte ist nicht feststellbar (WR 2010, 6). Im fachärztlichen Bereich ist beinahe durchgängig eine Überversorgung zu verzeichnen, bei fast 90 Prozent aller Planungsbereiche lässt sich diese nachweisen (Klose und Rehbein 2011). Insbesondere in den städtischen Räumen wurden für einige Planungskreise für eine Vielzahl von Arztgruppen bereits Niederlassungssperren verhängt.

Diese Entwicklungen aller Arztgruppen zusammen dürfen aber nicht auf alle Fachdisziplinen in jeder Einzelregion projiziert werden. Denn es gibt Indizien dafür, dass die zukünftige hausärztliche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten gefährdet sein könnte. Bisher gibt es aber nur einen der 395 Planungsbezirke, der mit 69,1 Prozent Versorgungsgrad als unterversorgt gilt: Der Saalekreis in Sachsen-Anhalt, der zudem geographisch in der Nähe der überversorgten Stadt Halle a. d. Saale liegt. Trotz des Mehr an Hausärzten als für die Bedarfsplanung notwendig sind Schwankungen beim regionalen Versorgungsgrad festzustellen. „Einer Unterversorgung in einigen Landstrichen steht eine massive Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten und für Ärzte attraktiven Regionen gegenüber“ (Klose und Rehbein 2011). Überwiegend in den neuen Bundesländern könnten Probleme mit der Wiederbesetzung bei frei werdenden Arztstellen entstehen. Es gibt also nicht zu wenige Ärzte, diese sind nur suboptimal verteilt.

Das Instrumentarium der Bedarfsplanung für die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung hat es bisher nicht geschafft, eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte zu erreichen. Vielmehr wurde eine räumliche Fehlverteilung der Arztkapazitäten verursacht oder zumindest nicht verhindert (Schönbach 2010, 12). „[E]s liegt [...] ein spezifisches Verteilungsproblem vor, während der Behauptung eines allgemeinen Mangels an ärztlichem Personal die empirische Grundlage fehlt“ (WR 2010, 6). Die wachsenden Unterschiede im Versorgungsgrad zwischen einzelnen Regionen sind vorhanden. „Insgesamt fehlen etwa 800 Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25 000 Ärzte mehr zugelassen als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden“ (GKV-SV 2010, 5). Denn ein wirksames Mittel zum Abbau von Überversorgung ist nicht vorhanden. Ärzte dürfen sich grundsätzlich auch niederlassen, wenn in einem Planungsbereich eine Vollversorgung von 100 Prozent besteht – erst ab der Grenze von 110 Prozent ist dies nur über Ausnahmen möglich. Instrumente, die Versorgung nach dem Bedarf der Versicherten „planvoll“ zu beeinflussen, fehlen, von vereinzelt Sicherstellungszuschlägen und Sonderbedarfszulassungen als Notmaßnahmen abgesehen.

Überversorgung ist gemessen an dem bedarfsgerechten Versorgungsgrad unwirtschaftlich und ineffizient, denn die Arztressourcen werden nicht alloka-tions-effizient eingesetzt. Die Kosten dafür werden seitens des GKV-Spitzenverbandes auf ca. 5 Mrd. Euro pro Jahr allein für ärztliches Honorar geschätzt (GKV-SV 2010, 5).

Damit verbunden sind die vom Arzt veranlassten Ausgabensteigerungen, denn der Vertragsarzt entscheidet über die wesentlichen Leistungen der medizinischen Versorgung wie Arzneimittel und Krankenhauseinweisung (Kopetsch 2003). Bezogen auf die Bevölkerung hat Deutschland 2007 mit 227 je 1 000 Einwohner nach Österreich und Frankreich die höchste Zahl an Krankenhauseinweisungen (OECD-Mittel 158). Darüber hinaus hat die Zahl der Arztbesuche in keinem anderen Land so stark zugenommen wie in Deutschland und liegt über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2009). Dies ist insbesondere der kollektivvertraglich geregelten komplexen Gesamtvergütung geschuldet, die Fälle honoriert und eine angebotsinduzierte Nachfrage zugunsten der ökonomischen Bilanz des Arztes fördert. Regional sind die Ärzte in Deutschland gleichmäßiger verteilt als in fast allen anderen OECD-Ländern (OECD 2009).

Darüber hinaus liegen die Ursachen des Verteilungsproblems insbesondere in der Bedarfsplanung selbst begründet, bei der nicht der tatsächliche Bedarf gesteuert wird, sondern die regionale Verteilung der Arztkapazitäten. Grundlage zur Bedarfsplanung sind die in den Richtlinien des G-BA festgelegten Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von Ärzten je Einwohner, die zum Stichtag 31.12.1990 ff. bundeseinheitlich ermittelt wurden und bis heute Gültigkeit haben. Damit wurden die damaligen Angebotsstrukturen zementiert – aus einer Ist-Erhebung wurde eine Soll-Anforderung. Die Fortschreibung der Verhältniszahl aus 1990 hat Arztstrukturen in Bezug auf die Bevölkerungszahl konserviert (Kopetsch 2003). Betrachtet man die aktuellen Versuche der Selbstverwaltung, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Kollektivverträge weiterzuentwickeln, lassen sich ernsthafte Zweifel an der Effektivität des Systems kaum vermeiden. Nur über entsprechende Gegenmaßnahmen wird eine nachhaltige bessere vertragsärztliche Versorgung möglich sein. Zahlreiche Ideen wurden bereits in der Vergangenheit diskutiert (Jacobs und Schulze 2010, 21–23). Eine andersartige Bedarfsplanung hat sich nicht an Arzttinputfaktoren zu orientieren, sondern den notwendigen Bedarf zu ermitteln. Dies kann über die bevölkerungsbezogene Definition von der jeweils regional abzusichernden Versorgungsleistung geschehen.

Als besonders hemmend für eine optimale Bedarfsplanung zeigt sich das unzeitgemäße Festhalten an Besitzstandswahrungsinteressen. Natürlich ist für die KBV leicht festzustellen, dass sich Ärzte nur mit erheblichen Finanzanreizen in bestimmten ländlichen Regionen zur Niederlassung motivieren lassen, so lange die Alternative der Niederlassung in einer überversorgten Region grundsätzlich einfach weiter besteht. In einer echten Bedarfsplanung würde diese Möglichkeit vollständig ausgeschlossen und damit das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung wirkungsvoll beseitigt

13.2.2 Grundlagen und Wirkung der Krankenhausplanung

In der stationären Versorgung kommt den Bundesländern eine besondere Verantwortung zu. Nach Artikel 20 Grundgesetz (GG) besteht eine „unverrückbare Verantwortung“ (SVR 2007, 303) des Staates, die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu versorgen. Bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausversorgung und der Regelung der Krankenhauspflegesätze gilt die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 74 Nr. 19a GG. Die Kranken-

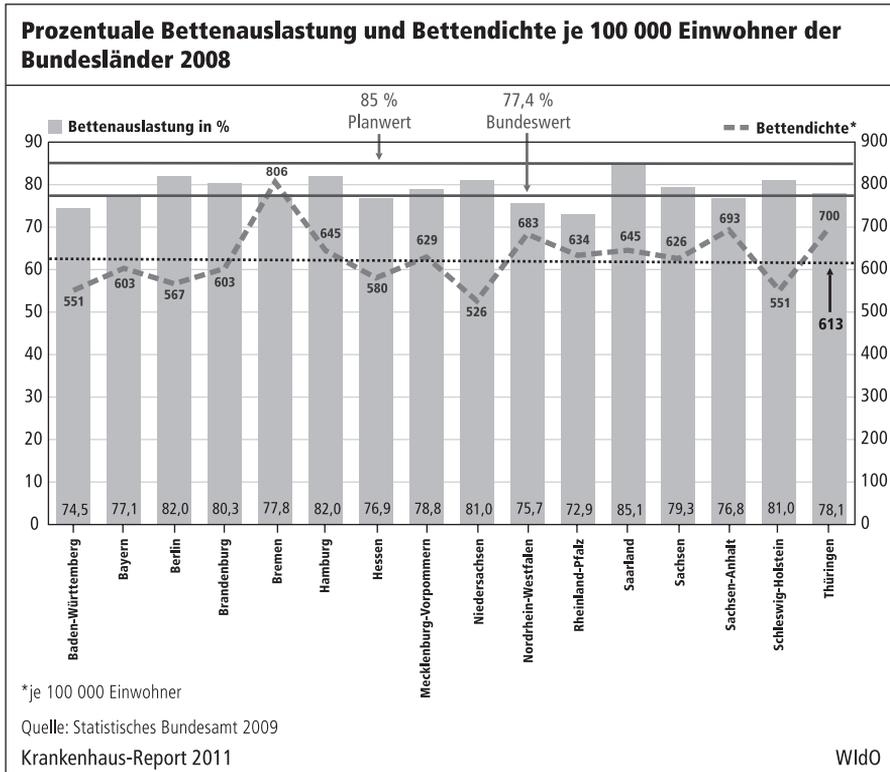
hausplanung wurde 1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf eine neue Basis gestellt, nachdem vorher die Bundesländer der Ausfüllung ihrer Verantwortung nicht in vollem Umfang gerecht wurden. Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und so zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG).

Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Ländern (§ 6 KHG), sodass diese verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Dazu stellen sie entsprechende Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die in die Krankenhauspläne aufgenommenen sogenannten Plankrankenhäuser gelten als zugelassene Krankenhäuser und sind berechtigt, Krankenhausbehandlung zu erbringen und ihre Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen (§ 108 Nr. 1 SGB V). Es besteht ein genereller Kontrahierungszwang für die Krankenkassen, sodass die Aufnahme in den Krankenhausplan einer Lizenz zur Abrechnung von Krankenhausleistungen entspricht. Zugelassene Krankenhäuser sind auch solche, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, sowie Kliniken, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben (§ 108 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V). Das Land kann unter Berücksichtigung öffentlicher Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger zwischen verschiedenen Krankenhäusern entscheiden, welches den Zielen der Krankenhausplanung am weitesten gerecht wird (§ 8 KHG). Dieses weitreichende Planungsrecht der Bundesländer ist insbesondere durch die Mindestmengenregelungen des G-BA für bestimmte planbare Leistungen (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und die G-BA-Beschlüsse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§ 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) sowie durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2004 zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan (Metzner 2009, 394; BVerfG 2004) eingeschränkt. Dennoch besitzen die Bundesländer im Krankensektor einen erheblichen Gestaltungsspielraum. Für eine Bewertung soll nun am Beispiel der Investitionsfinanzierung und der Bettenauslastung gezeigt werden, wo die Schwächen des aktuellen Planungssystems liegen.

Im KHG wurde die duale Finanzierung festgelegt, die vereinfacht besagt, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen und die Investitionen durch die Bundesländer getragen werden. Im Jahr 1991 belief sich die Fördermittelquote der Länder nach KHG noch auf ca. 10 Prozent der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (PKV). Dies entsprach einem Fördervolumen von ca. 3,64 Mrd. Euro (DKG 2009, 96). Würde man die Preise aus 2008 zugrunde legen, betrug das Fördervolumen 1991 sogar 5,1 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2010, 38). Die Investitionsfinanzierung der Länder wurde im weiteren Verlauf zunehmend reduziert – mittlerweile mit 2,69 Mrd. Euro im Jahr 2008 bis auf einen Wert, der nominal nicht einmal mehr drei Viertel des Förderbetrags aus 1991 beträgt und unter fünf Prozent der GKV- und PKV-Krankenhausaussgaben liegt.

Die Mindestinvestitionsrate eines Akutversorgungshauses wird heute verschiedenen Quellen zufolge mit ca. 10 Prozent beziffert. Die tatsächliche Investitionsrate schwankt je nach Berechnungsmethodik und zugrunde gelegter Bezugsbasis. Demnach betragen die durch Fördermittel 2008 getätigten Investitionen 5 Prozent des

Abbildung 13–3



Umsatzes (Augurzký et al. 2010, 39). In zahlreichen Ergebnisberichten ökonomisch erfolgreicher Klinikkonzerne werden allerdings 6 bis 17 Prozent des Umsatzes oder des Anlagevermögens als tatsächliche Investitionsquote aufgeführt. Die Fördermittel reichen somit zur Deckung der Investitionen nicht aus und es ergibt sich abhängig von der angenommenen erforderlichen Investitionsquote ein Finanzierungsdefizit, das durch Eigenfinanzierung seitens der Krankenhäuser u. a. aus den Vergütungen der Krankenhausleistungen querfinanziert werden muss. Es ist also festzustellen, dass die Länder ihrem gesetzlichen Auftrag zur Investitionskostenfinanzierung nicht nachkommen (Malzahn und Wehner 2010, 115).

Das zweite Beispiel für bestehende Defizite der aktuellen Planungspraxis ist die geringe Bettenauslastung der Krankenhäuser. Anders als in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung existiert im stationären Bereich keine konkrete Definition von Über- und Unterversorgung, sodass der Vergleich von tatsächlicher und normativ vorgegebener Bettenauslastungsquote lediglich Hinweise auf Über- und Unterversorgung gibt (Jacobs und Schulze 2010, 25).⁸ Vergleicht man die tatsächliche Bettenauslastung mit den angestrebten Mindestauslastungsquoten in den Bundeslän-

8 Zu den Einschränkungen und zugrunde gelegten Annahmen dieser Aussage vgl. Malzahn et al. (2010).

dern, kann damit die Zielerreichung der Krankenhausplanung anhand des Kriteriums Nutzungsgrad bewertet werden (vgl. Abbildung 13–3).⁹

Die Bettendichte beläuft sich 2008 in Deutschland auf 613 Betten je 100 000 Einwohner. Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen eine vergleichsweise hohe Bettendichte auf. Bremen und Hamburg als Stadtstaaten und Behandlungszentren zeigen aufgrund der Versorgung umliegender Regionen verständlicherweise ebenfalls hohe Werte. Dies verdeutlicht, dass die Krankenhausplanung nicht an den Landesgrenzen aufhören darf, sondern die Grenzregionen und Patientenströme mit berücksichtigen muss. Vorstellbar wären auch länderübergreifende Vereinheitlichungen von Planungsgrößen.

Insbesondere der internationale Vergleich für das Jahr 2007 zeigt, dass Deutschland trotz eines erheblichen Bettenrückgangs im Verhältnis zur Bevölkerung immer noch sehr viele Krankenhausbetten hat. 570 Akutbetten je 100 000 Einwohner warten auf Patienten, im OECD-Durchschnitt sind es nur 380 Betten. Das aufgrund seiner dünnen Besiedelung schwerer zu versorgende Schweden kommt sogar nur mit 210 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner aus. Der Auslastungsgrad der Betten liegt in Deutschland mit 76 Prozent im OECD-Vergleich allerdings nahe beim Durchschnitt (75 Prozent) (OECD 2009).

Die Bettenauslastung weist in Deutschland 2008 mit einem Wert von 77,4 Prozent nun im dritten Jahr in Folge einen mäßigen Anstieg auf. Insgesamt ist von 1991 bis 2008 aber ein Rückgang der Bettenauslastung von 8 Prozent zu beobachten – trotz eines Bettenabbaus von 24 Prozent. Fast jedes vierte Bett der von den Krankenkassen und Bundesländern insgesamt vorgehaltenen Infrastruktur, nämlich ca. 503 360 Betten, steht leer. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der Abbau von Überkapazitäten auf lange Sicht noch nicht ausreichend erfolgt ist (SVR 2007, 412; SVR-Wirtschaft 2008, 14). Überwiegend ist der Bettenabbau nicht krankenhauplanerisch bedingt, sondern auf Fusionen und Übernahmen zurückzuführen (Augurzky et al. (2010), 43). Der von den meisten Bundesländern vorgegebene Mindestauslastungsgrad von 85 Prozent (Weigl 2008, 2) wird damit national gesehen um 7,6 Prozent unterschritten. 2008 sind in keinem Bundesland außer dem Saarland (85,1 %) die Betten mit einer derartigen Quote ausgelastet. Auch die Abweichungen von der in den landesindividuellen Krankenhausplänen angegebenen Normauslastung zur tatsächlich realisierten Inanspruchnahme sind teilweise sehr hoch und betreffen je nachdem, welche Vergleichswerte zugrunde gelegt werden, die überwiegende Zahl der Bundesländer. Geht man beispielsweise von dem jeweils in einem Bundesland höchsten vorgegebenen Auslastungsgrad als Basis aus, zeigt sich in fast allen Ländern eine Unterauslastung der Kapazitäten (Malzahn et al. 2010).

Die Betten, für die die vorgegebene Mindestauslastung unterschritten wird, stellen ein Potenzial für den Abbau von Überkapazitäten dar. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Bettenzahl und Überkapazitäten bei Nichterreichen der Mindestauslastung drängt sich förmlich auf. Durch die DRG-Einführung hat sich in Deutschland die Liegezeit pro Fall weiter verkürzt, sodass trotz einer Fallzahlsteigerung

⁹ Die Bettenauslastung bzw. der Nutzungsgrad gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in vom Hundert an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.

eine bedeutende Verminderung von Belegungstagen die Folge war. Die Bundesländer haben allerdings aufgeschoben, ihre Zielvorgaben entsprechend anzupassen. Es scheint grundsätzlich schwierig, mit den derzeitigen Verfahren der Krankenhausplanung genau die Kapazitäten zu prognostizieren, die auch beansprucht werden. Schwankungen der Inanspruchnahme der Kapazitäten, insbesondere der Reservekapazitäten, sind als gegeben anzusehen und auf diese Art nicht „wegzuplanen“. Die zum Teil großen Abweichungen von der Normauslastung in manchen Bundesländern legen aber die Frage nahe, ob die aktuelle staatliche Planung anders ausgestaltet werden muss.

Aufgrund der weit verbreiteten Unterauslastung in vielen Krankenhäusern wird in der stationären Versorgung selten eine Unterversorgung konstatiert. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) haben allerdings ca. 80 Prozent der Krankenhäuser Probleme, offene Arztstellen zu besetzen (Blum und Offermanns 2009, 27). Seit 2006 habe sich die Zahl der offenen Stellen vervierfacht. Der Arztmangel wird dabei oftmals mit der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser verknüpft (Mihm 2010). Vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzentwicklung der Krankenhäuser wirkt diese Argumentation jedoch schwer nachvollziehbar.

Im Jahr 2008 erzielten fast 62 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser einen Jahresüberschuss – eine leichte Zunahme gegenüber dem Vorjahr. Ungefähr 44 Prozent der Krankenhäuser erwartet dieses Ziel für 2009. Der Anteil der Krankenhäuser mit Verlusten betrug im Jahr 2008 ca. 20 Prozent und wird für 2009 auf etwa 26 Prozent prognostiziert (Blum und Offermanns, 70). Für das Jahr 2010 erwarten ca. 42 Prozent eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Der Krankenhaus Rating Report 2010 hingegen geht auf Basis der Jahresüberschüsse davon aus, dass sich die Situation 2009 und 2010 verbessert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Verlust wird für 2009 auf 14 und für 2010 auf ungefähr 11 Prozent geschätzt. Im Jahr 2008 wiesen noch ca. 21 Prozent der untersuchten Krankenhäuser ein negatives Jahresergebnis auf. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss über einem Prozent des Umsatzes wird von 52 Prozent im Jahr 2008 auf 77 Prozent im Jahr 2009 und 83 Prozent im Jahr 2010 geschätzt (Augurzyk et al. 2010, 109). Der konstatierte Arztmangel ist demnach nicht Folge einer angespannten wirtschaftlichen Situation, sondern beruht eher auf den bestehenden Überkapazitäten. Würde man nämlich den in zahlreichen Krankenhausplänen normativ vorgegebenen Bettennutzungsgrad von 85 Prozent als Zielerreichung vorgeben, müssten Krankenhauskapazitäten angepasst werden. Statt den genannten 5 000 offenen Stellen (DKG 2010a; Blum und Offermanns 2009, 28), würde dann mutmaßlich kein Mangel an Ärzten im stationären Sektor beklagt werden können.

Sowohl aus der rückläufigen Investitionsförderung als auch aus dem Vergleich der normativen mit der tatsächlichen Betteninanspruchnahme kann abgeleitet werden, dass die aktuellen gesetzlichen Verankerungen von Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung nicht krisenfest sind. Wenn die Länder aus wirtschaftlichen Gründen die Investitionsförderungen zurückführen, bedroht dies mindestens mittelfristig die stationäre Versorgung. Und sofern eine Planungsbehörde Überkapazitäten nicht beseitigt, belastet eine resultierende Unterauslastung über die zu finanzierende Vorhaltung der Infrastruktur die Beitrags- und Steuerzahler gleichermaßen. Eine Beseitigung dieser Fehlentwicklungen in diesen zentralen Punkten ist

nicht absehbar – Gesetzesänderungen bedürfen der Zustimmung des Bundesrats und die juristischen Mittel können im Einzelfall das generelle Systemversagen nicht ausreichend korrigieren. Die Politik hat die Wirkung des DRG-Systems, die dazu geführt hätte, dass unwirtschaftliche Krankenhäuser auf Dauer nicht mehr betrieben werden können, nicht zugelassen. Stattdessen verordnete der Gesetzgeber mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) für die Jahre 2009 und 2010 erhebliche Ausgabensteigerungen, die erforderliche Kapazitätsanpassungen im stationären Sektor verhindert haben (Malzahn und Wehner 2009, 34f.).

Nachdem kollektivvertragliche Systeme mit Kontrahierungszwang sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor keine Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu einem gesellschaftlich akzeptablen Preis erreicht haben, ist es erforderlich, über Alternativen zu den strukturell defizitären Ansätzen nachzudenken. Es zeigt sich, dass sowohl hinsichtlich der Arzt- als auch der Bettenkapazitäten Verteilungs- und Auslastungsprobleme bestehen. Die staatlichen Planungsmechanismen haben bisher nicht zu einer effizienten, bedarfsgerechten Versorgung geführt. Vor allem die zunehmende Ambulantisierung der medizinischen Versorgung wird einen stärker über die Planung in dem jeweiligen Sektor hinausgehenden Blick erforderlich machen. Ärzte haben in vielen Fällen eine fachärztliche Tätigkeit am Krankenhaus oder in Medizinischen Versorgungszentren. Die Krankenhäuser haben sich in der Vergangenheit sehr intensiv für zahlreiche Formen der ambulanten Behandlung geöffnet. Insbesondere die fachärztliche Versorgung findet also heute außerhalb der Arztpraxen statt. Die dadurch bedingte doppelte Vorhaltung fachärztlicher Kapazitäten ist ein Phänomen, das die Bedarfsplanung berücksichtigen muss. Nicht Zulassungen, sondern Verträge sollten über die Leistungserbringung entscheiden.

13.3 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

13.3.1 Versorgungspolitische Debatte im Schatten der Finanzreform – Konzepte der Leistungserbringerverbände und der Gesundheitsministerkonferenz

Versorgungspolitische Reformen stehen in der Agenda zurzeit nicht obenan. Dennoch oder gerade deshalb werden von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kontroverse Positionen bezogen, die beträchtlichen Veränderungswillen anzeigen (Schönbach 2010). Gerungen wird um die Sicherstellungsaufträge in den kommenden Jahren, in denen die flächendeckende Sicherstellung aufgrund der demographischen Entwicklung zu einer Herausforderung wird. In ländlichen Regionen nehmen Bevölkerungs- und ceteris paribus Arztlzahl spürbar ab, während die Zahl älterer und behandlungsbedürftiger Versicherter ansteigt.

Projektionen dazu hat der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) in seinem Gutachten „Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (SVR 2009) vorgelegt. Der SVR beschreibt die besonderen Anforderungen an die generationenspezifische Versorgung und stellt sie in das Spannungsverhältnis zur demographischen Entwicklung.

Ebenso zeigen Aufträge und Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder eine neue Sensibilität der vor Ort politisch Verantwortlichen für die Sicherstellungsfrage an. Im Auftrag der GMK hat im Jahre 2008 eine Arbeitsgruppe langfristige „Probleme der Primärversorgung in Deutschland“ angeführt (GMK 2008) und auf Reformbedarf bei der Bedarfsplanung verwiesen. Parallel hat der Gemeinsame Bundesausschuss Beratungen aufgenommen. Um von daher in der neuen Legislaturperiode nicht mit offenen Sicherstellungsfragen konfrontiert zu werden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im November 2009 ihrerseits Stellung bezogen. Wenige Tage nach Konstituierung des neuen Bundestages legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Papier über „Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung“ vor (KBV 2009b). Bemerkenswert und impulsgebend für die weitere Diskussion ist das Eingeständnis, dass eine flächendeckende Sicherstellung künftig nur noch sektorübergreifend gewährleistet werden könne. In dieser Perspektive bewegen sich im Übrigen auch die im Juni 2010 vorgelegten Entschlüsse der GMK (GMK 2010).

In ihrem Zukunftspapier fordert die KBV unumwunden, dass „[...] in jedem Bundesland ein Regionalverbund „Sektorübergreifende Versorgungsplanung“ als öffentlich-rechtlicher Zweckverband gegründet wird. Der Regionalverbund koordiniert die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich und der Länder für den stationären Bereich länderübergreifend“ (KBV 2009b, 4).

KBV: Sektorübergreifende Versorgungsplanung

Der Begriff der „Sektorübergreifenden Versorgungsplanung“ beschreibt einen mehrdimensionalen Bruch mit der bisherigen Grundorientierung. Einerseits signalisiert er, dass die „verteilende“ Bedarfsplanung geltenden Rechts in der ambulanten Versorgung gescheitert ist und durch eine Versorgungsplanung zu ersetzen sei. Andererseits signalisiert der Begriff der „sektorübergreifenden Versorgungsplanung“, dass nicht hinnehmbare Sicherstellungslücken nur noch unter Zuhilfenahme der Krankenhäuser geschlossen werden können: So eröffnet die KBV eine neue Partnerschaft mit den Krankenhäusern, denen sie auch für die Zukunft anders als Kapitalgesellschaften nicht das Recht absprechen will, Träger von Medizinischen Versorgungszentren zu sein, die im Übrigen der Bedarfsplanung und Honorarsteuerung der Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen.

Unveränderbare Bedingung der KBV ist jedoch die ungeteilte körperschaftliche Zulassungs- und Vergütungshoheit der KVen innerhalb einer dann doch nur „koordinierenden“ Versorgungsplanung im Regionalverbund. Weder eine unabhängige Stellung der für die ambulante Sicherstellung unverzichtbaren Krankenhäuser noch eine tatsächliche Letztverantwortung der koordinierenden Länder wird in dem Zukunftspapier eingeräumt. Die entsprechende Linie wird in anschließenden standespolitischen Forderungen fortgesetzt, die KBV und die Bundesärztekammer (BÄK) im Mai 2010 erhoben haben, um eine KV-unabhängige Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung wieder zurückzuführen. Nach geltendem Recht können Klinikambulanzen hoch spezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen, wenn sie dazu eine Länderzulassung haben (§ 116b Abs. 2 SGB V). KBV

und BÄK fordern, die Zulassung von Kliniken zur ambulanten Versorgung wieder von der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig zu machen. Dabei soll eine Zulassung des Krankenhauses grundsätzlich verwehrt sein, wenn die KV eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur ambulanten Versorgung erteilt hat oder diese beantragt ist (Deutsches Ärzteblatt 2010). Obschon im Jahre 2010 allein das Vokabular fremd klingt, betont Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt auf den Punkt: „Das Instrument der Ermächtigung ist immer der richtige Weg gewesen.“

DKG: Wegfall der Sektorengrenzen

Die Gegenposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) formuliert im Juli 2010 ein überaus liberales Konzept, in dem Sektorengrenzen keine Rolle mehr spielen. Die DKG begrüßt, dass „[...] die Diskussion über die Sicherstellung einer stärker am Bedarf des Patienten orientierten ambulanten ärztlichen Versorgung in Gang gekommen ist“ (DKG 2010b, 1) und bezieht sich damit zweifellos auf den von der KBV eingeführten Begriff der „sektorübergreifenden Versorgungsplanung“. Um Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erbringen zu können, müssten Krankenhäuser hohe Qualitätsanforderungen erfüllen und eröffneten den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten: „Das ambulante Sicherstellungsmonopol der KVen, die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit Zulassungssperren und das System der Pauschalvergütung mit befreiender Wirkung [...] sind die zentralen Hemmnisse für die notwendige sektorübergreifende Verzahnung des ambulanten Leistungsspektrums von Vertragsärzten und Krankenhäusern“, so die DKG (DKG 2010b, 2).

Die DKG schlägt eine Neugliederung der ambulanten Versorgung vor, bei der die „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ von einer „spezialärztlichen Versorgung einschließlich des ambulanten Operierens“, stationsersetzender Eingriffe und ambulanter Institutsleistungen (§§ 115b, 116b Abs. 2 und 3, 116c SGB V) unterschieden wird:

- Für die „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ soll es eine „sektorübergreifende Versorgungsplanung“ der KV unter Beteiligung der Länder, Kommunen und Landeskrankenhausgesellschaften geben. Darüber hinaus sind finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten und Ermächtigungen von Krankenhäusern durch die KV zu ermöglichen. Und schließlich beansprucht die DKG ihren Einbezug in den Bewertungsausschuss vertragsärztlicher Leistungen.
- Für die „spezialärztliche Versorgung“ können Krankenhäuser ebenso wie besonders qualifizierte Vertragsärzte, die die Qualitätsanforderungen des G-BA erfüllen, den Verbänden der Krankenkassen gegenüber eine Bereiterklärung abgeben. Ambulante Zulassungsbeschränkungen oder ein Erlaubnisvorbehalt für die Einführung von Innovationen sollen der Vergangenheit angehören. Und schließlich erfolgt die Abrechnung unmittelbar gegenüber den Kostenträgern auf Grundlage einer Euro-Gebührenordnung.

Dem Konzept der DKG nach sind die Sektorengrenzen mithin hinsichtlich der relevanten Zulassungs-, Leistungs- und Finanzierungsregelungen entbehrlich. Mit diesen Regelungsebenen werden unumwunden Kernfunktionen der Kassenärztlichen

Vereinigungen aufgelöst: Jeder Arzt, der die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt, kann nach dem Maß des „medizinisch Machbaren“ Leistungen erbringen und den Kostenträgern nach einer Euro-Gebührenordnung in Rechnung stellen. Damit soll auch ambulant der Erlaubnisvorbehalt für medizinische Innovationen durch den G-BA entfallen. Kurzum: Die DKG buhlt mit regulatorischem Nihilismus um eine Mehrheit in den Fachgesellschaften.

GMK: Letztverantwortung der Länder

Zweifellos rekurrieren KBV und DKG gemeinsam, wenn auch mit unterschiedlichem Ergebnis, auf eine sektorübergreifende Versorgungsplanung unter Koordination der Länder. Die Länder selbst fordern, um den erkannten Problemen begegnen zu können, „[...] muss die Bedarfsplanung künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinteilig gestaltet werden und sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen“ (GMK 2010). Die Länder erwarten, an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren beratend beteiligt zu werden. Außerdem fordern sie vom Bundesgesetzgeber eine Ermächtigung, „[...] ihre Beteiligungsrechte im Landesauschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung [sei] künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt“ (GMK 2010).

Mit der Forderung nach einem „ergänzenden Gremium“ für sektorübergreifende Aufgaben und der politisch geäußerten Absicht, die Sektorverantwortungen unberührt zu lassen, bleibt die GMK nicht nur hinter der DKG zurück, sondern beschränkt sich auch auf die im KBV-Zukunftskonzept zugeordnete Moderatorenrolle, für die sich an anderer Stelle auch die BÄK ins Spiel bringt: „In regionalen Planungskonferenzen sollen die Ärztekammern, basierend auf ihren Daten und Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung, eine Moderatorenrolle übernehmen. Eingebunden sein sollen niedergelassene und Klinikärzte sowie die Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser der jeweiligen Region, aber auch die Organisationen der Pflegeberufe“ so BÄK-Vize Montgomery (Laschet 2010). Dass in diesem „Konzept“, wie im KBV-Zukunftspapier, Krankenkassen nicht vorkommen, unterstreicht die Auffassung, dass die Versorgungsaufträge wettbewerbsfrei zuzuweisen seien. Auch Bundesminister Rösler spricht öffentlich vom Wert der „Einheit der Ärzteschaft“ und davon, etwa Hausärzte nicht „spalten“ zu wollen. Fern solcher Rückbesinnung und ordnungspolitisch konsequent – weil in seiner Deregulierungsansicht schlüssig – wenn auch praxisfern, scheint allein das DKG-Papier. Von daher ist eine Einordnung und Bewertung der skizzierten Vorschläge aus Sicht der Krankenkassen erforderlich.

13.3.2 Einordnung aus Krankenkassensicht

GKV-Spitzenverband: Wettbewerb um die spezialärztliche Versorgung

Der GKV-Spitzenverband hat im März 2010 ein Positionspapier zur Bedarfsplanung (GKV-SV 2010) vorgelegt. Nach Auffassung des Spitzenverbandes hat eine „[...] zukunftsorientierte verteilungsgerechte Bedarfsplanung die gesetzlich vorgesehenen pretialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen, die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und weitere Anreize zu schaffen, Unterversorgung zu vermeiden und teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen“ (GKV-SV 2010, 2).

Dabei geht es dem Spitzenverband zunächst im Kern darum, den Allokationsproblemen durch preisliche Anreize zu begegnen. Für Grenzfälle der Überversorgung sollen die bestehenden Möglichkeiten, Praxen anzukaufen und stillzulegen, verstärkt genutzt werden. Daneben werden zahlreiche pragmatische Optionen genannt, die Versorgung in der Fläche zu sichern (Gemeindeschwester, Shuttle-Service, Telemedizin bis hin zur Errichtung von Gesundheitszentren).

Für die erforderliche Architektur der Sicherstellung verbindet der Spitzenverband ähnlich der DKG eine „primärärztliche Grundversorgung“ mit einer „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“, um davon eine neue Ebene der „spezialisierten fachärztlichen Versorgung“ zu unterscheiden:

- Eine engmaschige primärärztliche Grundversorgung soll – im bisherigen Bedarfsplanungsregime der vertragsärztlichen Zulassungs- und Landesausschüsse, aber nach Erreichbarkeitsparametern geplant – verstärkt nichtärztliche Leistungserbringer einbeziehen und Telemedizin nutzen.
- In dem gleichen Regime – wenn auch großräumiger – soll die allgemeine fachärztliche Versorgung geplant werden. Krankenhausärzte werden in diesem Segment auf Ermächtigung der KV hin einbezogen.
- Und schließlich grenzt der Spitzenverband ähnlich wie die DKG das hochwertige Angebot aller medizinischen Spezialdisziplinen durch Bündelung fachärztlicher Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen ab. Im Rahmen einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung soll die spezialärztliche Versorgung aus Gründen der Qualitätssicherung in oder in enger Kooperation mit stationären Einrichtungen erbracht werden.

AOK-Bundesverband: Neuer Ordnungsrahmen für die spezialärztliche Versorgung

Der AOK-Bundesverband (AOK-BV) hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Diskussion zur Versorgungsstrategie 2011 aufgegriffen und ergänzt. Ausgangspunkt dabei ist, dass die fortschreitende Zentralisierung und Vereinheitlichung der Vertrags- und Vergütungssysteme sowohl in der stationären als auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung die föderalen Planungs- und Gestaltungsspielräume ebenso kritisch verengen wie die notwendigen Wettbewerbsspielräume der Krankenkassen. Von daher liegt eine schrittweise Abkehr vom Kontrahierungszwang im Versorgungsinteresse der Regionen, soweit bisherige Sicherstellungsformen bei vereinzelter Unterversorgung dauerhaft versagen bzw. bei verbreitet

doppelter Vorhaltung von Versorgungsstrukturen dennoch nicht die qualitativ besten Angebote zum Zuge kommen lassen.

Konzeptionell übereinstimmend mit dem GKV-Spitzenverband und ähnlich dem DKG-Modell unterscheidet der AOK-BV eine auf den ambulanten Sektor gründende „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ von einer sektorübergreifenden „spezialärztlichen ambulanten Versorgung“.

Rahmenplanung der Länder

Die Aufsichtspflicht und damit Letztverantwortung für eine ambulante Versorgungsplanung haben ähnlich wie für den stationären Sektor die Länder innerhalb ihres Verfassungsauftrages für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört. Sie nehmen ihren verfassungsgemäßen Auftrag unmittelbar bzw. unter Rückgriff auf ihre Behörden wahr. Dazu gehören die Verbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesgesellschaften der Krankenhäuser.

Planungsmaßstab innerhalb des Landes sollen künftig nicht etwa Inputs wie „Betten oder Arztsitze“ sein, sondern (diagnosebezogene) Leistungen in der Form einer auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung bezogenen strukturierten Rahmenplanung. Danach wird festgelegt und weiterentwickelt, welche (gebiets-)ärztlichen Angebote und Qualifikationen in Relation zur Bevölkerungszahl und -struktur im jeweiligen Planungsbezirk vorhanden sein sollen. Dabei gehen die Kriterien der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit von Wegestrecken in die jeweilige Planung ein. Für diese Rahmenplanung sind alle Beteiligten an der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Patientenvertreter zu hören.

Für die Rahmenplanung haben die Länder im Bereich der GKV bundesweit verbindliche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten: Richtlinien zu den Qualitätsanforderungen der Versorgung und neu zu entwickelnde Richtlinien zur strukturierten Versorgungsplanung. Solche Normen, die unabhängig von den Länderinteressen gebildet und beschlossen werden müssen, sind unverzichtbar. Dadurch scheidet aufgrund der Drittfinanzierung durch die Krankenkassen für die Länder unerwünschte Anreize aus, im Sinne einer falschen „Angebotsorientierung“ Bedarfe zu über- und Anforderungen zu unterschreiten. Förderaler Wettbewerb darf nicht auf Kosten der GKV finanziert werden.

Hinsichtlich ihres Verfassungsauftrags zur Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung bedienen sich die Länder für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung der Partner in den Länderausschüssen nach § 90 SGB V. Art und Umfang der von den Krankenkassen unmittelbar durch Selektivverträge sichergestellten Versorgung ist zu berücksichtigen. Für die stationäre Versorgung am Bett nehmen die Länder die Verantwortung mit den an der Planung Beteiligten zurzeit unmittelbar durch ihre Krankenhausplanung wahr.

Spezialärztliche Versorgung

Bei der sektorübergreifenden spezialärztlichen Versorgung stehen dagegen Vertragsärzte und Krankenhäuser im Wettbewerb. Adressaten der Sicherstellung sind von daher die Verbände der Krankenkassen. Da Angebote unabhängig von der jeweiligen Organisations- und Betriebsform einbezogen werden sollen, scheidet eine al-

lein vertragsärztliche Bedarfs- bzw. Versorgungsplanung aus. Die Landesausschüsse bleiben außen vor. Vielmehr garantieren die Landesverbände der Krankenkassen dem Land die Erfüllung der strukturierten Versorgungsplanung für die spezialärztliche Versorgung durch ihre Mitglieder und melden dem Land Vertragsabschlüsse bzw. legen Verträge ihrer Mitglieder vor.

Da sich Ärzte und Krankenhäuser bei den Krankenkassen gleichermaßen bereit erklären können, an der Versorgung teilzunehmen, schreiben die Krankenkassen oder ihre Verbände Versorgungsaufträge sektorübergreifend aus. Dabei bilden die Versorgungsstruktur- und Qualitätsanforderungen des G-BA, die die Länder zu beachten haben, für die Krankenkassen Mindestnormen. Dies muss im Übrigen auch für das Leistungsrecht gelten: Was als „Innovation“ deklariert wird, muss geprüft und vom G-BA bewertet werden, bevor eine „neue Leistung“ in großer Zahl in die Ambulanz getragen und abgerechnet wird. Die Maßstäbe dafür sind bundesweit herzustellen. Vor Ort dagegen sind die einzelnen Verträge zu schließen: Weisen die jeweiligen Krankenkassen nicht hinreichende von ihnen kontrahierte Versorgungskapazitäten nach, ist es Aufgabe des Landes, in Bezug auf die betroffenen Krankenkassen im jeweiligen Planungsbezirk geeignete aufsichtsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen. Damit können sich auch kleinere bzw. bereichsfremde Krankenkassen der Sicherstellung nicht entziehen. Ebenso wie für die Versorgungsstruktur und die Qualitätsanforderungen sind auch für die Vergütung bundesweit geltende Maßstäbe unverzichtbar. Sie verbinden Leistungskataloge mit Leistungsbeschreibungen und Vergütungsrelationen. Gebührenordnungen beschreiben dabei Standards, von denen in Verträgen abgewichen werden kann.

Wie auch von Ärzteseite inzwischen unumwunden eingeräumt wird, ist das vertragsärztliche Vergütungssystem kaum mehr reformierbar. Es hat eine Komplexität und ein Fehlsteuerungspotenzial erreicht, bei dem jede weitere Veränderung unalkalulierbare Instabilität erzeugen kann (Köhler 2010). Von daher ist ein ordnungspolitisch stabiles, selbst lernendes Vergütungssystem für die Zukunft unverzichtbar. Ein solches System braucht einen medizinisch begründeten Maßstab, der – wie die DRGs im stationären Bereich – an Indikationen und Schweregrade der Patienten anknüpft. Die bereits für die Zukunft gesetzlich angemahnten „Komplexpauschalen“ weisen in diese Richtung. Aber solche Komplexpauschalen knüpfen immer noch zu stark an „Leistungen“ und deren ggf. medizinisch nicht begründeter Vermehrung an. Demgegenüber ist ein wie bei den DRGs „indikationsbezogenes“ Vergütungssystem überlegen, das nicht wie das ambulant bestehende zwischen Aufbringung der Gesamtvergütung (nach Diagnosen) und Verteilung der Mittel an den Arzt (nach Fällen) unterscheidet.

Ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung und stationäre Krankenhausversorgung

Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung müssen ebenso wie für die stationäre Versorgung im bestehenden Ordnungsrahmen Selektivverträge weiterhin möglich sein bzw. erleichtert werden. Für den stationären Bereich wird auf das Konzept selektiver Verträge für elektive Leistungen (Leber et al. 2007) verwiesen. Darüber hinaus sollten positive Erfahrungen der Beteiligten beim Wettbewerbsmodell für die „Spezialärztliche Versorgung“ dazu beitragen, auch für die stationäre Versorgungsplanung auf eine diagnose- und leistungsbezogene Rahmenplanung zu setzen.

Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung mit Praktikern, Allgemeinmedizinern und insbesondere Gynäkologen, Pädiatern und Augenärzten

- erfolgt ähnlich dem DKG- und GKV-SV-Modell eine mit den Beteiligten an der Krankenhausplanung abgestimmte Versorgungsplanung des Landesausschusses Ärzte – Krankenkassen in adäquaten Versorgungsräumen. Für die Grundversorgung ist die wohnortnahe Präsenz der Ärzte erforderlich. Aufgrund der besonderen Problematik im ländlichen Raum werden sich Krankenhausärzte vereinzelt auch an der Grundversorgung beteiligen müssen. Die Sicherstellungsaufgabe liegt aber wie bisher bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Landesausschüssen. Dabei kann die KV in der Tat auf Ermächtigungen von Krankenhausärzten zurückgreifen, um ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Selektiv kontrahierte Versorgungsangebote der Krankenkassen sind einzubeziehen und übernehmen regional ggf. Hauptanteile der Sicherstellung.
- Zusätzlich hält es der AOK-Bundesverband für unerlässlich, die wohnortnahe Versorgung durch nichtärztliche Heilberufe (Fachassistentenkräfte, Pflegekräfte, etc.) zu verbessern und zu entlasten. Während evidenzbasierte „intuitive Medizin“ immer den Arzt als Spezialisten erfordert, der diagnostiziert und eine Therapie erarbeitet, ist evidenzbasierte „empirische Medizin“ auch durch nichtärztliche Fachkräfte in Zusammenarbeit mit dem Arzt zu leisten, wenn Befunde planmäßig erhoben und therapeutische Vorgaben zu erfüllen sind. Für das Zusammenwirken beider Seiten der Versorgung sind neue Organisationsmodelle erforderlich, wie sie mit dem AGnES-Modell (Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) erprobt und eingeführt wurden.

Im internationalen Vergleich entwickelter Länder sind nichtärztliche Heilberufe von Zahl, Stellung und Anteil am Versorgungsauftrag deutlich stärker einbezogen als in Deutschland. Dies führt einerseits zu einer höheren Produktivität der Arztstunde mit den daran geknüpften Folgen und andererseits zu einem teils größeren Versorgungsangebot. Im Übrigen erhöht sich der Beschäftigungseffekt zusätzlicher Mittel im Gesundheitswesen (Döhler 1997).

13.4 Fazit

Die demographische Entwicklung und die strukturellen Defizite im Planungs- und Vergütungssystem bringen Sicherstellungsrisiken mit sich, die sektor- und standespolitische Grenzen in Frage stellen. Alle Beteiligten haben sich in der Diskussion bereits ein Stück weit geöffnet. Länder, Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser halten eine sektorübergreifende Versorgungsplanung für unverzichtbar. Während Ärzte und Länder zunächst eine Moderation im Rahmen bestehender Sicherstellungsaufträge anstreben, gehen Krankenkassen und Krankenhäuser im Ziel einer sektorübergreifenden Sicherstellung der spezialärztlichen Versorgung weiter voran. Allerdings greift der Ansatz der DKG zu kurz, wenn er eine ambulante Versorgungsplanung auf die Grundversorgung beschränkt und wird ökonomisch unverantwortbar, wenn er für die spezialärztliche Versorgung die umfassende und unbegrenzte Abrechnungsfreiheit fordert. Eine angemessene, bedarfsgerechte und wirt-

schaftliche Versorgung beruht auf Vertragsprinzipien und damit auf Direktverträgen, die hohe Qualität und Effizienz für die Versicherten transparent machen. Als Grundlage dafür werden die Länder ihren Verfassungsauftrag verantwortlich ausfüllen müssen, soll die jeweilige Sicherstellung auf einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung beruhen und nicht nur dort Zulassungen regeln, wo Standorte attraktiv erscheinen. Sie entwickeln sich mithin von einer bürokratisch empfundenen Genehmigungs- und Baubehörde zu verantwortlichen Versorgungs- und Controlling-Stellen, die das komplizierte Gleichgewicht zwischen notwendiger Planung/Sicherstellung mit ökonomisch erwünschtem Wettbewerb auf der Basis von strukturierten Leistungsmengen austarieren.

13.5 Literatur

- Augurzyk B, Gülker R, Krolow S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI: Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- BÄK – Bundesärztekammer. Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008 – Auswertung der statistischen Zahlen 22.04.2009. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.7128> (25. August 2010).
- BÄK – Bundesärztekammer. Berufstätige Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.1746.1748> 04.07.2006 (25. August 2010).
- Blum K, Offermanns M. Krankenhaus Barometer – Umfrage 2009. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Dezember 2009.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Fragen und Antworten zur Vergütungsreform. Referat 224. Stand 20. April 2009.
- Braun B, Marstedt G. Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren. gesundheitsmonitor – ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung. 2/2010.
- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft (G&G) 2008; 06: 31–5.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht. 1 BVR 88/00. 04.03.2004.
- CDU/CSU/FDP. Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, 26.10.2009.
- Deutsches Ärzteblatt. Ärzteschaft will ambulante Behandlung am Krankenhaus eingrenzen – BÄK und KBV wollen Zulassung eingrenzen. Deutsches Ärzteblatt online vom 6. Mai 2010.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Juli 2009.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Neue Wege gehen – Miteinander gegen den Ärztemangel – DKG zum Ärztemangel und zur drohenden ambulanten Unterversorgung der Patienten. Pressemitteilung vom 12. Januar 2010a.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung, Manuskript vom 21. 07.2010b.
- Döhler M. Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main u. a. 1997.
- Eurobarometer Spezial 327. Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung – Zusammenfassung. April 2010.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010. <http://www.gbe-bund.de>.
- Gesundheitsbarometer. Ernst & Young. Gesundheitsbarometer 2010 – Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
- GMK – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020, Anlage zu TOP 5.1 der 81. GMK 2008.

- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Beschluss der 83. GMK vom 1.7.2010.
- GKV-SV – GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung. Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. 28.04.2010.
- Jacobs K, Schulze S. Bauer sucht Arzt. *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2010; 3: 20–5.
- KBV/BÄK – Kassenärztliche Bundesvereinigung/Bundesärztekammer. Im Jahr 2020 gibt es 7000 Hausärzte weniger. *Arztzahlstudie – KBV und BÄK haben die aktualisierte Erhebung vorgestellt. Der Ärztemangel in Deutschland schreitet voran.* Pressemitteilung 03.09.2010.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009a.*
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). *Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung – Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin.* Manuskript vom 20.11.2009b.
- Klose J, Rehbein I. *Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem.* In: Günster C, Klose J, Schmacker N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt chronische Erkrankungen.* Stuttgart: Schattauer 2011.
- Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. *Ärztatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 2007.
- Kopetsch T. *Entwicklung und Erfahrungen mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland.* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2003; 5–6: 34–8.
- Köhler A. *Vertragsärzte brauchen ein komplett neues Honorarsystem.* *Ärztezeitung online,* 30.07.2010.
- Laschet H. *Bundesärztekammer plant den Aufbruch* 24.08.2010. *Ärztezeitung online.* http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/616162/bundesaerztekammer-plant-aufbruch.html (Zugriff am 31.08.2010)
- Leber WD, Malzahn J, Wolff, J. *Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009.* Bonn, 12.03.2007.
- Malzahn J, Wehner C. *Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf.* In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2010 – Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* Stuttgart: Schattauer 2010; 107–25.
- Malzahn J, Wehner C, Fahlenbrach C. *Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung.* In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stand und Land.* Berlin: KomPart 2010.
- Malzahn J, Wehner C. *Reform der Krankenhausfinanzierung oder Geldsegen für Krankenhäuser: Wahlgeschenke und Stärkung der Ministerialien?* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2009; 1: 32–6.
- Metzner J. *Einfluss auf die Krankenhausplanung.* In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven.* Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.
- Mihm A. *In den Krankenhäusern fehlen 5000 Ärzte.* 16. Februar 2010. *FAZ.NET,* <http://www.faz.net/s/RubEC1ACFE1EE274C81BCD3621EF555C83C/Doc~E8F5CF89526A04E17B6FA90D1D093E305~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (23. August 2010).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Broadband statistics – 8. OECD broadband penetration and population densities 2007.* <http://www.oecd.org/dataoecd/36/57/38449405.xls> (18. August 2010).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *Gesundheit auf einen Blick – Deutsches Gesundheitswesen leistungsfähig aber teuer.* Berlin/Paris, 08.12. 2009. http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html (02. September 2010).
- Schönbach KH. *Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen – Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt.* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G + S)* 2010; 2: 11–7.

- Statistisches Bundesamt. Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung, Stand 31.12.2008. Wiesbaden 2010. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtabl.asp (18. August 2010).
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2009.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden 2009.
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09. Wiesbaden 2008.
- Weigl P. Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ – Statement von Vizepräsident Peter Weigl. Berlin, 10. Dezember 2008.
- WR – Wissenschaftsrat. Trends der Hochschulmedizin in Deutschland. Bericht des Vorsitzenden zu aktuellen Tendenzen im deutschen Wissenschaftssystem. Sommersitzungen des Wissenschaftsrates. Berlin, 02.07.2010.

14 Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen?

Ein empirischer Vorschlag

Markus Lungen und Guido Büscher

Abstract

Mit der Krankenhausplanung werden die Bundesländer ihrem gesetzlichen Auftrag gerecht, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen zu gewährleisten. Derzeit wird Krankenhausplanung wesentlich als Fortschreibung von Kapazitäten verstanden, bei der sowohl Erreichbarkeit als auch Qualitätsgesichtspunkte allenfalls marginal Berücksichtigung finden. Der Beitrag diskutiert einen methodischen Vorschlag, wie eine Optimierung der Erreichbarkeit umgesetzt werden kann. Dieser Vorschlag basiert auf empirischen Daten über das räumliche Inanspruchnahmeverhalten von stationären Leistungen in Deutschland. An zwei Beispielen, dem Ruhrgebiet und dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, wird das Verfahren exemplarisch vorgestellt. Vorgeschlagen wird zudem die Einbeziehung von Qualitätsaspekten sowie dynamischer wettbewerblicher Überlegungen. Die Autoren schlagen vor, die Krankenhausplanung auf neue methodische Grundlagen zu stellen.

In Germany, regional planning describes the governmental duty to guarantee an adequate supply with capacities for inpatient care. Today, this regional planning is mainly based on existing capacities (beds) while both quality and accessibility find at best only marginal consideration. The paper discusses a methodological proposal on how to optimize travel distances, using empirical data on the spatial pattern of utilization of inpatient treatment. The results for two regions (Ruhr District and Mecklenburg-Vorpommern) are presented as examples. The authors propose further research to include aspects of quality of care as well as competition between hospitals into their method.

14

14.1 Probleme der gegenwärtigen Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung in Deutschland basiert auf einem vergleichsweise einfachen und seit Jahrzehnten erprobten System. Die Landesregierungen erstellen regelmäßig (meist jährlich) Krankenhauspläne, die Standorte und die dort verfügbaren Kapazitäten nach Abteilungen gegliedert aufzuführen. Die Kapazitäten richten sich wesentlich nach der Hill-Burton Formel.¹ Die Formel ermittelt aus der Einwohnerschaft, den Kranken-

¹ Einen guten Überblick über die Länderregelungen bietet die immer wieder aktualisierte Broschüre der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ (hier: Juli 2009).

hausfällen und der Belegungsquote die Zahl der benötigten Betten (Kapazitäten). Die ermittelten Kapazitäten werden auf die bestehenden Standorte verteilt. Das System sorgt für eine gewisse Stabilität der Verhältnisse, da keiner der Formelparameter erratischen Schwankungen unterliegt.

Weshalb ist das System der Krankenhausplanung dennoch als problematisch einzuschätzen? Ein wesentliches Problem besteht aus unserer Sicht darin, dass die Ermittlung der Kapazitäten keine Aussage darüber zulässt, wo diese Kapazitäten anzusiedeln sind. In der Praxis bedeutet dies, dass dort, wo bereits ein Krankenhaus existiert, eine Art Bestandsgarantie ausgesprochen wird, zumindest so lange, bis der „Rasenmäher“ für Bettenkürzungen so niedrig eingestellt wird, dass die Kürzung an die Substanz geht und der Betrieb sich nicht mehr lohnt. Der derzeitige Planungsprozess wird somit meist weniger als aktive und gestaltende Planung umgesetzt, sondern passiv auf das betriebswirtschaftliche Geschick des Krankenhausbetreibers verlagert.

Doch auch dieses langsame Ausdünnen kann durchaus als Vorteil verstanden werden. Existierende Strukturen des Zugangs zur stationären Versorgung werden so geschont, seien es die Zuweisergewohnheiten der niedergelassenen Ärzte oder die Vorlieben der Anwohner (Finlayson et al., 1999). Oftmals ist mit dem Krankenhaus vor Ort weitaus mehr emotionale Bindung und Sicherheit verbunden als der Begriff der Behandlungskapazität ausdrücken kann. Somit sollte eine Begründung zu einer Neuordnung der Krankenhausplanung mehr Argumente liefern als nur den Vorwurf, die bestehenden Strukturen seien inflexibel.

Der zentrale Vorwurf an die bestehende Planung bezieht sich denn auch wesentlich darauf, dass sie oftmals verhindert, dass mit den eingesetzten finanziellen Ressourcen der Krankenversicherung auch die beste Versorgung sichergestellt wird. Das eigentliche Problem der derzeitigen Methode liegt im mangelnden Qualitätsanspruch an eine spezialisierte Versorgung. Konkret versäumt die derzeitige Krankenhausplanung es zu häufig, konsequent sowohl Erreichbarkeit als auch Qualität abzuwägen, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Spielräume.

Mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in den Jahren 2003/2004 wurden die Möglichkeiten für Krankenhausplanung auf völlig neue methodische Grundlagen gestellt. Genutzt wurden diese Möglichkeiten bisher höchst selten und unzureichend. Nachfolgend soll daher der – aus unserer Sicht längst überfällige – Versuch unternommen werden, eine neue methodische Grundlage für die Krankenhausplanung zu diskutieren. Begonnen werden soll mit einem Konzept zur Erreichbarkeit. Anhand von zwei Beispiele soll das Vorgehen verdeutlicht werden. Die Beispiele, gewählt dafür wurden das Ruhrgebiet und Mecklenburg-Vorpommern, zeigen kein Endresultat einer neuen Krankenhausplanung, sondern nur die Möglichkeiten einer methodischen Umsetzung.

14.2 Zentrenbildung versus Erreichbarkeit

Für Deutschland wurden in den vergangenen Jahren bereits vielfältigste Gutachten zur Krankenhausplanung erstellt. Allein die bereits erwähnte Broschüre der Krankenhausgesellschaft verweist auf fünf wissenschaftliche Gutachten, die mit unter-

schiedlichsten methodischen Ansätzen und unterschiedlichsten Datenbeständen versucht haben, die Krankenhausplanung zu verbessern. Meist beschränken sich die Gutachten auf eine Prognose der zukünftigen Fallzahlen und der daraus abgeleiteten aggregierten Kapazitäten. Sämtlich benötigen die Gutachten für ihre Aussagen Annahmen über die medizinische und organisatorische Zukunft, etwa die Möglichkeiten zur Verlagerung von Fällen in den ambulanten Bereich. Die Gutachten ver-säumen daher den Sprung von einer reinen Kapazitätsplanung hin zu einer konkreten regionalen Umsetzung von Erreichbarkeit unter Beachtung von Qualität (siehe zu Patientenpräferenzen in diesem Zusammenhang beispielsweise Finlayson et al. 1999)

Auch der Blick in die internationale Literatur zum Thema Krankenhausplanung ist wenig hilfreich. Bereits eine griffige Übersetzung in den internationalen Rahmen existiert kaum. Der Begriff „hospital planning“ umreißt eher die Planung von Gebäuden und betriebswirtschaftlichen Abläufen, „regionalization health“ beschäftigt sich vorwiegend mit Zentren zur Versorgung von Frühgeburten und unter „regional planning“ wird meist nicht mehr subsummiert als ein Satellitensystem der Versorgungsstufen, die in einer Ideallandschaft den Patienten nach der Schwere der Erkrankung und der verfügbaren Medizintechnik immer näher an eine Stadt mit zentralörtlichen Aufgaben heranführt. Diese Sichtweise ist verständlich, da im Ausland meist entweder eine sehr rigide Standortplanung vorgenommen wird, die eine Überversorgung kaum mehr vermuten lässt (etwa in Großbritannien und Skandinavien), oder aber die Standortwahl und auch Kapazitätswahl weitgehend dem privatwirtschaftlichen Betrieb überlassen werden. Die Mischung aus staatlicher Lizenzvergabe (für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung) und privatwirtschaftlicher Trägerschaft existiert höchst selten. Verglichen mit Themen wie Pauschalierung der Vergütung oder auch Qualitätsmessung führt die Krankenhausplanung in der Literatur ein eher unbeachtetes Dasein.

Der indirekte Zugang zur Krankenhausplanung über Zentrenbildung ist ergiebiger, eine simultane Betrachtung von Qualität und Erreichbarkeit wird jedoch selten erreicht. Die klassische These der Zentrenbildung stellt den Zusammenhang zwischen der erbrachten Menge und dem erwarteten Output her. Output kann dabei neben klinischer Qualität auch Ressourcenverbrauch bzw. Effizienz bedeuten. Beispiele für Analysen im Hinblick auf klinische Qualität sind insbesondere die Arbeiten von Birkmeyer et al. (2002 und 2003) sowie Geraedts et al. (2010).

Die Kritik am Zentrumsansatz ist vielfältig (siehe etwa die aktuelle Diskussion bei Lyman (2010)). So wird die Wahl der Outputparameter kritisiert (etwa die Verengung auf Mortalitätsraten), die Vernachlässigung von Prozessparametern, die noch nicht durchleuchtete Ursache-Wirkungs-Kette (war zuerst die hohe Fallzahl vorhanden und entwickelte sich dann die Qualität oder umgekehrt), der Verlauf des Fallzahl-Qualitäts-Funktion (insbesondere die Frage nach Sprüngen oder auch Niveaueffekten), und schließlich auch die generelle Sinnhaftigkeit der Vorschrift von Mindestmengen zur Unterstützung von Zentrenbildungen.

Arbeiten zum Thema „Erreichbarkeit“ sind in Deutschland bisher eher sporadisch erstellt worden, im Gegensatz zur oftmals intensiven Diskussion in der Öffentlichkeit (siehe beispielsweise unseren sehr zugespitzten Ansatz in Lauterbach et al. 2003). Deutschland hat hier (aus Sicht der Forschung) den Nachteil, weder sehr dicht noch

sehr dünn besiedelt zu sein. Bei sehr dichter Besiedlung können Krankenhausstandorte ideal an einem gleichmäßigen Netz ausgerichtet werden. bei sehr dünner Besiedlung wird für jede Zentralstadt ein Krankenhaus vorgesehen. Dünn besiedelte Länder wie Schweden weisen daher gerade mal 2,1 Akutbetten pro 1000 Einwohner auf (verglichen mit 5,7 Akutbetten pro 1000 Einwohnern in Deutschland; jeweils im Jahr 2007). Mit anderen Worten besteht in Deutschland die Option, Stadt A *oder* Stadt B das Krankenhaus zuzuerkennen – oder eben auch Stadt A *und* Stadt B.

Die Unterschiede zu anderen Staaten sind jedoch auch durch die Definition von Krankenhaus und stationärer Behandlung beeinflusst. In Deutschland ist die Definition relativ strikt geregelt, doch aus medizinischer Sicht ist die Definition einer stationären Behandlung (und insbesondere deren Notwendigkeit) weit weniger eindeutig und zudem in ständigem Umbruch. Viele Krankheitsbilder werden zunehmend in ambulante Strukturen verlegt, etwa in der Augenheilkunde, der HNO und auch der Onkologie. Aus medizinischer Sicht sinnvoller als eine Krankenhausplanung mit ausschließlich stationärer Versorgung wäre daher eine Planung der fachärztlichen Versorgung, gleichgültig ob diese nun ambulant, stationär oder in einer anderen institutionellen Übergangsform erbracht wird. So wie Krankenhäuser für fachärztliche ambulante Behandlungen geöffnet werden können, wäre in einer solchen Abgrenzung auch ein Medizinisches Versorgungszentrum für die kurze stationäre Behandlung zu öffnen (Lungen 2007).

14.3 Annahmen und Alternativen

14

Wir nähern uns dem Thema im Folgenden empirisch, ohne dabei die Krankenhauslandschaft in Deutschland von Null an neu zu entwerfen. Wir legen daher zunächst die bestehenden Standorte und die dort erbrachten Leistungen in ihrer Menge und Struktur zugrunde. Wir wollen keine willkürliche Festlegung treffen, welches Krankenhaus besser oder beliebter ist. Beispielsweise sollen Universitätskliniken oder andere Maximalversorger genauso behandelt werden wie kleine Gemeindekrankenhäuser. Wir wollen mithin nicht als eine Art allmächtiger Planer ein Krankenhaus schließen und dann schauen, wie sich die Fälle auf die benachbarten Krankenhäuser verteilen (oder auch nicht).

Andere Vorgehensweisen sind möglich und wurden von uns auch bereits erprobt. So konnten wir für einen relativ abgegrenzten regionalen Raum (Bremen) einen Vorschlag zur Planungsmethode entwickeln (Lungen et al. 2006). Ziel war es dort, die bestehenden Fallspektren so neu zu ordnen, dass sich Zentren ergeben und gleichzeitig Krankenhäuser mit Grundversorgung erhalten blieben. Notwendig dafür war eine Einteilung aller DRGs in den Kategorien „Spezialversorgung“ (zwingend am Zentrum), „Mischversorgung“ (am Zentrum oder in der Grundversorgung) und „Normalversorgung“ (unproblematisch außerhalb der Zentren). Die Hauptkritik bestand in der Festlegung der Liste mit diesen drei Kategorien unter medizinischen Gesichtspunkten. Dennoch halten wir diesen Ansatz weiterhin für überlegenwert. Allerdings lässt er sich innerhalb von Verbänden oder auch Stadtstaaten sehr viel leichter umsetzen als für größere Regionen. Dort werden weniger medizinische Skaleneffekte ausschlaggebend sein als die Erreichbarkeit.

Nachfolgend soll daher auf medizinische Annahmen über Synergien weitestgehend verzichtet werden. Es soll ein Vorschlag für eine Krankenhausplanung unter regionaler Erreichbarkeit entworfen werden. Dazu werden folgende Grundannahmen getroffen:

- Annahme 1: Es soll möglichst wenig Patienten geben, die Entfernungen von über x km zu ihrem Krankenhaus hinnehmen müssen. Dabei kann die Zahl x variiert werden.
- Annahme 2: Möglichst viele Patienten sollen in auf ihren spezifischen Eingriff spezialisierten Zentren behandelt werden. Dabei kann die Definition eines Zentrums variiert werden.

Mit diesen Annahmen werden viele weitergehende Probleme zunächst ausgeklammert. Dazu gehört die Frage der zukünftigen Ambulantisierung der Behandlung, die wir nicht betrachten. Wir treffen keine Annahmen über zukünftige Fallzahlentwicklungen. Denn steigende Fallzahlen in einem Zentrum werden dieses (bei Gültigkeit des Mengen-Qualitäts-Zusammenhangs) eher noch stärken. Sinkende Fallzahlen werden hingegen nicht mehr zur Schließung von Standorten führen können, es sei denn, die Erreichbarkeit in x km wird nochmals vergrößert.

Wir gehen zweitens davon aus, dass weiterhin staatliche Stellen oder auch eine zentrale Institution mit der Planung beauftragt sind. Wir gehen somit nicht auf betriebswirtschaftliche Ergebnisse oder Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ein. Dies erscheint angesichts der derzeitigen Gemengelage realistisch.

Weiter gehen wir nicht auf Trägerschaften ein. Dies widerspricht dem Gesetz, das die Vielfalt der Träger ausdrücklich betont und als eigenes Ziel sieht. Wir haben unsere Analyse blind gegenüber Trägerschaften ausgestaltet. Dies ist angesichts der Verkäufe von Krankenhäusern (die zugegebenermaßen nicht zufällig auf Trägerschaften verteilt sind) eine stabile Abschätzung.

Wir haben unsere Analyse zudem nicht an Qualitätsdaten ausgerichtet, wie sie etwa aus den Qualitätsberichten zunehmend vorliegen. Diese Einbeziehung könnte beispielsweise vorsehen, dass Krankenhäuser nur dort betrieben werden, wo vielversprechende Qualitätsergebnisse vorliegen. Dies ist eine effektive und auch unmittelbar eingängige Form der Planung. Doch wäre womöglich die Folge, dass nicht nur die Qualitätsmessungen gerichtlich angezweifelt werden, sondern dass womöglich auch nur noch wenige, zudem regional ungünstig gelegene Krankenhäuser verbleiben. Unsere Methode garantiert daher nicht, dass die qualitativ besten Krankenhäuser (laut Qualitätsbericht) überleben. Doch die verbleibenden Krankenhäuser sollen zumindest so gut sein, wie ihre Mengenkontingente erwarten lassen.

Unsere Methode benötigt zudem keinerlei medizinischen Input bzw. Werturteile von Mediziner:innen. Dies kann als Nachteil gesehen werden, entspricht jedoch der Grundannahme, wie sie bereits bei der Entwicklung der DRGs getroffen wurde, die ebenfalls nahezu ausschließlich auf statistische Verfahren setzen.

Unsere Methode sieht daher nicht vor, dass wir ein Krankenhaus herausgreifen und als „besonders überflüssig“ ansehen. Eine solche Vorgehensweise ist kaum zu begründen, es sei denn, sie basiert auf harten Qualitätsüberlegungen (oder Entfernungsüberlegungen), die es aus unserer Sicht jedoch nicht durchgängig gibt.

14.4 Methode

Unsere Methode sieht vor, dass über einen Simplex-Algorithmus alle Krankenhausstandorte gleichzeitig betrachtet werden und die dort behandelten Fälle (unter Beachtung der Anfahrtswege) neu zugeordnet werden können.

Dazu stellte das WiDO die Standorte aller deutschen Krankenhäuser mit ihrem Längen- und Breitengrad zur Verfügung. Zusätzlich wurde die Distanz (Luftlinie) von allen Krankenhausstandorten zu allen Postleitzahlbezirken in Deutschland ermittelt. Dabei wurde jeweils die geografische Mitte des Postleitzahlbezirkes herangezogen.

Da wir nicht unmittelbar Gesamtdeutschland über den Algorithmus evaluieren wollten, wurden zunächst zwei Regionen ausgewählt. Dies ist erstens der verdichtete Raum des Ruhrgebietes und zweitens der eher ländlich geprägte Raum Mecklenburg-Vorpommerns. Für beide Räume wurden jeweils alle Postleitzahlen definiert. Es muss jedoch betont werden, dass das Verfahren analog auch für Gesamtdeutschland (oder auch Bundesländer oder Ballungsräume mit Einzugsgebieten und typischen Patientenwanderungen) durchgeführt werden kann.

Als weitere Vorüberlegung wurde eine Mindest erreichbarkeit für die jeweilige Region festgelegt. Dies war erforderlich, da weder erwartet werden kann, dass ein Krankenhaus in fußläufiger Entfernung erreichbar sein soll, noch unrealistisch weite Entfernungen die Grundlage bilden. Für das Ruhrgebiet wurde eine Entfernung von maximal 11 Kilometern angenommen, für Mecklenburg-Vorpommern hingegen eine von 28 Kilometern. Diese Entfernungen ergaben sich aus der Betrachtung der gegenwärtig vorhandenen Standorte: Im Ruhrgebiet beträgt die maximale Entfernung eines Postleitzahlbezirks zu einem Krankenhausstandort derzeit 11 km, in Mecklenburg-Vorpommern analog 28 km.

Würde unsere Methode später für alle Bundesländer umgesetzt, würden wohl eher identische Vorgaben für Entfernungen gemacht, um die Einheitlichkeit der Lebensbedingungen anzustreben. Doch dadurch müsste zwangsläufig auch entschieden werden, in welchen Regionen Krankenhausneubauten entstehen sollen und in welchen nicht. Um dieses weitaus komplexere Problem zunächst zurückzustellen, haben wir aus rein methodischen Gründen unterschiedliche Maximalentfernungen für die Regionen zugrunde gelegt. Neubauten von Krankenhausstandorten werden somit in unserem Ansatz vermieden, ebenso die Verlagerung von existierenden Krankenhäusern oder die optimierte Zusammenlegung von Standorten an einen neuen Ort. Alle diese Optionen sollte sich eine langfristige orientierte dirigistische Krankenhausplanung jedoch offen halten.

Der von uns gewählte automatisierte Simplex-Algorithmus durchlief folgende Schleife:

- Bestimme für jedes Krankenhaus der Region (also etwa das Ruhrgebiet) die Entfernung zu den Postleitzahlbezirken in Kilometern.
- Summiere die Anzahl der Postleitzahlbezirke, die vom jeweiligen Standort innerhalb der vergebenen Entfernung (also 11 bzw. 28 km) liegt.
- Wähle als erstes zur Versorgung der Region notwendiges Krankenhaus dasjenige aus, das von der höchsten Anzahl von Postleitzahlbezirken innerhalb der vergeben maximalen Kilometerentfernung erreichbar ist.

- Wähle die weiteren Krankenhäuser rekursiv in der Reihenfolge so aus, dass die Anzahl der versorgten Postleitzahlbezirke jeweils maximiert wird.
- Durchlaufe den Prozess so lange, bis von allen Postleitzahlbezirke innerhalb der maximal vorgegeben Entfernung aus ein Krankenhaus erreicht werden kann.

Ein Beispiel: Durch Hinzunahme von Krankenhaus A in die Menge der zur Versorgung notwendigen Krankenhäuser würde die Anzahl der versorgten Postleitzahlbezirke um vier vergrößert. Durch Hinzunahme von Krankenhaus B stiege die Zahl jedoch lediglich um zwei Postleitzahlbezirke. In diesem Fall würde Krankenhaus A zu den zur Versorgung notwendigen Krankenhäusern hinzugenommen. Sofern bei mehreren Krankenhäuser die Menge der zusätzlich versorgten Postleitzahlbezirke gleich hoch liegt, wird zufällig ein Krankenhaus aus diesen gleichberechtigten Häusern ausgesucht. Diese Rekursion wird solange wiederholt, bis alle Postleitzahlbezirke versorgt sind.

Es ist offensichtlich, dass die Lösung nicht eindeutig ist. Bei mehreren Durchläufen können andere Ergebnisse gefunden werden. Ursache hierfür ist die von uns vorgesehene Zufallsauswahl, sofern Krankenhäuser gleich viele zusätzliche Postleitzahlbezirke versorgen können. Denkbar (und empfehlenswert) wäre natürlich, keinen Zufallsmechanismus einzubauen, sondern die Entscheidung anhand von Qualitätskriterien zu fällen. Unser Zufallsgenerator dient lediglich der Abkürzung und soll keinesfalls eine Qualitätsentscheidung ersetzen.

Ebenso offensichtlich ist, dass die Ergebnisse vom derzeitigen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser abhängen. Wird beispielsweise eine Optimierung der Versorgung von Skeletterkrankungen angestrebt, kann sich eine andere Verteilung ergeben als für eine optimierte Versorgung in der Onkologie. Ursache hierfür ist, dass nicht alle Krankenhäuser alle Erkrankungen versorgen. Zwei Beispiele sollen im Folgenden das Vorgehen und die empirischen Ergebnisse verdeutlichen.

14.4.1 Beispiel: Ruhrgebiet

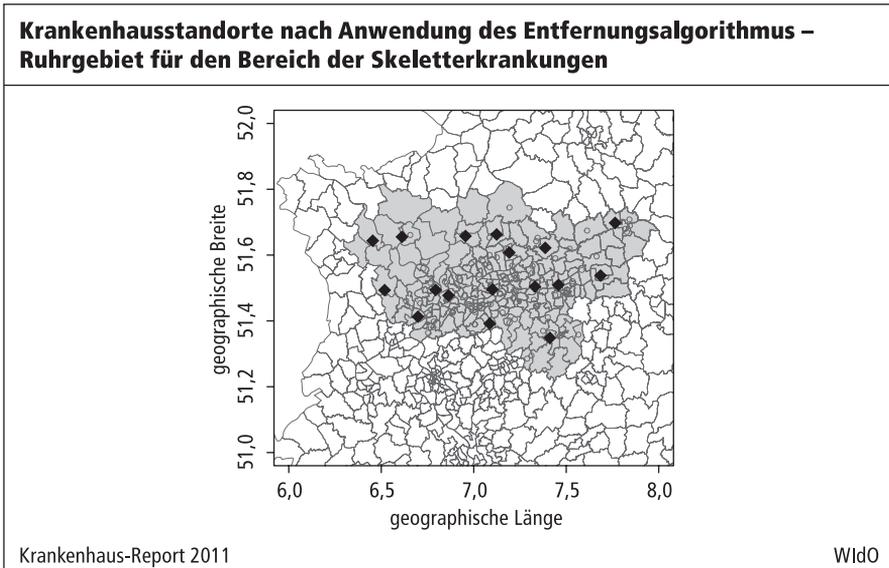
Das Ruhrgebiet kann als eine eher dicht und homogen besiedelte Region Deutschland angesehen werden. Es leben durchschnittlich rund 1 167 Einwohner auf einem Quadratkilometer. Die gegenwärtige Dichte an Krankenhäusern wird wohl allgemein als hoch angesehen.

Als Ergebnis unseres Algorithmus² ergibt sich die Landkarte in Abbildung 14–1. Die Grenzen zeigen jeweils die Postleitzahlbezirke. Die großen Rauten zeigen diejenigen der existierenden Krankenhausstandorte, die für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind. Zugrunde gelegt wurde der Bereich der DRG-MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe). Für andere MDCs (oder auch alle stationären Versorgungsbereiche) kann sich eine abweichende Anzahl notwendiger Krankenhausstandorte ergeben.

Als Ringe hinterlegt sind derzeitige Standorte, die für eine flächendeckende Versorgung nicht unbedingt notwendig sind. Es wird deutlich, dass von derzeit 101

² Die Auswertung erfolgte mit R (2009).

Abbildung 14–1



Krankenhäusern, die in der MDC 08 Leistungen erbracht haben, nach einer Entfernungsoptimierung 17 benötigt werden (rund 17%).

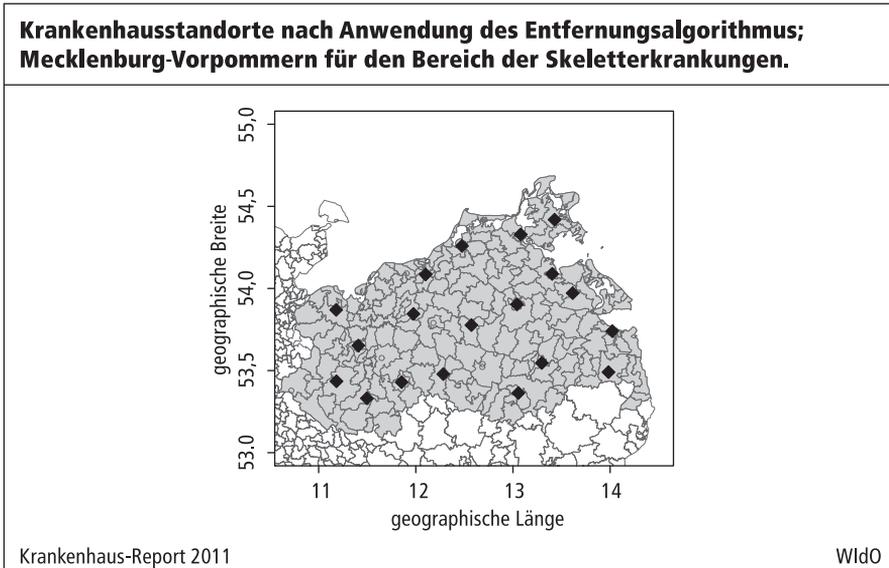
Ebenso wird in der optischen Umsetzung sichtbar, dass sich die gefundenen Standorte nicht unbedingt als ein homogener Teppich zeigen. Vielmehr ergibt sich aus der Struktur der Postleitzahlbezirke, dass sich auch ungleichmäßige regionale Vorhaltungen als sinnvoll erweisen können. Eine kritische Diskussion der Ergebnisse folgt weiter unten.

14.4.2 Beispiel: Mecklenburg-Vorpommern

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern kann als eher dünn besiedelt angenommen werden. Es leben durchschnittlich 71 Einwohner auf einem Quadratkilometer. Die maximale Entfernung zum Krankenhaus liegt bereits heute höher als in Ballungsgebieten. Wir haben aus den vorliegenden Standorten heraus ermittelt, dass eine Entfernung von 28 Kilometern angenommen werden muss, sofern auf Neubauten verzichtet werden soll.

Die Ergebnisse finden sich auf der Karte in Abbildung 14–2. Analog zu Abbildung 14–1 sind auch hier die für die Versorgung der MDC 08 erforderlichen Standorte als Rauten dargestellt. Nicht erforderliche Standorte (das sind rund 66% aller Standorte) werden als Ringe gezeichnet.

Abbildung 14–2



14.5 Diskussion

Wir haben versucht, die Krankenhausplanung in Deutschland auf eine neue methodische Grundlage zu stellen. Ein wesentliches Ziel dabei war, die gegenwärtige Fortschreibung von Kapazitäten hin zu einer Optimierung von Erreichbarkeit zu wandeln. Anhand der Beispiele des Ruhrgebietes und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommerns wurde die Vorgehensweise exemplarisch angewandt. Generell ist die Methode auf alle medizinischen Gebiete und Regionen anwendbar.

Das von uns hier skizzierte Verfahren stellt einen Diskussionsvorschlag dar, der sowohl methodisch verfeinert werden sollte als auch für eine inhaltliche Weiterentwicklung offensteht. Wesentliche Diskussionspunkte sollen nachfolgend angesprochen werden.

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass wir Daten der AOK und nicht aller Krankenkassen einsetzten. Wir gehen jedoch davon aus, dass sich keine wesentlichen Änderungen ergeben würden, wenn Daten aller (gesetzlich) Versicherten in Deutschland einbezogen würden. Insbesondere muss das Verfahren nicht neu adjustiert werden.

Auffällig ist, dass wir als Planungsgrundlage Postleitzahlbezirke herangezogen haben. Es können jedoch auch andere Planungseinheiten, etwa Orte, Siedlungsräume oder auch Straßen oder gar Häuser, problemlos in das Verfahren integriert werden. Zwar erhöht sich dadurch die benötigte Computerzeit für die Berechnung, das Verfahren selbst muss jedoch nicht geändert werden. Wir haben Postleitzahlbezirke verwendet, weil diese Daten vergleichsweise einfach zu erheben sind. Zudem sind Postleitzahlbezirke eine zunächst ausreichende Approximation für die Ballung von Einwohnern. Es gilt die Faustregel: je kleiner der Bezirk, desto höher die Einwohnerdichte.

Im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden regionalen Planungseinheit kann auch diskutiert werden, ob die Wahl der geografischen Mitte der Postleitzahlbezirke sinnvoll ist. Auch dies erfolgte aus pragmatischen Gründen. Werden kleinere regionale Einheiten gewählt (bis hin zu Wohnhäusern), entfällt der Einwand natürlich.

Dies betrifft auch die Entscheidung zwischen Luftlinien oder aber Straßenentfernung (Fahrtstrecke) oder gar Fahrzeit. Hier gilt, dass mit wachsender Leistung von Computern und entsprechender Software auch Fahrtstrecken zum Krankenhaus für jedes individuelle Wohnhaus ermittelt werden können. Der Aufwand der Berechnung steigt entsprechend, der grundsätzliche methodische Ansatz bleibt jedoch bestehen.

Gewichtigere Einwände betreffen daher die Einbeziehung von Krankenhausgrößen, Trägerschaften oder auch Qualitätsvorgaben. Zunächst gehen wir davon aus, dass sich aus der Zusammenlegung von Kapazitäten und Fällen auch Größeneffekte ergeben. Wird der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität (oder auch technischer Effizienz) bejaht, dürfte die Neuordnung anhand der Erreichbarkeit bereits Vorteile bieten. Die oftmals unterstellte U-förmige Verteilung zwischen Fallzahl und Qualität kann zusätzlich in Berechnungen berücksichtigt werden, indem eine Stop-Funktion eingefügt wird, die das zu große Anwachsen von Krankenhäusern verhindert.

Dennoch bleibt der Einwand, dass einige Krankenhäuser bereits heute bessere Qualität als ihre Konkurrenten bieten und es unsinnig erscheint, diese Qualität abzubauen, um die Kapazitäten auf einen zu erweiternden Standort zu transferieren. Anzumerken ist hier zunächst, dass Qualität heute in der Krankenhausplanung kein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt. Ausnahmen betreffen die Strukturqualität, beispielsweise im Bereich der Brustzentren einiger Bundesländer. Unser Verfahren kann daher dazu dienen, überhaupt einen Nachweis von Qualität einzufordern. Auch eine Gewichtung mittels Qualitätskennziffern ist möglich. Die Standortgarantie für Universitätskrankenhäuser (wie sie heute bereits in der Krankenhausplanung hinterlegt ist) kann ebenfalls als Kriterium aufgegriffen werden.

Ein weiteres gewichtiges Argument betrifft die Wettbewerbssituation. Wird unterstellt, dass Krankenhäuser im Wettbewerb untereinander stehen sollen und zukünftig womöglich auch Ausschreibungen von Seiten der Krankenkassen initiiert werden können, kann eine ausgedünnte Krankenhauslandschaft in einer Mehrkundenbetrachtung einem funktionierenden Wettbewerb entgegenstehen. Die Krankenkassen wären nicht mehr in der Lage, ein Bieterverfahren zwischen mehreren Krankenhäusern zu initiieren, da sich aus der Entfernungsoptimierung ergäbe, dass sämtliche Krankenhäuser zwingend in der Versorgung verbleiben müssten. Die Krankenkassen würden sich einem regionalen Monopol gegenüber sehen.

Eine Lösung hierfür kann darin liegen, die Kriterien zur Entfernungsoptimierung zu entschärfen. Es wird nicht nur ein Krankenhaus in die optimierte Entfernungsermittlung aufgenommen, sondern mehrere Krankenhäuser. Auch können die notwendigen Entfernungen herabgesetzt werden (etwa auf wenige Kilometer), sodass aus der Krankenhausplanung ein dichteres Netz an Kliniken verbleibt und sich im Wettbewerb durchaus wechselnde Teilnahmen an der Versorgung ergeben. Zudem kann einschränkend erwähnt werden, dass sich die langfristige Intensität des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern nicht von den bereits existierenden Wettbe-

werben abhängt, sondern von den Möglichkeiten des Markteintritts für neue Wettbewerber. Muss mit dem Markteintritt gerechnet werden, wird sich das Marktverhalten der bestehenden Krankenhäuser nicht an einer Monopolsituation ausrichten. Da heute bereits wesentliche Neubauten auch ohne staatliche Investitionsförderung in Angriff genommen werden, müsste eine optimierte Krankenhausplanung auch eine Regelung zur regionalen Zulassung von Neubauten (zur Versorgung von gesetzlich Versicherten) vorsehen.

Erwähnt werden müssen neben diesen politischen Rahmenbedingungen auch rein methodische Weiterentwicklungen, die aus unserer Sicht in Angriff genommen werden sollten. So sind die Randgebiete der betrachteten Regionen oftmals durch das Pendeln von Patienten anders belastet. Dies betrifft besonders Stadtstaaten. Wir schlagen daher vor, bei der Optimierung von Regionen jeweils auch angrenzende Gebiete einzubeziehen. Das Problem kann umgangen werden, indem generell das gesamte Bundesgebiet betrachtet wird und anschließend auf ein Gebiet fokussiert wird.

Ähnliches betrifft die Herausnahme von medizinischen Fachgebieten. Auch hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass es Synergieeffekte zwischen Fachabteilungen gibt. Dies kann aufgefangen werden, indem Hauptdiagnosegruppen für die Evaluierung zusammengelegt werden.

Die interessanteste methodische Weiterentwicklung betrifft die Wahl geeigneter Indikatoren für die Aussage, welches Krankenhaus gegenüber seinen regionalen Nachbarn Vorrang in der Sicherstellung der Versorgung haben soll. Wir haben die abgedeckte Fläche (bzw. die entsprechenden Postleitzahlbezirke) als Kriterium herangezogen. Andere Vorschläge sind Mischkriterien aus Fläche und Leistungszahlen, etwa Case-Mix-Index (CMI) pro Fläche oder Patientenfälle pro Fläche. Auch Anpassungsfaktoren etwa für Versorgungsstufen sind denkbar. Der Kreativität sind kaum Grenzen gesetzt, nur sollte ein Abgleich mit dem Ziel der Erreichbarkeit von Qualität für den Patienten vorgenommen werden. Wir haben uns aus generellen Überlegungen heraus für ein recht einfaches Kriterium entschieden: die reine Abdeckung der Fläche. Ist das Kriterium beispielsweise Fälle pro Fläche (also so etwas wie ein Dichtemaß), werden Krankenhäuser bevorzugt, die für ein kleines Gebiet eine intensive Versorgung vorhalten. Universitätskliniken oder auch Spezialkliniken mit einer zwar hohen Fallzahl, jedoch einem großen Einzugsgebiet, würden benachteiligt. Würde der CMI als zusätzliches Kriterium zur Entfernung herangezogen, ergäben sich vergleichbare Einschränkungen. Krankenhäuser mit einem hohen CMI, der sich jedoch auf ein großes Einzugsgebiet verteilt, würden benachteiligt.

Als Fazit kann aus unserer Sicht festgehalten werden, dass die Diskussion um Krankenhausplanung auf eine neue methodische Grundlage gestellt werden kann. Einen ersten Vorschlag, zunächst begrenzt auf die Einbeziehung von Entfernungen, haben wir gemacht. Dieser Vorschlag sollte vertieft und mit Qualitätszielen verknüpft werden. Die Ergebnisse einer solchen regelgebundenen Vorgehensweise können allerdings nicht als verbindliche Planungsgrundlage dienen. Sie sind als Diskussionsgrundlagen und Entscheidungshilfen auf dem Weg zu einer transparenten Krankenhausplanung gedacht.

14.6 Literatur

- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA et al: Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346:1128–37.
- Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL: Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349: 2117–27.
- Finlayson SR, Birkmeyer JD, Tosteson AN, Nease RF Jr. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. *Med Care.* 1999;37 (2): 204–9
- Geraedts M, de Cruppe W, Blum K, Ohmann C. Distanzen zu Krankenhäusern mit Mindestmengen relevanten Eingriffen 2004 bis 2006. *Gesundheitswesen* 2010; 72 (5): 271–8.
- Lauterbach K, Längen M. Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2003; 57 (Heft 1–2): 52–63.
- Längen M, Gerber A, Lauterbach KW. Zentrenbildung und Krankenhausplanung. Ein Vorschlag zur methodischen Vorgehensweise. *Das Krankenhaus* 2006; 98 (11): 963–8.
- Längen M. *Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung.* Berlin: Lit-Verlag 2007.
- Lyman S. Higher hospital volume and specialisation. *British Medical Journal* 2010; 340: c160.
- R Development Core Team. *A Language and Environment for Statistical Computing.* 2009.

15 Konturen künftiger Psych-Entgelte

Antje Haas und Wulf-Dietrich Leber¹

Abstract

Die Vergütung psychiatrischer Leistungen soll gemäß § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz neu geregelt werden. Vorbild für den Entwicklungsprozess ist die DRG-Einführung, auch wenn Tages- statt Fallpauschalen vergütet werden sollen. Ein Überblick der gegenwärtigen einrichtungsbezogenen Pflegesätze zeigt zu zwei Dritteln Pflegesätze zwischen 170 und 240 Euro. Die Entwicklungsarbeiten der Selbstverwaltung für die künftigen Psych-Entgelte manifestieren sich in der Beauftragung des DRG-Institutes InEK sowie in der Erarbeitung von Kodierrichtlinien. Erhebliche Kontroversen hat die Erweiterung des Prozedurenschlüssels OPS durch das DIMDI zwecks Erfassung des Leistungsgeschehens evoziert. Noch nicht gelöst ist die Erfassung des Leistungsgeschehens im Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen, die sich vergütungstechnisch ausgesprochen heterogen zeigen. Welche Vergütungsformen neben den Tagespauschalen später zur Anwendung kommen, kann erst auf Basis fallübergreifender Daten entschieden werden. Analytisch ertragreich sind derzeit vor allem die patientenbezogenen Kassendaten. Die nächsten Entwicklungsschritte (Kodierung und Kalkulation) werden die Transparenz über das Leistungsgeschehen wesentlich erhöhen. Außerdem steht die Debatte zum ordnungspolitischen Rahmen der Vergütung an.

According to § 17 d Hospital Act, the regulations concerning the remuneration of psychiatric services are to be revised. The development process will be modelled on the DRG introduction in Germany, with the exception that there will be daily rates instead of DRGs. At present, the rates of two-thirds of psychiatric hospitals are between 170 and 240 €. The self-governing bodies appointed the DRG-Institute InEK to develop the future rates for psychiatric care and are currently developing coding guidelines. The extension of the procedure key OPS by the DIMDI in order to collect data on services rendered has evoked considerable controversy. The problem of how to compile data on the services of Psychiatric outpatient care with their markedly heterogeneous remuneration is yet to be solved. Which forms of remuneration will be used in addition to daily rates can only be decided on the basis of integrated data. At present, the most analytically fruitful data are routine data of health care funds. The next steps (coding and calculation) will considerably increase the transparency of services rendered. Furthermore, the debate on the regulatory framework of the payment system is on the agenda.

15

¹ Die Autoren danken Franz Krause und Frank Reiner mann für umfangreiche Datenauswertungen. Wertvolle Anregungen kamen zudem von Barbara Feder und Dr. Christoph Tolzin.

15.1 Gesetzlicher Auftrag 17 d: „DRG reloaded“

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)² ist über den neuen § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)³ ein umfassender Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Vergütung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erteilt worden. Dieser Auftrag ergeht an die Selbstverwaltung und ihr DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)). Als Ausgangspunkt sind die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)⁴ zu nutzen.

Die vom InEK entwickelten neuen Entgelte sind 2013 budgetneutral einzuführen. Das System muss deshalb im Jahr 2012 auf der Basis von 2011 kalkuliert werden. Damit dies funktioniert, bedarf es bereits 2010 einer erweiterten Leistungsdocumentation in allen Einrichtungen und einer detaillierten Kostenerfassung in Häusern, die an der Kalkulation teilnehmen.

Bislang ist der Zeitplan eingehalten worden: Die Selbstverwaltungspartner haben sich auf Grundstrukturen verständigt, der amtliche Leistungskatalog des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde um psychiatrische Leistungen erweitert und das InEK hat einen Pretest mit rund 15 Häusern zur Entwicklung des Kalkulationshandbuchs durchgeführt.

Die zu entwickelnden fallgruppenspezifischen Tagespauschalen für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen sollen sowohl von Fachkrankenhäusern als auch von selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen von Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten. Im Folgenden wird vereinfachend von Psychiatrie gesprochen. Die Bewertungsrelationen sind wie beim DRG-Fallpauschalensystem als bundeseinheitliche Relativgewichte auszugestalten.

Neben dem allgemeinen Entwicklungsauftrag enthält das Gesetz zwei Prüfaufträge. Diese beziehen sich zum einen auf alternative Abrechnungseinheiten zu Tagespauschalen für bestimmte Leistungsbereiche und zum anderen auf die Einbeziehung von Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA). Tagesklinische Leistungen sind nicht Teil des Prüfungsauftrags, sondern von vornherein einzubeziehen.

Mit der Möglichkeit von Zusatzentgelten, der Vereinbarung von Relativgewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich keine Bewertung möglich ist, und der Vereinbarung Besonderer Einrichtungen, die befristet aus der Pauschalierung herausgenommen werden, sind im § 17 d KHG eine Reihe von DRG-analogen Regelungen

2 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

3 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29.06.1972, neugefasst am 10.04.1991, zuletzt geändert am 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

4 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) vom 18.12.1990, geändert am 26.09.1994, BGBl. Teil I, S. 2750.

getroffen worden. Darüber hinaus sind Zu- und Abschläge sowie Sicherstellungszuschläge vorgesehen und es wird die Möglichkeit zur gesonderten Vereinbarung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eröffnet.

Insgesamt ist der § 17 d ein Plagiat des § 17 b, also eine zweite Auflage der DRG-Einführung, die offensichtlich als erfolgreiches Reformmodell angesehen wird. Der einzige wesentliche Unterschied besteht darin, dass im § 17 b vorrangig Fallpauschalen zu entwickeln waren, während nunmehr im § 17 d Tagespauschalen eingeführt werden sollen. Auch im legislativen Prozedere ist der § 17 d eine Art „DRG reloaded“: Es wird zunächst nur das vergütungstechnische Instrumentarium auf den Weg gebracht, während der eigentliche ordnungspolitische Rahmen der künftigen Vergütung einem späteren Gesetzgebungsprozess vorbehalten bleibt. Bei der DRG-Einführung 1999 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000⁵ war zunächst auch nur eine kaum zehn Zeilen umfassende „Projektskizze“ verabschiedet worden. Die vergütungsrechtlich relevanten Regelungen erfolgten dann im Jahr 2002 im Fallpauschalengesetz⁶, insbesondere im neu geschaffenen Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)⁷. Sofern auch der weitere Zeitplan der Vergütungsreform im Psychiatriebereich dem DRG-Muster folgt, wäre spätestens im Jahr 2012 die Gesetzgebung zur Vergütung zu erwarten.

Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Überblick über die derzeitige Vergütung psychiatrischer Einrichtungen gegeben werden (Abschnitt 15.2). Die Entwicklungsarbeiten der Selbstverwaltung manifestieren sich schwerpunktmäßig in der Beauftragung des InEK sowie in der Erarbeitung von Kodierrichtlinien (Abschnitt 15.3). Erhebliche Kontroversen hat der erste grundlegende Entwicklungsschritt, die Erweiterung des Prozedurenschlüssels (OPS) durch das DIMDI zwecks Erfassung des Leistungsgeschehens, ausgelöst (Abschnitt 15.4). Noch nicht gelöst ist die Erfassung des Leistungsgeschehens im Bereich der PIAs, die sich vergütungstechnisch als ausgesprochen heterogen zeigen (Abschnitt 15.5). Welche Vergütungsformen in der Psychiatrie später zur Anwendung kommen, hängt vom breiten Krankheitsspektrum ab, dessen empirische Aufbereitung erst am Anfang steht (Abschnitt 15.6). Die nächsten Entwicklungsschritte (Kodierung und Kalkulation) werden die Transparenz über das Leistungsgeschehen wesentlich erhöhen (Abschnitt 15.7). Möglicherweise gelingt auch ein Ordnungsrahmen, der die Effizienz und die Qualität erhöht.

5 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKVRefG 2000) vom 22.12.1999, BGBl. Teil I, S. 2626, zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 15.02.2002, BGBl. Teil I, S. 684.

6 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.04.2002, BGBl. Teil I, S. 1412.

7 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23.04.2002, zuletzt geändert am 17.07.2009, BGBl. Teil I, S. 1990.

15.2 Psychiatrie-Vergütung 2008 – Ein Überblick

Die Vergütung psychiatrischer Einrichtungen erfolgt im Wesentlichen durch Tagespauschalen (sogenannte Pflegesätze), die unabhängig von Diagnose und Therapie, dafür aber einrichtungsspezifisch sind. Aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes 2008 geht hervor, dass Deutschlands Gesundheitswesen über 316 Fachkrankenhäuser und 387 gebietsärztlich geleitete Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügt (Tabelle 15–1).

Die Leistungen dieser Einrichtungen wurden im Jahr 2008 mit psychiatrischen Pflegesätzen für vollstationäre Behandlungen zwischen 90 und 400 Euro vergütet (Abbildung 15–1). Formal ergeben sich die vollstationären Pflegesätze als Summe aus einem Basispflegesatz und einem Abteilungspflegesatz. Diese Unterteilung, mit

Tabelle 15–1

Psychiatrische Kliniken und Abteilungen (Anzahl und Fallzahl 2008)

Psychiatrie (inkl. Teilbereiche Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie)	Fachklinik		Fachabteilung	
	Anzahl	Fallzahl pro Jahr	Anzahl	Fallzahl pro Jahr
Baden-Württemberg	57	57 255	50	35 960
Bayern	62	87 615	39	39 654
Berlin**	6	7 955	16	32 329
Brandenburg**	7	9 884	16	17 852
Bremen**	1	k.A.	5	k.A.
Hamburg*A	0	0	14	19 921
Hessen**	24	33 411	35	26 045
Mecklenburg-Vorpommern**	1	k.A.	15	1 615
Niedersachsen	29	52 895	26	22 198
Nordrhein-Westfalen*A	67	136 853	64	66 818
Rheinland-Pfalz**	13	22 241	21	20 081
Saarland*A	0	0	9	10 931
Sachsen*P	10	16 364	29	26 718
Sachsen-Anhalt**	15	14 073	17	13 401
Schleswig-Holstein*A	19	20 257	17	20 038
Thüringen**	5	8 340	14	13 467
Deutschland gesamt (inkl. Krankenhäuser und Abteilungen ohne Einzelangabe zu Fallzahlen)	316	476 127	387	397 216

k.A. – keine Angaben

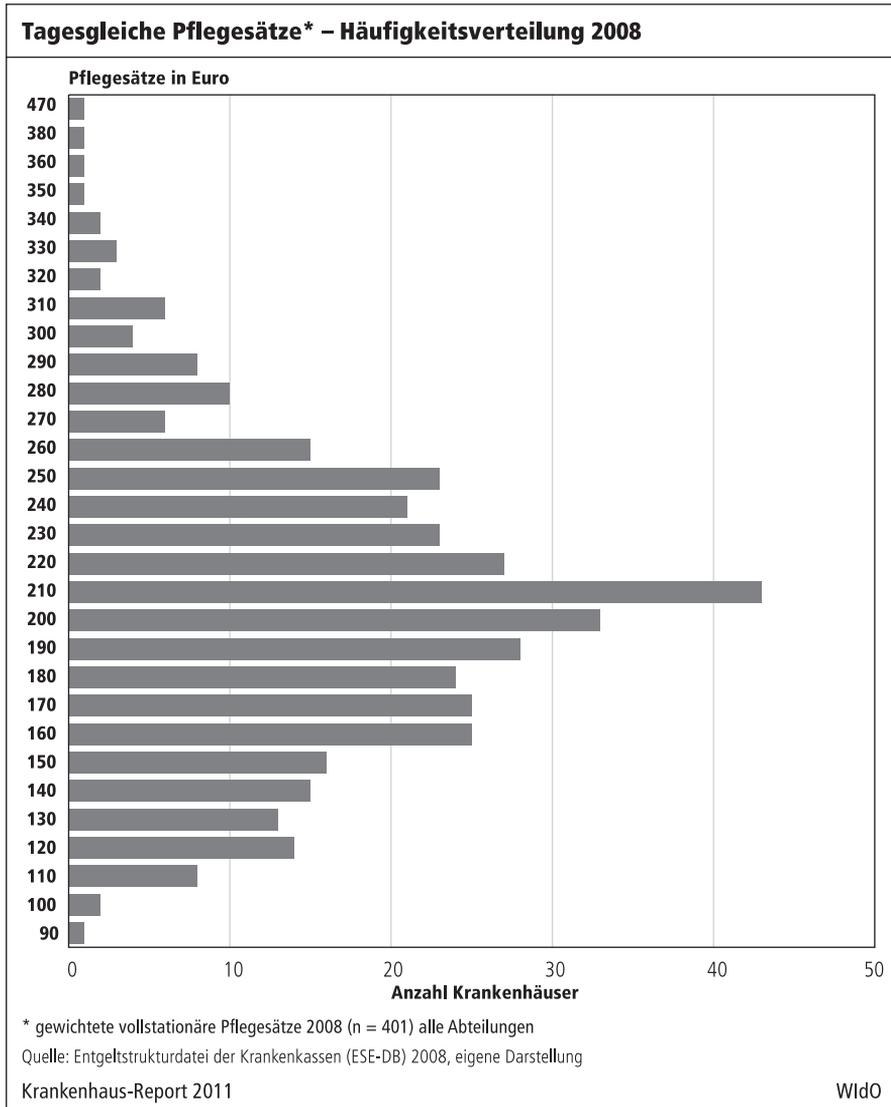
** Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA < 3 sowohl bei Psych-KH als auch bei Allgemein-KH

*A Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA Psych an Allgemein-KH < 3

*P Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA an Psych-KH < 3

Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2008, eigene Darstellung

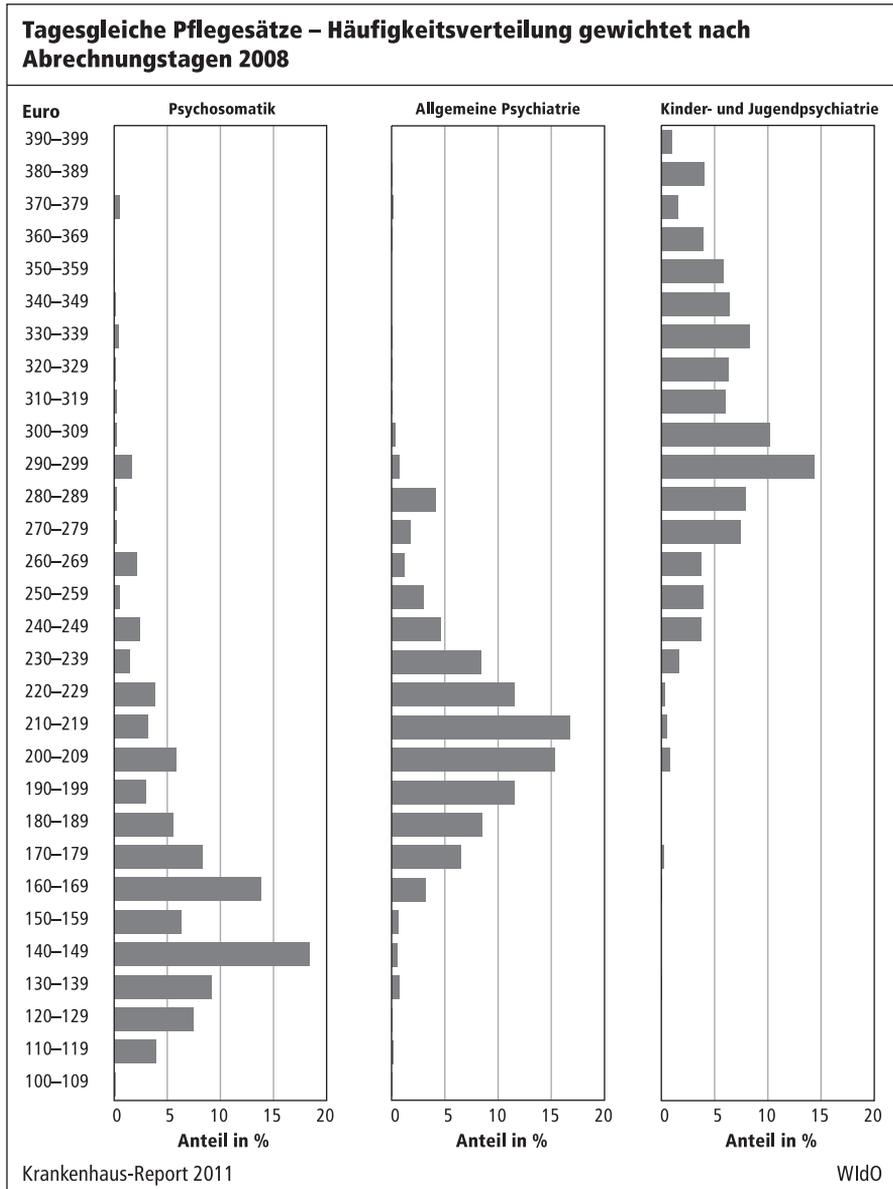
Abbildung 15–1



der in Prä-DRG-Zeiten eine stärker leistungsgerechte Budgetfindung erreicht werden sollte, ist heute weitgehend funktionslos und analytisch wenig ergiebig. Teilstationäre Pflegesätze bewegen sich zwischen 134 und 187 Euro.

Die quantitative Bedeutsamkeit der unterschiedlichen Vergütungsklassen ergibt sich erst durch die Gewichtung der Pflegesätze mit der Häufigkeit ihrer Abrechnung. Dazu steht keine amtliche Statistik zur Verfügung. Den Autoren standen aber die Abrechnungsdaten dreier Kassenarten zur Verfügung (im Folgenden „301-Datenbestand“), die die Fälle von insgesamt 85 % der GKV-Versicherten repräsentie-

Abbildung 15–2

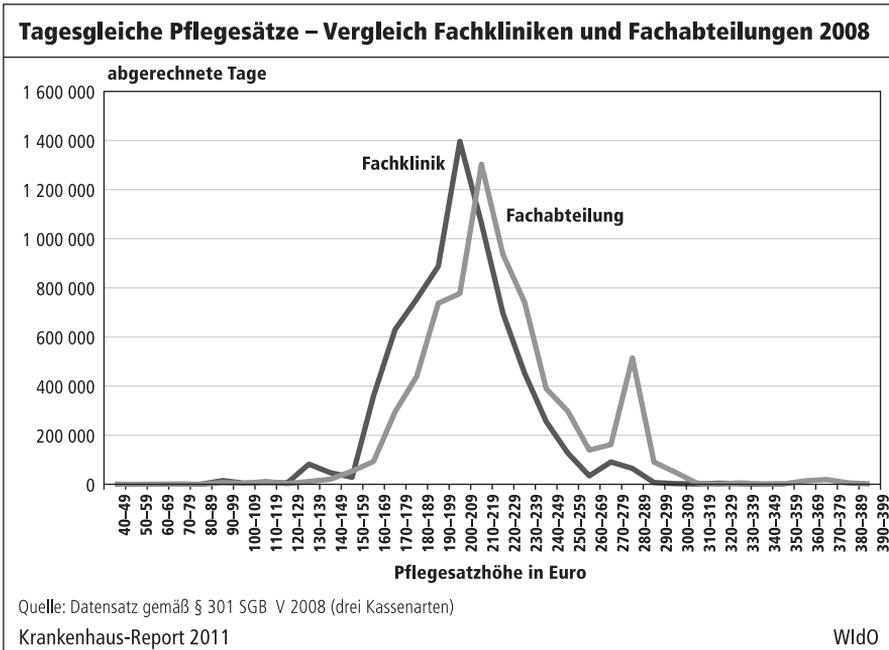


15

ren.⁸ Diesem Datenbestand lässt sich entnehmen, dass rund 68% der 2008 abgerechneten Pflegesätze zwischen 170 und 240 Euro lagen (Abbildung 15–1).

8 Aus dem Gesamtbestand der Krankenhausfälle wurden die Fälle des Jahres 2008 mit einer Diagnose aus dem Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) des ICD-10-GM-Katalogs selektiert. Dies sind 4,1 Mio. Behandlungsfälle (davon 1,5 Mio. mit einer F-Hauptdiagnose) von insgesamt 2,9 Mio. stationär behandelten Patienten. Es handelt sich sowohl um Fälle im DRG-Bereich als auch um Fälle in psychiatrischen Einrichtungen.

Abbildung 15–3



Das Vergütungsniveau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter Betrachtung der Häufigkeitsverteilung durchschnittlich deutlich höher als das in der allgemeinen Psychiatrie. Niedriger ist hingegen das Niveau in der Psychosomatik (Abbildung 15–2).

Beim Vergleich der Vergütungen von Fachkrankenhäusern gegenüber Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist die Verteilung der Pflegesatzhöhe um ca. 10 Euro pro Pflegetag zugunsten der Fachkliniken verschoben (Abbildung 15–3). Eine der spannenden Verteilungsfragen des neuen Vergütungssystems ist es, ob sich diese Differenz im gleichen Umfang als höherer Casemix im neuen Vergütungssystem widerspiegelt.

Liefere die zukünftige Entwicklung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems auf einheitliche Vergütungshöhen je Bundesland hinaus und wollte man deren Höhe aus der aktuellen Vergütungssituation heraus abschätzen, könnte man sich an den derzeitigen Durchschnittswerten der Bundesländer orientieren (Abbildung 15–4).

Die Spannweite der durchschnittlichen Pflegesätze der Bundesländer beträgt rund 25 % des Bundesdurchschnitts (Abbildung 15–4). Es handelt sich hierbei allerdings nur um einen Pflegesatzvergleich. So können die durchschnittlichen Kosten psychiatrischer Fälle aufgrund der unterschiedlichen Verweildauern erheblich voneinander abweichen. Die Werte sollten auch nicht fälschlich als Prognose künftiger Basistageswerte (vgl. Abschnitt 15.7) interpretiert werden. Einrichtungsbezogene Pflegesätze reflektieren – nicht zuletzt aufgrund der im Folgenden zu diskutierenden Psych-PV – auch den Schweregrad (DRG: Casemix). Bevor ein neues Psychiatrie-Entgeltsystem kalkuliert worden ist, lässt sich schlecht abschätzen, ob die

Abbildung 15–4



Unterschiede zwischen den Ländern (und auch zwischen den Kliniken) eher die Differenzen im Kostenniveau als jene im „Casemix“ widerspiegeln.

Leistungsgerechte Pflegesätze durch Psych-PV?

Stärker noch als im bereits personalintensiven allgemeinen Krankenhaussektor sind die Kostenstrukturen in der Psychiatrie vom Personaleinsatz bestimmt. So gab es zahlreiche Versuche, durch Empfehlungen, Regelungen, Maßstäbe, Ist-Erhebungen oder Richtwerte eine Grundlage für eine angemessene Personalausstattung zu

Tabelle 15–2

Psych-PV-Einstufung im OPS 2010

	Allgemeine Psychiatrie		Abhängigkeitskranke		Gerontopsychiatrie	
Regelbehandlung	9-980.0	A1	9-981.0	S1	9-982.0	G1
Intensivbehandlung	9-980.1	A2	9-981.1	S2	9-982.1	G2
Rehabilitation	9-980.2	A3	9-981.2	S3	9-982.2	G3
Langdauernde Behandlung	9-980.3	A4	9-981.3	S4	9-982.3	G4
Psychotherapie	9-980.4	A5	9-981.4	S5	9-982.4	G5
Tagesklinische Behandlung	9-980.5	A6	9-981.5	S6	9-982.5	G6

Quelle: DIMDI; Krüger 2010

Krankenhaus-Report 2011

WidO

schaffen.⁹ Prägend für die psychiatrischen Einrichtungen war schließlich die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV)“ vom 18.12.1990 (mit Änderung vom 26.09.1994). Sie regelt die Personalausstattung der verschiedenen, in den stationären und teilstationären Behandlungsprozess einbezogenen Berufsgruppen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Für sechs verschiedene Behandlungsbereiche werden Zeitwerte (Minuten je Patient und Woche) zugrunde gelegt, die dann in Personalstellen umgerechnet werden. Diese Zeitwerte sind mittels eines detailliert beschriebenen Katalogs von Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen ermittelt worden.

Die Psych-PV hat zwar vorrangig planwirtschaftliche Elemente, aber es finden sich durchaus moderne Ansätze. Ähnlich wie beim DRG-System werden alle Patienten in aufwandshomogene Gruppen eingeteilt. Dieser Eingruppierungsprozess ist allerdings nicht streng algorithmisch auf der Basis von Diagnosen und Prozeduren, sondern eine subjektive Sortierung – eine Art Groupervorläufer aus einer prädigitalen Entwicklungsstufe. Problematisch ist auch, dass die Psych-PV kein lernendes System ist. Weder die Minutenwerte noch die Gruppierung wurden aktualisiert, sodass ihre Anwendung im künftigen System auf einen medizinischen Stand von vor fast 30 Jahren rekurrieren würde. Bspw. ist heute die Psychotherapie als Methode psychiatrischer Behandlung in den verschiedenen Gruppen repräsentiert und wäre dementsprechend anders zu gewichten. Darüber hinaus ist die Krankenhausverweildauer in den letzten Jahren deutlich gesunken und die Gruppen A4, S4 und G4 der lang dauernden Behandlung nicht mehr mit denen der 90er Jahre vergleichbar.

Gleichwohl bleibt die Informationsfunktion der Psych-PV: Seit 01.01.2010 übermitteln alle Einrichtungen für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung des Patienten in einen der 25 Psych-PV-Behandlungsbereiche jeweils zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs. Die Übermittlung der Daten erfolgt als OPS-Kode mittels Datensatz nach § 301 SGB V (Tabelle 15–2).¹⁰

⁹ vgl. die Auflistung bei Kunze H, Kaltenbach L. Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Stuttgart 2005; 19.

¹⁰ Es handelt sich bei diesen OPS-Ziffern nicht im eigentlichen Sinne um Prozeduren. Wie auch beim Barthel-Index wird der OPS lediglich als Transfermechanismus genutzt.

Die Idee der Psych-PV war, ein leistungsgerechtes Budget für psychiatrische Einrichtungen zu bestimmen. Ein solches Instrument gab es im somatischen Bereich nicht. Wenn die Psych-PV überall in ähnlicher Weise umgesetzt worden ist, dann ist der Konvergenzbedarf im psychiatrischen Bereich möglicherweise sehr viel geringer als im somatischen Bereich. Hinzu kommt, dass sich – anders als bei Fallpauschalen – die durchaus erhebliche Verweildauervarianz nicht in den Pflegesätzen niederschlägt. Empirische Ergebnisse dazu wird es erst nach Anwendung erster Testgrouperläufe im Jahr 2012 geben.

Verweildauerrückgang

Die stationären Fallkosten ergeben sich bei tagesbezogener Vergütung aus Pflegesätzen und Verweildauer. Wie bei allen übrigen Krankenhausbereichen zeigt sich in der Psychiatrie seit einigen Jahrzehnten ein kontinuierlicher Rückgang der Verweildauern. Dieser Trend setzt sich auch im letzten Jahrzehnt für alle Psychiatrie-Fächer fort (Abbildung 15–5). Die Vermutung, dass es zu einer in der Psychiatrie und Psychosomatik gegenüber der Somatik überproportional starken Absenkung der Verweildauer gekommen ist, lässt sich nicht bestätigen. Die Indexdarstellung zeigt einen überraschend identischen langsamen Abfall der Verweildauerkurven.

Auffallend ist jedoch ein gigantischer Unterschied der Verweildauern zwischen der Psychosomatik und der allgemeinen Psychiatrie (Abbildung 15–6). Es ist zu vermuten, dass die zukünftige Transparenz der Diagnose- und Leistungsdaten der verschiedenen Psychiatrie-Versorgungsbereiche Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten in den versorgten Patientenspektren zutage bringt. Interessant wird die Diskussion darüber sein, inwieweit Verweildauerunterschiede gerechtfertigt sind, welche anerkannten Therapiestandards und Leitlinien verfolgt werden und welches Behandlungsergebnis (bei sektorübergreifender Perspektive) erreicht werden kann.

Abbildung 15–5

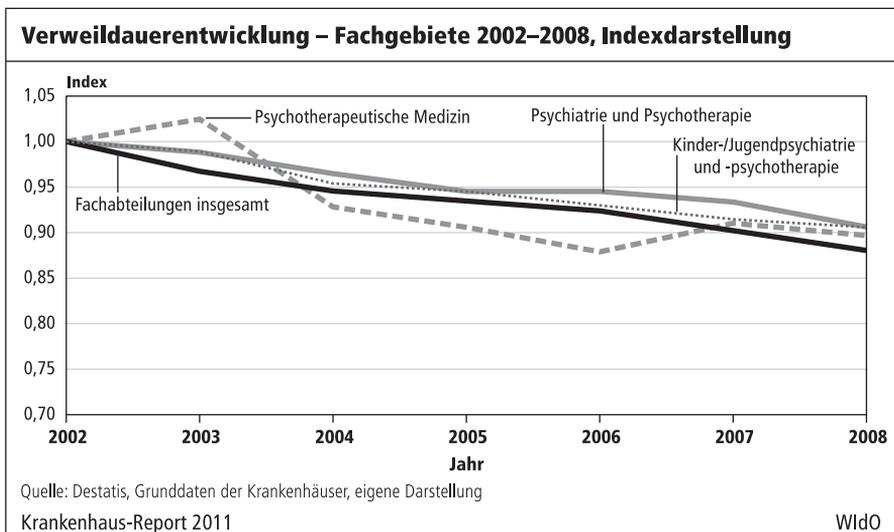
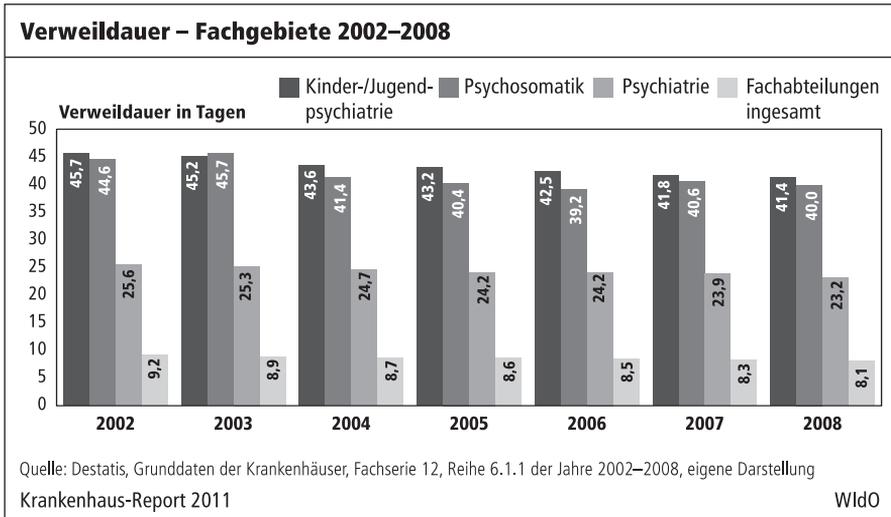


Abbildung 15–6



Diese Debatte kann nur dann sinnvoll und ergebnisorientiert geführt werden, wenn die Leistungsabbildung Vergleichbarkeit schafft. Dazu gehört die Vermeidung von Leistungsdarstellung und Abrechnung „nach Türschild“ trotz vergleichbaren Inhalts.¹¹ Eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die sektorspezifische und sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) alle vergleichbaren Therapiebereiche gleichermaßen erfasst.

Ob es in der Folge der Etablierung von Transparenz und Vergleichbarkeit zu fundamentalen Änderungen der Verweildauerunterschiede kommen wird, hängt u. a. auch davon ab, ob das Ergebnis des Selbstverwaltungsauftrages eine Ergänzung bzw. teilweise Abkehr von Tagespauschalen sein wird.

¹¹ Solche zu vermeidenden Leistungsdarstellungen „nach Türschild“ stellen aus Sicht der Autoren bspw. die OPS 9-63 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ gegenüber der Ziffer 9-62 „Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ im OPS-Katalog des Jahres 2010 dar.

15.3 Selbstverwaltungsauftrag an das InEK

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben sich noch 2009 fristgerecht auf Grundstrukturen zur Entwicklung neuer Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik geeinigt¹². Im Wesentlichen wird in dieser Vereinbarung das InEK entsprechend der gesetzlichen Vorgabe beauftragt und der Fahrplan für den weiteren Entwicklungsprozess vorgezeichnet. Gemäß Vereinbarung soll zunächst ein eigenständiges Kalkulationshandbuch vom InEK erarbeitet werden (Vereinbarung § 5 Abs. 4). Eine erste Version wird bis Ende des 3. Quartals 2010 erstellt, damit potenzielle Kalkulationskrankenhäuser prüfen können, ob sie die erforderlichen Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Kalkulation im ersten Datenjahr 2011 erfüllen können.

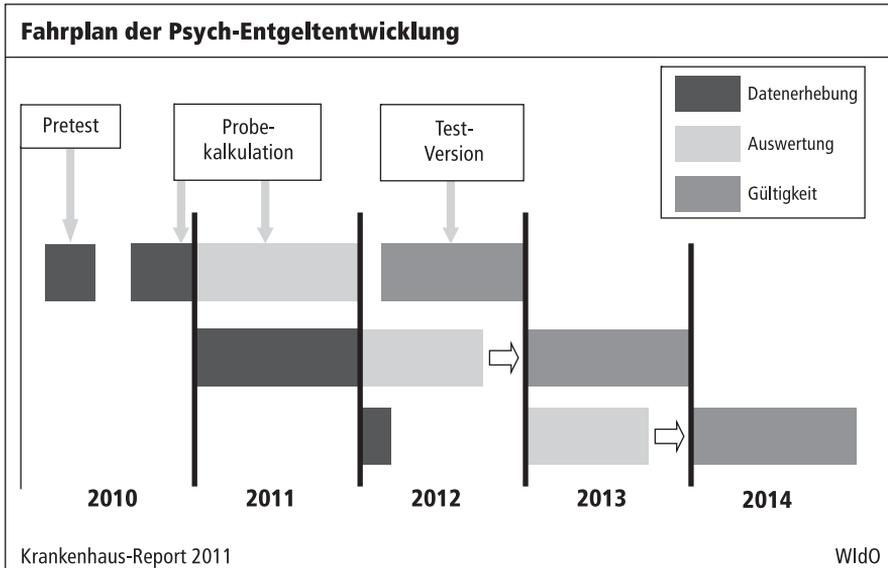
Wie auch im DRG-Bereich ist die Teilnahme an der Kalkulation freiwillig und mit einer Aufwandsentschädigung alimentiert. Krankenhäuser, die sowohl im § 17 b- wie auch im § 17 d-Bereich tätig sind, sollten in beiden Bereichen an der Kalkulation teilnehmen. Das schützt vor wundersamen Zurechnungen von Gemeinkosten. Damit jedoch quasi reine Psychiatrie-Häuser nicht wegen weniger neurologischer DRG-Betten zur Teilnahme an der § 17 b-Kalkulation gedrängt werden, ist ausnahmsweise auch eine isolierte Psychiatrie-Kalkulation möglich, „wenn auf den Regelungsbereich des § 17 d der deutlich überwiegende Anteil der Betten entfällt“ (Vereinbarung § 5 Abs. 7).

Aufbauend auf den Pretest soll dann im ersten Halbjahr 2011 eine Probekalkulation durchgeführt werden (Abbildung 15–7). Datenbasis ist das Jahr 2010 und wahrscheinlich im Wesentlichen das zweite Halbjahr 2010. Die Erarbeitung einer Testversion des neuen Entgeltsystems für § 17 d-Leistungen, die 2012 auf der Basis einer Probekalkulation im Jahr 2011 vorliegen wird, macht ein datengestütztes Anpassungsjahr vor der budgetneutralen Einführung des Entgeltsystems im Jahr 2013 möglich. Diese ist notwendig, weil – anders als bei der DRG-Einführung – keine internationalen Grouperversionen zu Benchmarkversuchen zur Verfügung stehen.

Die Testversion soll allen Beteiligten die Möglichkeit geben, die gesamte Systementwicklung einmal „durchzuspielen“ – von der Kalkulation bis hin zum Groupereinsatz. Ob eine solche Testversion des Groupers auf der Basis des zweiten Halbjahres 2010 brauchbar ist, wird erst im dritten Quartal 2011 entschieden werden können. Die Selbstverwaltungspartner streben an, Krankenhäusern, Krankenkassen und Grouperherstellern basierend auf der Probekalkulation eine erste Testversion eines Entgeltkataloges für die Anwendungserprobung und für Schulungen zur Verfügung zu stellen (Vereinbarung § 5 Abs. 7). Die Kalkulationsdaten des Jahres 2012 sind dann bereits die Basis für das System 2014. Dies ist das erste

12 Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30.11.2009, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet; vgl. im Folgenden auch die Darstellung in Haas A, Leber WD. Neue Psych-Entgelte am Start. Die Einigung auf Grundstrukturen aus Sicht der Krankenkassen. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010, 1: 43 ff.

Abbildung 15–7



Jahr, in dem das neue Vergütungssystem möglicherweise ökonomische Konsequenzen für die Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser hat. Es ist zugleich das erste Jahr, in dem deutlich wird, dass auch das Psych-Entgeltsystem ein lernendes System ist.

Grundlage des neuen Vergütungssystems sollen tagesbezogene Entgelte sein, die den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung abbilden und einen praktischen Differenzierungsgrad aufweisen. In Analogie zum DRG-System hat das InEK eine jährliche Anpassung der Entgeltkataloge auf der Grundlage empirischer Daten festgeschrieben. Die Abbildung teilstationärer Leistungen soll im ersten Entwicklungsschritt berücksichtigt werden (Vereinbarung § 7). Außerdem ist es erklärtes Ziel beider Seiten, dass die Begleitforschung – anders als bei der DRG-Einführung – rechtzeitig einsetzen soll (Vereinbarung § 9). Die wichtigste, zugleich aber auch umstrittenste Änderung war die erweiterte Dokumentationspflicht in den psychiatrischen Einrichtungen, die zum einen neue Prozeduren betraf (vgl. Abschnitt 15.4), zum anderen aber auch – wie in § 295 Abs. 1b SGB V vorgesehen – die Übermittlung von Psych-PV-Einstufungen für quasi jeden Abrechnungstag enthält. Da von Krankenhausseite ein Abgleich dieser fallbezogenen Psych-PV-Einstufungen mit den Stichtagserhebungen befürchtet wurde, enthält die Vereinbarung eine Art Verwendungsbeschränkung, derzufolge die übermittelten Psych-PV-Daten ausschließlich der Entwicklung des künftigen tagespauschalierenden Entgeltsystems dienen sollen. Es dürfen weder Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V noch Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG auf der Basis der via OPS übermittelten täglichen Psych-PV-Eingruppierungen durchgeführt werden. Um Interferenzen zwischen Entgeltentwicklung und Budgetverhandlung auszuschließen, wurde vereinbart, dass für die Verhandlungen der individuellen Krankenhausbudgets nach der Bundespflegesatzverordnung

(BpflV)¹³ ausschließlich die Stichtagserhebungen nach dem bisher üblichen Verfahren maßgeblich sind (Vereinbarung § 3 Abs. 3).

Der Zusammenhang zwischen Entgeltentwicklung einerseits und Stellenbesetzung gemäß Psych-PV andererseits konnte in der Vereinbarung nur sehr allgemein formuliert werden, weil die jeweiligen Rechtspositionen der vor Ort streitenden Parteien berücksichtigt wurden. Daher wurden in der Präambel Formulierungen aus Gesetz und Begründung zitiert, die die jeweiligen Rechtspositionen nicht zur Disposition stellen.

Die Einheitlichkeit der Diagnosedokumentation soll durch Kodierrichtlinien gewährleistet werden (Vereinbarung § 4). Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)¹⁴ für den Geltungsbereich § 17 b KHG entstanden zunächst als Übertragung der australischen Kodierrichtlinien. Sie werden jährlich auf Spitzenverbandsebene aktualisiert. Die bisherigen Kodierregeln für psychiatrische Erkrankungen waren für die Entwicklung eines neuen leistungsorientierten Entgeltsystems zu kurz gefasst (vgl. das kaum zwei Seiten lange Kapitel 5 „Psychische und Verhaltensstörungen“ der speziellen Kodierrichtlinien 2009).

Für 2010 haben die Spitzenverbandspartner für die Psychiatrie zunächst separate Kodierrichtlinien (DKR-Psych)¹⁵ und eine ergänzende gemeinsame Empfehlung für die Psych-PV-Eingruppierung¹⁶ vereinbart. Bei der Erarbeitung wurde darauf geachtet, Widersprüche zwischen den Kodierregeln im somatischen und psychiatrischen Bereich und Widersprüche zur ursprünglichen Psych-PV zu vermeiden. Es sei darauf hingewiesen, dass es zum 01.01.2011 auch noch separate Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich¹⁷ geben wird, was dem Arzt in der interdisziplinären Notfallaufnahme die Anwendung dreier Kodierregelwerke auferlegt. Auch für den Risikostrukturausgleich, der patientenbezogen auf diese Diagnosen aufbaut, sind drei konkurrierende Kodierrichtlinien auf Dauer keine gute Grundlage.

13 Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BpflV) vom 26.09.1994, zuletzt geändert am 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

14 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) – Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, abrufbar im Internet unter http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2010/Kodierrichtlinien.

15 Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik 2010 (DKR-Psych 2010) vom 13.01.2010, abrufbar im Internet unter http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Psychiatrie_Psychosomatik/Kodierrichtlinien/DKR-Psych_2010.

16 Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG vom 18.12.2009, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

17 Ambulante Kodierrichtlinien – Kodierrichtlinien nach § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V (Richtlinien zur Kodierung ambulanter Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der ICD-10-GM, Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/Kodierrichtlinie.gkv-net>.

Die DKR-Psych beziehen sich auf die Anwendung der ICD-10-GM Version 2010¹⁸ und den OPS Version 2010¹⁹ und gliedern sich in folgende Teile:

- Allgemeine Kodierrichtlinien
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Es werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. Bedauerlicherweise ist es nicht für alle Kodierrichtlinien gelungen, geeignete Beispiele für die Psychiatrie zu vereinbaren. In diesen Fällen wurden die Beispiele für die Somatik zwar für 2010 zunächst belassen, sollen aber schnellstmöglich adaptiert werden. Für den Fall, dass zwischen den Hinweistexten im ICD-10-GM bzw. im OPS-Katalog Widersprüche zu den Psychiatrie-Kodierrichtlinien bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang. Dies stellt ein analoges Prinzip zu den DKR dar.

Die DKR-Psych sollten gemäß GKV-Vorschlag bereits für das erste Aktualisierungsjahr 2011 mit den DKR für 2011 zusammengeführt werden und zukünftig ein eigenes Kapitel der DKR darstellen. Darüber aber ist noch keine Einigung erzielt worden.

Zentraler Konfliktpunkt war im Verhandlungsprozess der Jahre 2009 und 2010 der erweiterte OPS-Katalog des DIMDI für 2010.

15.4 OPS-Debatten – Der Streit um die richtige Abbildung

Das neue Entgeltsystem soll eine leistungsgerechte Vergütung etablieren. Eine solche kann nur mit der Dokumentation von Leistungen funktionieren. Einigkeit bestand darüber, dass das bestehende Dokumentationsverzeichnis (OPS) erweitert werden musste, um psychiatrische Leistungen adäquat abbilden zu können. Einigkeit bestand auch darüber, dass dies in mehreren Schritten geschehen soll: eine erste Erweiterung für das Jahr 2010 und eine gründlicher ausdiskutierte in den Folgejahren. Trotzdem eskalierte die Dokumentationspflicht von der Krankenhausseite zu einem Fundamentalkonflikt.

Die OPS-Erweiterung für 2010 wurde seit dem Frühjahr 2009 in diversen Gesprächskreisen unter Beteiligung von InEK, DKG, GKV, PKV und mehreren Fachgesellschaften diskutiert. Schlussendlich hat das DIMDI bzw. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über den neuen OPS-Katalog 2010 entschieden. Klassifikationsfragen wie ICD und OPS sind keine Selbstverwaltungsentscheidungen.

Der OPS 2010 sieht einen eigenen § 17 d-Bereich vor, der deutlich vom DRG-Bereich abgegrenzt ist (Abbildung 15–8). Für Erwachsene ist das der Nummernbe-

18 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>.

19 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/index.htm>.

Abbildung 15–8



reich 9-60 bis 9-64, für Jugendliche 9-65 bis 9-69. Außerdem existiert ein Nummernbereich zur Übermittlung der Psych-PV-Eingruppierung (9-98).

Die OPS-Bereiche für Erwachsene und Jugendliche enthalten – vereinfacht dargestellt – auf Ebene der Viersteller jeweils eine Unterteilung in Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische Komplexbehandlung und Psychosomatische Komplexbehandlung. Neben den umfangreichen Strukturanforderungen folgt eine Aufspaltung des Personaleinsatzes nach den Berufsgruppen Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut und Pflege.

Da sowohl die Krankenseite als auch die GKV den OPS-Katalog 2010, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, als revisionsbedürftig ansahen, kam es zu einer gemeinsamen Initiative gegenüber dem BMG, den OPS-Katalog erstmals einer unterjährigen Revision zu unterziehen. Die Änderungsvorschläge bezogen sich auf die Zusammenfassung von Berufsgruppen, die Aggregation von Dosisstufen und die Trennung der Therapieeinheitenzählung von den Komplexcodes. Insgesamt sollte die Dokumentation vereinfacht werden. Der Vorschlag wurde durch das BMG abgelehnt – möglicherweise um einen Präzedenzfall für unterjährige Revisionen zu vermeiden.

Die Kritik der GKV an der Leistungsabbildung im aktuellen OPS-Katalog bezieht sich vorrangig auf seine Inputorientierung. Darüber hinaus aber auch auf die Problematik, dass der Code zwar sehr exakt erscheint, aber eigentlich wenig aussagt. Er sagt nicht, was eigentlich gemacht wird. Er sagt nur, wie viel Personal aus welcher Lohngruppe gebunden war. Hätte man den OPS im somatischen Bereich nach gleichem Muster gestaltet, wäre zwar erkennbar, ob zwei oder drei Operateure am OP-Tisch gestanden haben, aber es ginge aus dem OPS-Code nicht hervor, ob sie eine Hüftendoprothese implantiert oder laparoskopisch eine Gallenblase entfernt hätten.

Die Inputorientierung des OPS hat starke Wirkungen auf das spätere Anreizsystem, wie sich am OP-Beispiel illustrieren lässt: Beschreibt der OPS eine bestimmte Operation und wird dies im Entgeltsystem abgebildet, dann bleibt ein Anreiz, die

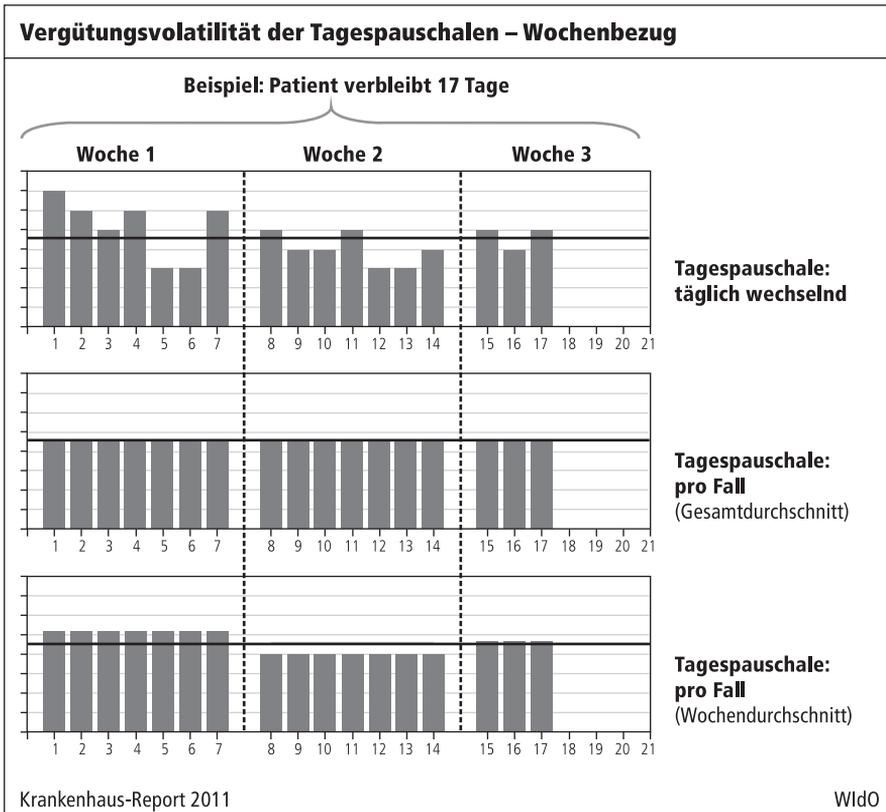
Zahl der Operateure zu reduzieren. Baut das Entgeltsystem vorrangig auf dem Personaleinsatz auf, dann wird letztlich der Personaleinsatz maximiert. Die derzeitigen Kodes produzieren ein System, bei dem derjenige gewinnt, der die meisten Kosten verursacht. Kurzum: Der OPS in seiner jetzigen Form bedeutet Selbstkostendeckung im neuen Gewand.

Die GKV hat mehrere Vorschläge zu einer ergebnisorientierten Leistungsabbildung gemacht. Hier werden bspw. Wechsel von Schweregraden bei einer Depressionsbehandlung (gemessen nach Hamilton-Depressionsskala) oder Veränderungen des Body-Mass-Index bei Anorexie abgebildet. Es ist absehbar, dass die kontinuierliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems auch eine kontinuierliche Debatte über die Abbildung von Arbeitseinsatz und Arbeitsergebnis generieren wird.

Wochenbezug im OPS

Im OPS muss auch ein Problem gelöst werden, das es bei DRG-Fallpauschalen so nicht gibt: der Zeitbezug einer Leistung. Bei Fallpauschalen spielt der Zeitpunkt einer Leistung eine untergeordnete Rolle. Bei tagesbezogener Vergütung ist es hingegen relevant, an welchem Tag die Leistung erbracht worden ist. Das führt zu der zentralen Frage, was eigentlich gegroupt wird: Tage, Wochen oder Fälle (Abbildung 15–9)? Der Gesetzgeber schreibt in § 17 d KHG lediglich ein tagespauschalierendes System vor.

Abbildung 15–9



Offen ist dabei, ob bei wechselndem Behandlungsaufwand jeden Tag eine andere Tagespauschale abzurechnen ist. Eine solche Regelung, bei der quasi jeder Tag einzeln gegroupt würde, würde das Konfliktpotenzial zwischen Krankenhäusern und Kassen maximieren. Alternativ könnte – wie bei den DRG-Fallpauschalen – der Behandlungsaufwand des gesamten Falls gegroupt werden, dann aber im Ergebnis eine Einsortierung in einen durchgängigen Tagessatz erfolgen (Was keine Fallpauschalierung ist!). Das hat allerdings den Nachteil, dass während langer Aufenthalte kurze Phasen intensiver Betreuung entweder für den ganzen Fall eine hohe Einstufung mit sich bringen würden oder aber unberücksichtigt bleiben müssten. Als vermittelnde Lösung im Spannungsfeld von „stabil oder volatil“ bietet sich eine wöchentliche Anpassung an. Es gelten also wie gesetzlich vorgegeben Tagespauschalen, aber sie werden wöchentlich neu bestimmt. Die Konstruktion im neuen OPS weist in diese Richtung: Therapieeinheiten werden je Woche ausgewiesen. Das erfordert einige Anpassungen in den Krankenhausinformationssystemen, schafft aber auf Dauer ein praktikables Abrechnungssystem mit klar vorgegebener Struktur für Zwischenrechnungen bei längeren Aufenthalten. Der Wochenbezug bei der Leistungsdarstellung im OPS-Katalog sollte aus Sicht der GKV beibehalten werden.

Auch empirische Analysen des erwähnten 301-Datenbestands (Abbildung 15–10) legen einen Wochenrhythmus der Leistungsabbildung nahe. Die Verweildauer-Verteilung zeigt einen girlandenförmigen Verlauf im Wochenrhythmus. Offenbar plant (und genehmigt?) man in der Psychiatrie im Wochenrhythmus die Art und Dauer der Therapie.

Vergleicht man exemplarisch die Verweildauermuster der Fälle mit Hauptdiagnose F32 „Depressive Episode“ im § 17 d- und § 17 b-Bereich, so ist erkennbar,

Abbildung 15–10

15

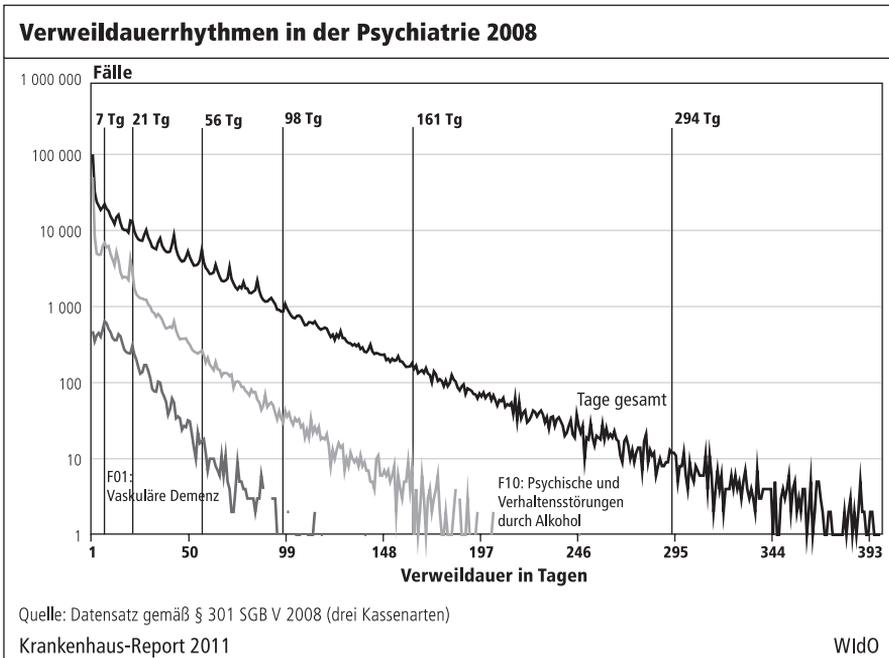
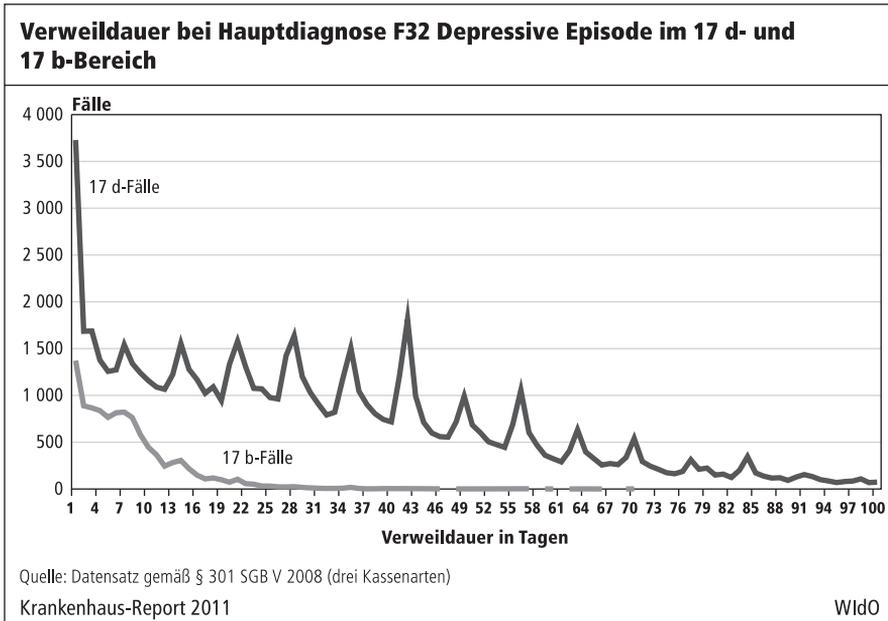


Abbildung 15–11



dass die Fallzahl in der Psychiatrie um ein Vielfaches höher ist, jedoch die Verweildauer wesentlich länger (Abbildung 15–11). Vornehmlich dürften die Unterschiede auf divergierende Patientencharakteristika zurückzuführen sein. Die Dominanz der Wochenrhythmen zeigt aber auch die Anreizwirkung tagesbezogener Vergütung in Verbindung mit einer komplementären Kontroll- und Genehmigungspraxis von Kassen und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK).

15.5 Das PIA-Problem

Einer der beiden Prüfaufträge des Gesetzgebers zur Entwicklung des durchgängigen, leistungsgerechten und tagespauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie betrifft die Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Während das Dokumentationsproblem im stationären Bereich sukzessive einer – wenn auch konfliktären – Lösung zugeführt wird, kann im Bereich der ambulanten Versorgung durch PIAs davon noch keine Rede sein.

Amtliche Statistiken zur Zahl der Einrichtungen und deren Versorgungsleistung stehen nicht zur Verfügung. Einer Übersicht der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2007²⁰ ist zu entnehmen, dass insgesamt 418 PIAs an 434 Fachkliniken und

²⁰ vgl. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007, abrufbar im Internet unter http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage2_Psychiatrie-Tabellenanhang.pdf

Tabelle 15–3

PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern

	Anzahl der PIA	Anzahl der Fachkliniken und Fachabteilungen	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit geregelt oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale, jedoch unterschieden Einmalkontakt oder Mehrfachbehandlung	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale, einmalige Behandlung Notfallpauschale	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpommern	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale, jedoch gesonderte Vergütung für „alleinige psychiatrische Notfallbehandlung“	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen, Leistungskatalog analog Bayern	Einzelverträge + landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale i. V. m. Vergütung gem. EBM; Quartalspauschale; Tagespauschale	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + landesweit
Gesamt	418	434		

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007

Krankenhaus-Report 2011

WidO

Abteilungen ambulante psychiatrische Versorgung erbringen (Tabelle 15–3). Damit verfügen nahezu alle Fachkliniken bzw. Fachabteilungen über eine Institutsambulanz.²¹

Bezüglich der Einbeziehung der PIAs in das neue Vergütungssystem sind die Selbstverwaltungspartner übereingekommen, dass dies erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen soll. Derzeit fehlt noch die notwendige Transparenz über die Leistungen, die einbezogen werden könnten. Die Datenübermittlung erfolgt noch

21 Die Übersicht unterscheidet nicht PIAs nach § 118 Abs. 1 oder 2 (PIA an Fachkliniken bzw. an psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses). Dies ist wegen unterschiedlicher Zugangsregelungen von Belang (vgl. PIA-Vereinbarung).

weitgehend auf Papier und ist stark vom jeweiligen länderspezifischen Vergütungssystem abhängig. In einigen Ländern wird die Behandlung im Rahmen einer EinzelLeistungsvergütung erfasst, andernorts im Rahmen von Pauschalvergütungen lediglich die Zahl der Patienten bzw. die Zahl der Kontakte.²² Vergleichsweise aussagekräftig ist das bayerische System, das bestimmte Leistungskomplexe differenziert (Tabelle 15–3, rechte Spalten).

Vor einer Integration in das neue Psychiatrie-Entgeltsystem ist eine bundesweit einheitliche Leistungsabbildung und -übermittlung erforderlich. Offen dabei ist allerdings, ob es sich um Teile des bestehenden und inzwischen weiterentwickelten OPS-Katalogs oder um der PIA vorbehaltene OPS-Kapitel handeln wird. Auch wenn es derzeit keine einheitliche Gesetzesgrundlage für eine bundesweite Leistungsdokumentation gibt, haben die Vertragspartner in der Grundstrukturenvereinbarung zum Psychiatrie-Entgeltsystem den Willen zum Ausdruck gebracht, eine bundesweit einheitliche Dokumentation der PIAs im ersten Halbjahr 2010 zu vereinbaren (Vereinbarung § 8 Abs. 1)²³. Gelingen ist dies nicht.

PIA-Vereinbarung erneuert

Die mangelnde bundespolitische Vertragskompetenz ist nicht das einzige Hindernis bei der Einbeziehung der PIAs in das neue Vergütungssystem. Hinderlich ist auch der abweichende Fallbegriff in der ambulanten Versorgung (Quartalssscheine) und die Unwägbarkeiten eines weiteren Vertragspartners mit starken Eigeninteressen: die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Nach § 118 Abs. 2 SGB V vereinbaren DKG, KBV und GKV-Spitzenverband gemeinsam den Patientenkreis der PIAs.

Die diesbezügliche Vereinbarung vom 14.02.2001 war von der KBV am 23.06.2008 gekündigt worden. Die dreiseitigen Verhandlungen haben inzwischen zu einer Neuvereinbarung geführt, die zum 01.07.2010 in Kraft getreten ist. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den Vereinbarungen nach § 118 ausschließlich um eine Vereinbarung zu den PIAs an Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung handelt. Das Gesetz sieht keine Vereinbarung für PIAs von psychiatrischen Fachkliniken vor.

Wegen der Bedeutung für eine mögliche Einbeziehung der PIAs sei kurz der Inhalt der neuen Vereinbarung dargestellt. Bereits in der Formulierung von Präambel und Zielen findet seinen Ausdruck, dass die PIA entsprechend dem gesetzlichen Auftrag einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke zu erfüllen hat, der nicht alle Patienten mit psychischen Störungen umfasst.

Der Hauptkonflikt der Verhandlungen bestand darin, Patientengruppen, die in der PIA behandelt werden sollen, entsprechend den Kriterien des Gesetzestextes

22 Die unterschiedliche Vergütungsregelungen sind ein Grund dafür, dass der Anteil der PIAs an der ambulanten Versorgung insgesamt schwer bestimmbar ist. In der Szene kursieren Zahlen um 10%, die aber nicht belegt sind.

23 Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_Leistungen_PIA.gkvnet.

Abbildung 15–12

Acht Wege in die Psychiatrische Institutsambulanz – Erwachsene			
	Art	Schwere	Dauer
1	PIA-Diagnose	+ Notfall	
2	PIA-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	
3	PIA-Diagnose		+ 6 Monate
4	PIA-Diagnose		+ Rezidiv
5	Rest-F-Diagnose	+ Notfall	+ 6 Monate
6	Rest-F-Diagnose	+ Notfall	+ Rezidiv
7	Rest-F-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	+ 6 Monate
8	Rest-F-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	+ Rezidiv

Schwer = mindestens vier aus folgenden elf Kriterien:

- Verkürzung stationärer Aufenthalt
- psychiatrische Multimorbidität
- GAF unter 50
- therapieresistent
- wiederholt stationär
- CGI über 4
- Fremd-/Selbstgefährdung
- Adhärenzmangel
- somatische Komorbidität
- Inanspruchnahmedefizit prästationär
- Inanspruchnahmedefizit poststationär

Quelle: Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V, eigene Darstellung
Krankenhaus-Report 2011

WldO

(Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung) zu definieren. Dies konnte für erwachsene Patienten mit einer ICD-Listung als Auswahl aus dem Kapitel V (Psychiatrische Diagnosen) des ICD-GM-Katalogs in Kombination mit bestimmten Einschlusskriterien zu Schwere **oder** Dauer der Erkrankung umgesetzt werden. Die Liste und die Kriterien beschreiben grundsätzlich eher schwer psychiatrisch Erkrankte. Für die als weniger schwer einzuschätzenden psychiatrischen Diagnosen wurden Einschlusskriterien zu Schwere **und** (!) Dauer der Erkrankung als Zugangsbedingung zur PIA definiert. Das stark an Boolesche Algebra erinnernde Verhandlungsergebnis ist schwer lesbar, dafür aber einfach zu programmieren (Abbildung 15–12).

Weniger schwere psychiatrische Störungen, die die Kriterien nicht erfüllen, sind im vertragsärztlichen Bereich zu behandeln. Für Kinder und Jugendliche gilt zwar keine Auswahl aus dem Kapitel V der ICD-GM-Klassifikation wie bei den Erwachsenen, jedoch sind auch für diese Patientengruppe Kriterien zur Krankheitsschwere und Dauer unter Einbezug des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter in der Anlage etabliert worden. Bei Übernahme der Behandlung sind die Voraussetzungen im Sinne der positiv definierten Patientengruppe zu prüfen und zu dokumentieren.

Die Zugangsregeln unterscheiden zwischen Behandlung in der PIA („in der Regel“ mit Überweisung) und aufsuchender Behandlung (Überweisung erforderlich). Initiativ-akquirierende Tätigkeit der PIA in Alten- oder Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Kinder- und der Jugendhilfe werden dadurch ausgeschlossen. Die Überweisung kann sowohl durch die psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung als auch durch niedergelassene Vertragsärzte erfolgen.

Die komplizierte Vertrags- und Interessenlage macht deutlich, dass die Einbeziehung der PIAs nicht en passant erfolgen kann. Sie dürfte nur mit klaren gesetzlichen Grundlagen für eine einheitliche Dokumentation, eine einheitliche Vergütungssystematik und durch eine deutliche Abkopplung von der kassenärztlichen Versorgung gelingen.

15.6 Empirie zur Frage „Tages-, Fall- oder Jahrespauschalen?“

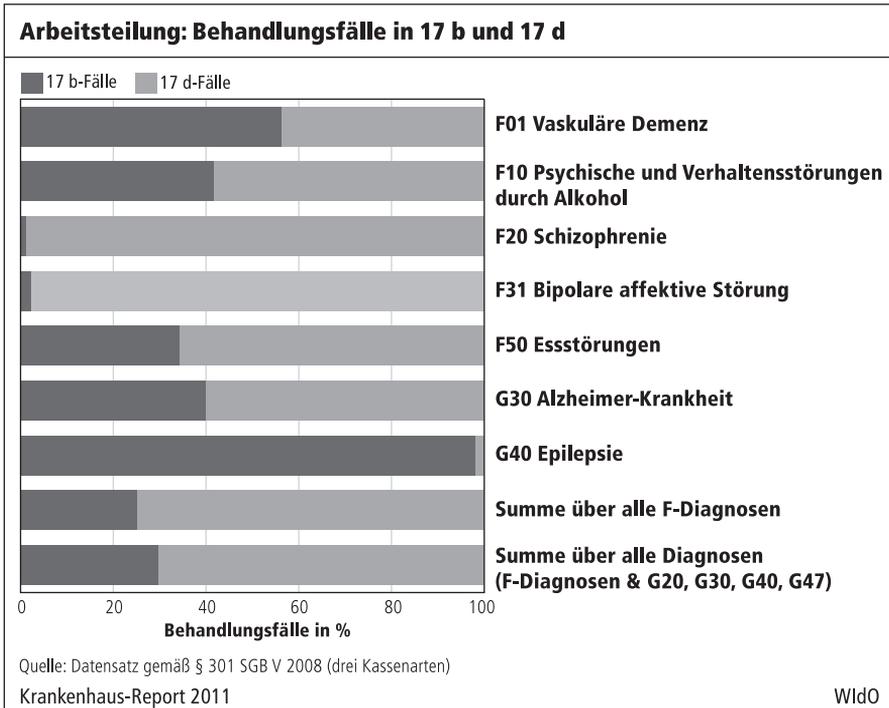
Der Auftrag § 17 d ist ohne großen reformerischen Ehrgeiz: einrichtungsbezogene Tagessätze werden durch krankheits- bzw. therapiebezogene Tagessätze ersetzt. Damit bleiben – anders als bei der DRG-Einführung – alle Nachteile tagesbezogener Vergütung bestehen. Einrichtungen, die Patienten mit vergleichbarer Morbidität in kürzerer Zeit mit der gleichen Behandlungsleistung versorgen, werden systematisch benachteiligt.

Es gibt den gesetzlichen Prüfauftrag für andere Abrechnungseinheiten, aber dieser birgt erhebliches Konfliktpotenzial. In der psychiatrischen Reformszene wird zwar allenthalben das hehre Ziel eines schnellen Übergangs in die ambulante Versorgung betont, zum adäquaten Anreizmechanismus – der Fallpauschale – jedoch besteht ein ausgeprägt phobisches Verhältnis. Das mag auch daran liegen, dass eine datengestützte krankheitsbezogene Analyse des Versorgungsgeschehens erst in den Anfängen steckt. Aufgrund der Unterkodierung von Diagnosen und Leistungen ist die psychiatrische Versorgung noch nicht „datenbankfähig“ und einer Analyse schwer zugänglich.

Die Analyse des 301-Datenbestandes zeigt zunächst einmal, dass die Versorgung psychiatrischer Morbidität nicht ausschließlich in psychiatrischen Einrichtungen erfolgt. Ein erheblicher Anteil der psychiatrischen Fälle wird schon heute im § 17 b-Bereich – also mit Fallpauschalen – versorgt. Bezüglich vieler Hauptdiagnosen gibt es keine klare Arbeitsteilung zwischen dem § 17 d- und dem § 17 b-Versorgungsbereich (Abbildung 15–13). Beispielweise werden mehr als die Hälfte der Behandlungsfälle mit F01 „Vaskuläre Demenz“ in der Somatik versorgt. Ca. 40% der jeweiligen Behandlungsfälle mit Alzheimer-Krankheit (G30), Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und mit Essstörungen (F50) werden ebenfalls im § 17 b-Bereich behandelt. Dagegen sind Fälle mit den Hauptdiagnosen Schizophrenie (F20) und Bipolare affektive Störungen (F31) zu über 95% die Domäne der § 17 d-Abteilungen und -Kliniken.

Bei der Analyse von kombinierter Versorgung von Patienten in § 17 b- und § 17 d-Häusern anlässlich mehrerer stationärer Behandlungsepisoden im Jahr 2008 zeigte sich, dass der Anteil derer, die den Versorgungsbereich mehrfach wechseln, gering ist.

Abbildung 15–13



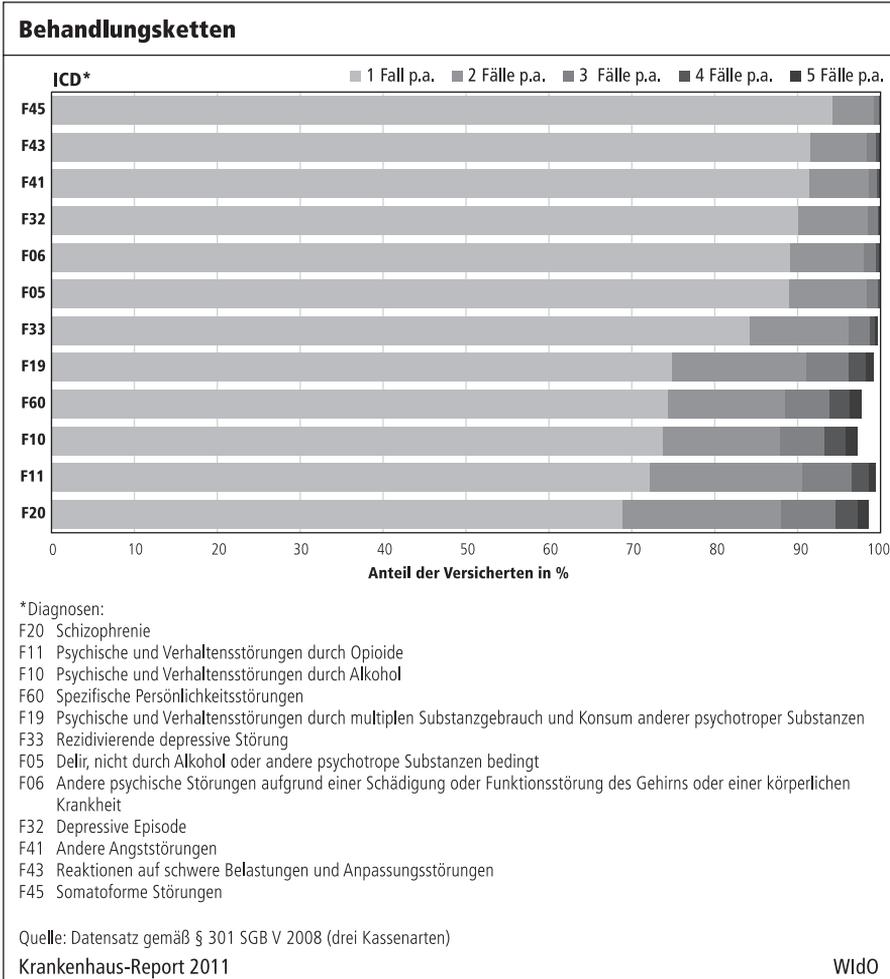
Der Krankenhauswechsel unabhängig vom Versorgungsbereich nach § 17 d und § 17 b ist bei bestimmten Diagnosen durchaus häufig (substanzabhängige psychische und Verhaltensstörungen). Mit Abstand folgen Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen.

Wiedereinweisung

Der 301-Datenbestand erlaubt auch Analysen von Wiedereinweisungen, so z. B. die wiederholte Aufnahme mit jeweils gleicher Hauptdiagnose. Unter den TOP-12-Diagnosen fallen einige Diagnosen mit einem besonders hohen Anteil von Patienten mit vollstationären Behandlungsketten auf (Abbildung 15–14). Patienten mit einer Schizophrenie (F20), mit den substanzabhängigen psychischen und Verhaltensstörungen (F11, F10 und F19) und Persönlichkeitsstörungen (F60) weisen zu rund einem Viertel bis zu einem Drittel mehrfache vollstationäre Behandlungsepisoden auf. Demgegenüber kann zusammengefasst werden, dass bei Patienten mit Depressionen (F33, F32), nichtalkoholisch bedingten Deliren und hirnorganischen Störungen (F05, F06), Angststörungen (F41), Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) sowie somatoformen Störungen (F45) weit überwiegend nur ein vollstationärer Aufenthalt zu beobachten ist.

Die Betrachtung der Behandlungsketten, also die Analyse von Patienten mit mehreren Krankenhauseinweisungen, ist von hoher Relevanz für die Beurteilung von Vergütungsmodellen mit Jahrespauschalen für psychisch Kranke. Solche Mo-

Abbildung 15–14



delle erfreuen sich großer Beliebtheit in der psychiatrischen Reformdiskussion.²⁴ In der Regel soll ein schneller und friktionsloser Übergang des Patienten in die ambulante Behandlung (und zurück?) durch eine sektorübergreifende Vergütung stattfinden. Es soll hier nicht auf die Schwierigkeiten eingegangen werden, die sich daraus ergeben, dass die Modelle eine feste Krankenhauszuständigkeit für den Patienten verlangen. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Patientenklientel, für die ein solches Modell halbwegs sinnvoll diskutiert werden kann, alles andere als der Nor-

24 vgl. beispielhaft die Darstellung zum Modell der Techniker Krankenkasse in Lehmann G, Lohstroh E, Ernst R. Die finanziellen Anreize müssen sich ändern. Entgeltsystem Psychiatrie: Argumente für ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010, 4: 394 ff.

malfall in der Versorgung psychisch Kranker ist. Die Analyse zeigt, dass es sich eher um eine Minderheit handelt.

Angesichts der andauernden Debatte über Regional- und Jahresbudgets sei auf zwei weitere Schwierigkeiten hingewiesen. Zum einen verlangt die fortdauernde Vergütung die Abgrenzung einer Patientengruppe von „unheilbar psychisch Kranken“. Da nicht bei jeder möglicherweise situativ bedingten psychischen Krankheit eine Jahrespauschale fällig werden kann, bedarf es einer intensiven Diskussion über diese Gruppe – mit allen Gefahren der Stigmatisierung. Zum anderen wächst ein immer größerer Überschneidungsbereich von § 17 d und § 17 b im Bereich der geriatrischen Versorgung heran. Angesichts des sich aufdrängenden Integrationsbedarfs zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist es legitim, über fall- oder episodenzugehörige Vergütung, also über eine Harmonisierung von tagesbezogener Psychiatrie und fallbezogener Somatik nachzudenken. Die erweiterte Analysefähigkeit auf der Basis vollständig kodierter Psychiatriefälle könnte eine der ersten positiven Wirkungen des neuen Vergütungssystems sein.

15.7 Die nächsten Schritte: Kalkulation, Kodierung und Kodifizierung

Bei den nächsten Entwicklungsschritten sind unterschiedliche Akteure gefordert: Die Kalkulation der Tageskosten erfolgt unter der Leitung des InEK in einer Reihe von Kalkulationshäusern. Die Kodierung des Leistungsgeschehens hingegen ist von allen psychiatrischen Einrichtungen zu leisten. Die damit eng zusammenhängenden Festlegungen zur Qualitätssicherung sind im G-BA zu treffen. Schließlich ist der Gesetzgeber gefordert, rechtzeitig vor der budgetneutralen Umstellung den ordnungspolitischen Rahmen des künftigen Finanzierungssystems zu kodifizieren.

Die Kalkulation ist auf dem Weg. Der Pretest zur Kalkulation ist bereits erfolgreich abgeschlossen und es besteht wenig Anlass zur Sorge, dass nicht auch die weiteren Kalkulationsetappen gelingen werden. Schließlich ist die Kalkulation von Relativgewichten in Deutschland ein kunstvoll ausgearbeitetes Expertenterrain. Es gibt ein paar neue Abgrenzungsprobleme (forensische Psychiatrie), es gibt eine etwas größere Bedeutung von Personalkosten im Verhältnis zu technischen Kosten (und damit ein größeres Erfassungsproblem) und es gibt die schon erwähnte Problematik, dass die Kosten nicht nur fall-, sondern auch tagesbezogen erfasst werden müssen. Aber grundsätzlich neue Probleme gibt es nicht.

Unterkodierung

Während die Kalkulation ein Feld für wenige versierte Häuser darstellt, ist die vollständige und zuverlässige Diagnosen- und Prozedurenkalkulation eine Herausforderung für alle Einrichtungen. Da die Kodierung letztlich die zahlungsbegründende Unterlage ist, muss im Übrigen auch das Finanz- und Controllingssystem der Krankenkassen umgestellt werden. Natürlich wird schon jetzt der ICD-10 in der Psychiatrie kodiert, aber die Dokumentation von Haupt- und Nebendiagnosen spielt noch nicht die gleiche Rolle wie im DRG-Bereich.

Tabelle 15-4

Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	nur Hauptdiagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	40	26	15	8	5	6
Kinder/Jugend	49	31	13	5	2	1
Psychosomatik	34	15	14	11	8	18
Fachabteilungen						
Allgemein	35	25	16	9	6	9
Kinder/Jugend	45	30	15	6	3	2
Psychosomatik	23	24	19	13	8	14
Gesamt						
Psychiatrie	37	25	15	9	5	8
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13	19	15	13	10	31
Innere Medizin	7	9	11	11	11	51

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Ähnlich wie im DRG-Bereich zeigt sich vor der Vergütungsreform eine breite Unterkodierung, die sich im 301-Datenbestand vor allem an der geringen Zahl erfasster Nebendiagnosen ablesen lässt: In psychiatrischen Einrichtungen wird derzeit noch in 37 % der Fälle lediglich die Hauptdiagnose übermittelt wird (Tabelle 15-4). Zum Vergleich zwei DRG-geprägte Abteilungen: in der Unfallchirurgie beträgt dieser Anteil nur noch 13 %, in der Inneren Medizin sind es 9 %.

Noch bedeutsamer als die Diagnosenerfassung könnte im künftigen Vergütungssystem möglicherweise die Prozedurerfassung sein. Diese hängt wiederum stark von der Entwicklung des OPS ab (vgl. Abschnitt 15.4). Im alten OPS waren vor allem diagnostische Leistungen abbildbar.²⁵ Die Ergebnisse einer Auswertung der Leistungserfassung aus Kassendaten nach OPS 2008 entsprechen durchaus den Erwartungen: In den Fachabteilungen (also Abteilungen an „DRG-Häusern“) wurden gegenüber den Fachkliniken bereits 2008 deutlich mehr Leistungsziffern dokumentiert (77 % statt 96 % ohne OPS). Diese Feststellung trifft sowohl auf die Allgemeinpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Psychosomatik zu. Die Psychosomatik weist innerhalb der Psychiatrie-Fächer jeweils die höchste OPS-Dokumentationsquote auf (Tabelle 15-5).

25 Der OPS-Katalog enthielt in 2008 lediglich wenige Ziffern für die Psychiatrie, wie z.B. 1-90 für die psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung und 9-40 bis 9-41 für die psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie.

Tabelle 15–5

Kodierquantität Prozeduren (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	kein OPS-Kode	OPS-Kodes				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	96	2	1	0	0	0
Kinder/Jugend	98	1	0	0	0	1
Psychosomatik	70	30	0	0	0	0
Fachabteilungen						
Allgemein	77	14	5	2	1	1
Kinder/Jugend	75	16	5	2	1	2
Psychosomatik	47	36	8	4	2	3
Gesamt	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	84	10	3	1	1	1
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13	29	21	13	8	16
Innere Medizin	33	22	15	10	7	13

Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Qualitätssicherung

Die Vollständigkeit der Diagnosen- und Prozedurenerfassung ist neben der wichtigen Funktion im künftigen Vergütungssystem auch von zentraler Bedeutung für die Qualitätssicherung. Zunächst fällt auf: Es gibt keine externe Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. Keines der bestehenden Qualitätssicherungs-Verfahren erfasst die Psychiatrie.²⁶ Auch Qualitätssicherungsaktivitäten in der ambulanten Versorgung sind aktuell entweder Gegenstand lokaler integrierter Versorgungsverträge oder Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten. Von besonderer Bedeutung dürfte in der Psychiatrie die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sein. Hierfür sind im G-BA jüngst die Weichen gestellt worden.²⁷ Ob der budgetneutrale Übergang der Versorgung direkt durch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung flankiert werden kann, ist allerdings wegen der vielen konkurrierenden Anträge zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung fraglich. Zur Diskussion im Bereich der Psychiatrie steht u. a. das Thema „Depression“.

26 Das Fehlen qualitätssichernder Maßnahmen in der Psychiatrie ist eine direkte Folge des Mangels an fallpauschalierender Vergütung. Der Ruf der Fallpauschalen ist in Deutschland so schlecht, dass der Einführung der Fallpauschalen immer direkt ein Qualitätssicherungsverfahren folgt. Fehlt die Fallpauschale, fehlt auch die Qualitätssicherung.

27 Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Erstfassung): Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung vom 19.04.2010; vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger; im Internet abrufbar unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1119/>

Kodifizierung des ordnungspolitischen Rahmens

Der § 17 d regelt – wie bereits dargestellt – nur die Schritte zur Entwicklung des neuen Vergütungssystems. Der ordnungspolitische Rahmen der Vergütung bleibt einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren vorbehalten. Wenn es das Ziel des Gesetzgebers ist, eine leistungsgerechte Vergütung zu schaffen, dürfte das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ stilbildend für den neuen Ordnungsrahmen werden. Sofern der Tag die dominierende Vergütungseinheit bleibt und im Übrigen Relativgewichte für verschiedene Krankheits- und Behandlungskonstellationen ermittelt werden, dürfte künftig ein „Basistageswert“ – in Analogie zum Basisfallwert im fallpauschalierenden DRG-System – die entscheidende Preisgröße im Vergütungssystem sein.

Der Basistageswert determiniert das Vergütungsniveau. Die Vergütung einer Einrichtung für einen bestimmten Tag ergibt sich aus der Multiplikation dieses Wertes mit der Summe der Bewertungsrelationen dieses Tages, also mit einer den Schweregrad des Patientenspektrums abbildenden Größe.

Auch das neue Vergütungssystem wird man nicht übergangslos einführen. Es bietet sich an, im Jahr 2013 mit einrichtungsspezifischen Basistageswerten zu beginnen, die dann zu einem einheitlichen Wert konvergieren. Es ist zu vermuten, dass die Tagesbasisfallwerte der Einrichtungen sehr viel enger beieinander liegen, als dies bei den krankenhauspezifischen Basisfallwerten bei der DRG-Einführung der Fall war.²⁸ Das erlaubt eine Verkürzung der Konvergenzzeit, also jener Zeit, in der sich die einrichtungsspezifischen Werte auf einen einheitlichen Wert zu bewegen. Sechs Jahre (2005 bis 2010 nach den budgetneutralen Jahren 2003 und 2004) benötigte das DRG-System. Möglicherweise reichen drei Jahre für die Angleichung der Tagessätze im psychiatrischen Bereich.

Zu diskutieren ist auch, ob man ein zweites Mal den Weg einer Angleichung auf Landesebene mit anschließender Bundeskonvergenz geht oder aber einer direkten Konvergenz auf einen Bundesbasistageswert den Vorzug geben soll. Die etwas gequälte doppelte Konvergenz, die sich derzeit mit schwer nachvollziehbaren Konvergenzkorridoren dahinschleppt, könnte durch eine klare legislative Ansage vermieden werden. Es gibt zwar auch Argumente für eine Festlegung des Vergütungsniveaus auf Landesebene. Die zunehmende „Mischkalkulation“ innerhalb länderübergreifender Kassen spricht allerdings für ein bundesweit einheitliches Vergütungsniveau.

Etwas schwieriger dürfte die Einbeziehung anderer Vergütungseinheiten sein. Aber genau so, wie es gelungen ist, innerhalb der fallbezogenen DRG-Vergütung zusätzlich tagesbezogene Vergütungselemente zu ergänzen (z. B. bei Grenzverweildauerüberschreitung oder im teilstationären Bereich), so dürfte es auch gelingen, ergänzende fall- oder auch sektorübergreifende Vergütungskomponenten in das Gesetzeswerk einzufügen.

Sofern das Ziel einer Einbeziehung von PIAs ernsthaft verfolgt werden soll, besteht gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf. Es bedarf einer klaren gesetz-

28 vgl. Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J: Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010, 305–18.

lichen Grundlage für eine bundeseinheitliche Dokumentation und Vergütungssystematik. Diese kann durchaus regionale Komponenten enthalten (z. B. regionale Punktwerte), muss aber im Kern einer einheitlichen Struktur, insbesondere auch einem einheitlichen Fallbegriff folgen. Erst das würde die Voraussetzung schaffen, um patientenbezogenen Analysen in Vorbereitung eines sektorübergreifenden Vergütungssystems zu schaffen.

Der Verweis auf die patientenbezogenen Auswertungen zeigt ein Manko der derzeitigen Datenverfügbarkeit insgesamt. Die 21er-Daten des InEK erlauben zwar inzwischen eine fallübergreifende Analyse des Patienten im gleichen Krankenhaus. Eine Analyse des Patienten über Krankenhausaufenthalte in verschiedenen Krankenhäusern (z. B. eine normale Verlegung) ist jedoch nicht möglich. Dazu wäre ein übergreifendes Pseudonymisierungsverfahren notwendig. Solange dies nicht existiert, bleiben die Patientendaten der Kassen die wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung von sektorübergreifenden Ansätzen. Deren Auswertung steht erst am Anfang.

Teil III

Krankenhauspolitische Chronik

(Kapitel 16)

This page intentionally left blank

16 Krankenhauspolitische Chronik

Simone Burmann

Das Jahr 2009 war politisch durch die Bundestagswahl im September geprägt. Erwarteten einige politische Beobachter im Vorfeld nicht, dass es für ein schwarz-gelbes Regierungsbündnis reichen würde, so erreichten Union und FDP klar ihr Wahlziel.

Die Verhandlungen zum Koalitionsvertrag wurden in Rekordzeit geführt und bereits Ende Oktober unterzeichneten CDU, CSU und FDP den Vertrag „WACHSTUM.BILDUNG.ZUSAMMENHALT.“ Er sieht vor, das Gesundheitssystem einnahmeseitig bis 2011 stark zu reformieren. Konkret heißt es: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“. In Bezug auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und über strukturelle Maßnahmen im Krankenhausbereich im Speziellen wurde hingegen wenig Konkretes vereinbart.

Der amtlichen GKV-Statistik nach geht das Jahr 2009 als Rekordjahr in die Krankenhauschronik ein – ein Grund dafür sind die Wahlgeschenke der Vorgängerregierung für Kliniken, niedergelassene Ärzte und den Pharmabereich. So flossen allein den Krankenhäusern durch die Umsetzung der Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) rund 3,5 Mrd. Euro zu, was 6,6 Prozent Ausgabensteigerung je Versicherten entspricht. Die Vertragsärzte hatten im selben Jahr noch stärkere Einnahmenezuwächse von 7,4 Prozent pro Versicherten und im Arzneimittelbereich stiegen die Ausgaben um stattliche 5,3 Prozent pro Versicherten.

Nach ihren ersten 100 Tagen im Amt erntete die schwarz-gelbe Koalition massive Kritik. SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier sprach von „katastrophal“ und „totalem Versagen“. Die Fraktionschefin von Bündnis 90/Die Grünen Renate Künast ließ die Koalition ebenfalls durchfallen. 46 Prozent der Wähler bescheinigten der Bundesregierung eine schlechte Arbeit, so das ZDF-Politbarometer. Und die politische Lage verschärft sich auch 2010 weiter nach Veröffentlichung der Prognosen von Schätzerkreis und Bundesversicherungsamt (BVA) zur Einnahme- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Denn das Defizit der GKV wird für das Jahr 2011 zwischen 11 und 15 Mrd. Euro geschätzt. Die von der Bundesregierung vorliegenden Eckpunkte vom Juni 2010 zur GKV-Finanzreform werden im Ansatz gelobt, aber je nach Interessensgruppensicht wird zuviel oder zu wenig gespart. Diverse kurzfristige Sparmaßnahmen sind vorgesehen. Im stationären Sektor ist geplant, dass die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Budgets für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in den Jahren 2011 und 2012 nur in Höhe der halben Grundlohnrate steigen dürfen. Zudem soll im selben Zeitraum ein Abschlag für zusätzlich vereinbarte Leistungen (Mehrleistungen) im DRG-Bereich eingeführt werden. Für die Ärzte ist die Lage noch etwas undurchsichtig – die Ausgabensteigerungen sollen reduziert werden, doch die Details sind noch offen. Im Arzneimittelbereich soll neben einem Preismoratorium und einem erhöhten Herstellerabschlag als strukturelle Maßnahme die Schnellbewertung von innovativen Medikamenten kommen.

Unabhängig davon, welche kurzfristigen Sparmaßnahmen die Politik im Rahmen der GKV-Finanzreform umsetzt – der Schlüssel zum Erhalt eines finanzierbaren und solidarischen Gesundheitswesens in Deutschland sind strukturelle Maßnahmen, die einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern erzeugen und Anreize für effizientes Handeln setzen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
01. Juli 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Pflegepersonal	GKV-Spitzenverband legt BMG Bericht zum Pflegesonderprogramm für das Budgetjahr 2009 vor	<p>In seinem ersten Bericht zum gesetzlich verankerten Pflegesonderprogramm 2009–2011 zieht der GKV-Spitzenverband eine positive Zwischenbilanz. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2009 rund 186 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals zur Verfügung gestellt, womit die finanziellen Voraussetzungen für etwa 5 480 zusätzliche Stellen in der Krankenpflege geschaffen wurden. Damit waren für mehr als 1 000 Krankenhäuser die finanziellen Voraussetzungen für die Aufstockung von Stellen in der Pflege gegeben.</p> <p>Inwieweit das hinter dem Pflegesonderprogramm stehende Ziel „Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte“ erreicht wird, kann bislang nicht endgültig beurteilt werden. „Es gibt keine umfassende Transparenz darüber, wie die Mittel eingesetzt werden“, so die Kritik von ver.di Bundesvorstand Herbert Weisbrod-Frey.</p>
30. Juni 2010	Sektorübergreifende Bedarfsplanung	Beschlüsse der 83. Gesundheitsministerkonferenz	<p>Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren fordern eine Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung, um ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge wahrnehmen zu können.</p> <p>Ein Schwerpunkt der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) beinhaltet Änderungen der Bedarfsplanung. Hierzu hat die GMK ein detailliertes Programm zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung vorgelegt.</p>
30. Juni 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Preiskomponente	Landesbasisfallwerte für 2010 sind bundesweit vereinbart und genehmigt	<p>Im Jahr 2010 liegt der niedrigste LBFW in Mecklenburg-Vorpommern bei 2 855 Euro und der höchste in Rheinland-Pfalz bei 3 120 Euro (vgl. www.aok-gesundheitspartner.de).</p> <p>Im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz zeigt sich, dass neun Landesbasisfallwerte außerhalb der vorgegebenen Korridor Grenzen liegen und angepasst wurden.</p>
23. Juni 2010	Patientensicherheit/Behandlungsfehler	Bundesärztekammer stellt Behandlungsfehler-Statistik 2009 vor	<p>Laut Statistik der BÄK sind im Jahr 2009 insgesamt 7 424 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bei Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingegangen und bearbeitet worden.</p> <p>Die häufigsten Behandlungsfehlervorwürfe beziehen sich wie in den Vorjahren auf die Diagnosen wie Hüft- und Kniegelenksarthrose sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenksfraktur.</p>
22. Juni 2010	Rechtsprechung/ Abrechnung Krankenhaus	Urteil des Bundessozialgerichts zur Aufwandspauschale	Das BSG hat zur Rechnungsprüfung bei fehlerhaften Krankenhausabrechnungen entschieden. Laut Urteil kann die Aufwandspauschale vom Krankenhaus nicht beansprucht werden, wenn eigenes Fehlverhalten zu einer Prüfung führt, ohne jedoch den Rechnungsbetrag zu verändern, oder wenn sich sogar der Abrechnungsbetrag im Nachhinein noch zu Lasten der Kassen erhöht.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. Juni 2010	Gesetzesentwurf/ Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Arzneimittel/ Telematik	Bundestag beschließt in 2./3. Lesung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“	Die im parlamentarischen Beratungsverlauf diskutierten Regelungen und Änderungsanträge werden beschlossen. Erst spät im Verfahren ist der gesetzlich verankerte Online-Stammdatenabgleich bei der elektronischen Gesundheitskarte eingebracht worden. Der 2. Durchgang des nicht zustimmungspflichtigen Gesetzesentwurfs wird am 09.07.2010 im Bundesrat stattfinden. Danach tritt das Gesetz zum 01.08.2010 in Kraft.
14. Juni 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Antwort der Bundesregierung zur „Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern“	Bezüglich der Situation in der Pflege vor dem Jahr 2009 werden u. a. die Fragen Stellenabbau, Stellenbedarf, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit beantwortet und zum Teil mit internationalen Daten untermauert. Insgesamt ist die Antwort der Bundesregierung (Drs. 17/2086) auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE nur eingeschränkt aussagefähig, da die wesentlichen Fragen zur Umsetzung des Pflegesonderprogramms aufgrund des noch nicht vorliegenden Berichts des GKV-Spitzenverbandes offen bleiben.
13. Juni 2010	Finanzierung GKV/Einsparungen Krankenhäuser/Grundlohnrate/Abschlag für Mehrleistungen	CDU-Papier zu Einsparoptionen	Das Papier der CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn und Dr. Rolf Koschorrek sieht für das Jahr 2011 Einsparungen der GKV im Umfang von 2,2 Mrd. Euro vor. Für den stationären Sektor wird dabei von einem Einsparvolumen von rund 650 Mio. Euro ausgegangen. Dieser Betrag kann kurzfristig erreicht werden, indem die Grundlohnrate für das Jahr 2011 auf „Null“ gesetzt (rd. 300 Mio. Euro) sowie ein Abschlag für zusätzliche Leistungen (Mehrleistungen) in Höhe von 30 % (Volumen rd. 350 Mio. Euro) erhoben wird. Zudem wird als strukturelle Maßnahme die Erprobung des selektiven Kontrahierens im Krankenhaus für ausgewählte Leistungen vorgeschlagen. Der GKV-Spitzenverband begrüßte die Einsparvorschläge, betonte jedoch, dass ein Volumen von 2,2 Mrd. Euro nicht genug sei. Die DKG hingegen lehnt eine Nullrunde für die Kliniken aufgrund von Personalkostensteigerungen von rund 1 Mrd. Euro ab.
9. Juni 2010	Tarifpolitik	Tarifeinigung des Marburger Bundes mit kommunalen Kliniken	Der monatelang ausgehandelte Kompromiss betrifft rund 55 000 Ärzte und sieht eine zweiprozentige Gehaltssteigerung rückwirkend zum 01.05.2010, eine Einmalzahlung von 400 Euro sowie eine bessere Vergütung der Bereitschaftsdienste vor. Damit kostet der Tarifabschluss den kommunalen Krankenhäusern in den kommenden 20 Monaten insgesamt rund 140 Mio. Euro.
8. Juni 2010	Patientenrechte/ Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	EU-Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrechte-Richtlinie)“	Der Rat der EU-Gesundheitsminister hat sich nach längeren Beratungen auf einen grenzüberschreitenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und freier Arztwahl auf Basis der Kostenerstattung verständigt. Bei einer Krankenhausbehandlung im Ausland bedarf es weiterhin der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen. Diese kann bei zeitnaher Behandlung im Inland eine Genehmigung allerdings verweigern. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten maximal nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei einer Behandlung im Heimatland angefallen wären.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. Juni 2010	Patientenrechte/ Grenzüber- schreitende Gesundheits- versorgung	EU-Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrechte-Richtlinie)“	Voraussichtlich im Herbst 2010 wird das europäische Parlament die Richtlinie in 2. Lesung beraten. Mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist frühestens im Laufe des Jahres 2011 zu rechnen.
3. Juni 2010	Finanzierung GKV/Einsparun- gen Kranken- häuser/Prämien- modell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Die Gesundheitspolitiker der Regierung lehnen die geplante Pauschalprämie in Höhe von 30 Euro ab. Das Eckpunktepapier enthält zusammenfassend folgende Punkte: <ul style="list-style-type: none"> • Die Finanzierung und Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung soll der dynamischen Entwicklung Rechnung tragen. • Ziel ist es, die begrenzten finanziellen Ressourcen effizient und im Sinn einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung einzusetzen. • Vorrangig wird geprüft, wie über strukturelle Änderungen der Anstieg der Kosten zu begrenzen ist. • Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, um eine weitergehende Entkopplung der Lohnzusatzkosten von steigenden Gesundheitsausgaben zu erreichen. • Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen und damit Förderung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Geplant ist, dass Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler mit CDU, CSU und FDP bis zur Sommerpause ein Konzept, basierend auf diesen Eckpunkten erarbeitet.
3. Juni 2010	Pauschalisiertes Entgeltssystem/ Entwicklungsauftrag Psychiatrie	Antwort der Bundesregierung zum „Stand der Umsetzung des neuen Entgelt-systems in der Psychiatrie nach § 17d Krankenhausfinanzierungs-gesetz“	Die Antwort der Bundesregierung (Drs. 17/1908) auf die Kleine Anfrage der SPD gibt einen umfassenden Überblick über den aktuellen Sachstand des erstmals im Jahr 2013 budgetneutral einzuführenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Insbesondere wird auch auf den Umsetzungsstand der Psychiatrie-Personalverordnung sowie auf die von DKG und GKV-Spitzenverband geforderte und bereits vom BMG abgelehnte unterjährige § 17d OPS-Revision eingegangen. Ziel der geforderten Revision war es, den Dokumentations- und Administrationsaufwand zu reduzieren.
1. Juni 2010	Finanzierung GKV/Prämien- modell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Laut Medienbericht will Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Rahmen der Krankenkassenfinanzierungsreform ab dem Jahr 2011 eine monatliche einkommensunabhängige Pauschalprämie von durchschnittlich 30 Euro je GKV-Mitglied einführen und damit die Zusatzbeiträge überflüssig machen. Die Prämie soll flankiert werden durch einen einkommensabhängig gestaffelten Beitragssatz (AN-Anteil gestaffelt je nach Einkommen von 5 bis 7,3 %; AG-Anteil von 7,3 %) und durch einen Steuerzuschuss von rund 6 Mrd. Euro.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
1. Juni 2010	Finanzierung GKV/Prämienmodell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Die CSU lehnt die Pläne von Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler ab. Der GKV-Spitzenverband hingegen begrüßt die Absicht, fordert aber auch eine konsequente Ausgabenbegrenzung, um Zusatzbelastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber so gering wie möglich zu halten.
19. Mai 2010	Medizinische Versorgung/ Organtransplantation	Europäisches Parlament verabschiedet Richtlinie zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Organtransplantationen	Die europäische Ebene beabsichtigt durch die Vereinheitlichung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Bereich der Organspende das Vertrauen in der Bevölkerung zu stärken und damit auch die Spenderzahlen zu erhöhen. Die Abgeordneten haben außerdem die Entschließung des Aktionsplans zu Organspenden angenommen. In welchem Umfang die in 1. Lesung verabschiedete EU-Richtlinie eine Änderung des deutschen Transplantationsgesetzes bedingt, ist noch offen.
19. Mai 2010	Gesetzesentwurf/ Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Arzneimittel/ Telematik	Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“ im Gesundheitsausschuss	Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages befragt Experten zum GKV-ÄndG. Im Vordergrund der Anhörung stehen die Sparvorschläge für den Arzneimittelbereich sowie die Datensicherheit bei Hausarztverträgen. Wie zu erwarten kritisiert die Pharmaindustrie die geplante Anhebung des Herstellerrabatts von 6 auf 16 % sowie den rückwirkenden Preisstopp. Die Diskussion, ob private Rechenzentren übergangsweise bis Mitte 2011 Daten aus Selektivverträgen verarbeiten dürfen, hält unverändert an. Es geht dabei im Kern um die Zukunft der Hausarztverträge an sich. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, von Stackelberg, spricht sich gegen den Vorschlag aus, die Abrechnung im Rahmen der Hausarztverträge den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen. Einig sind sich die Selbstverwaltungspartner bei der eGK. Sowohl die Anrufung der Bundesschiedsstelle durch das BMG als auch die Übernahme der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik werden abgelehnt. Der von der GKV geforderte verpflichtende Online-Stammdatenabgleich findet sich bislang noch nicht in einem Gesetzesentwurf wieder.
11. Mai 2010	Medizinische Versorgung/ Sicherstellung ärztliche Versorgung/ Ärztemangel	Positionierung des 113. Deutschen Ärztetages	Aus Sicht des Deutschen Ärztetages müssen in der verbleibenden Legislaturperiode folgende politische Herausforderungen prioritär in Angriff genommen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen, z. B. durch die Förderung von ärztlichen Kooperationsgemeinschaften, Zweigpraxen oder qualifizierten Praxisassistenten, • Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit z. B. im Rahmen des Studiums durch die Abschaffung des Numerus Clausus oder die Einführung einer „Landarztquote“, • Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung, • Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten z.B. durch die Erprobung von sozialverträglichen Selbstbehalttarifen sowie Wahl-tarifen für zusätzliche Versorgungsangebote für GKV-Versicherte auf Basis der Kostenerstattung und die • Demografiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. April 2010	Finanzierung GKV/Finanzierungsmarkt	GKV-Schätzerkreis prognostiziert Defizit für 2010	<p>Laut der Prognose liegen die Ausgaben der GKV für das Jahr 2010 voraussichtlich um 3,1 Mrd. Euro höher als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.</p> <p>So werden Ausgaben in Höhe von 173,4 Mrd. Euro und Einnahmen in Höhe von 172,0 Mrd. Euro einschließlich des bisherigen Bundeszuschusses in Höhe von 11,7 Mrd. Euro und des zusätzlichen Bundeszuschusses in Höhe von 3,9 Mrd. Euro angenommen. Auch die von der Bundesregierung beschlossenen Einsparungen durch die Erhöhung des Abschlags für Arzneimittel ohne Festbetrag von derzeit 6 auf 16 % ab August 2010 mit rund 0,5 Milliarden Euro sind berücksichtigt worden.</p>
21. April 2010	Rechtssprechung/Steuerfinanzierung	Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Bundeszuschuss der GKV	<p>Das BVerfG hat eine Verfassungsbeschwerde eines privat Krankenversicherten gegen die Höhe des steuerfinanzierten Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung zurückgewiesen. Die Verfassungsbeschwerde ist unzulässig, weil der Beschwerdeführer durch die Bestimmung nicht unmittelbar beschwert ist. „Ein einzelner Bürger könne aus seinen Grundrechten regelmäßig keinen Anspruch herleiten, eine bestimmte Verwendung des Aufkommens aus öffentlichen Abgaben generell zu unterlassen“, so das Gericht.</p>
20. April 2010	Rechtssprechung/Rechnungskürzung	Urteil des Sozialgerichts zum Sanierungsabschlag	<p>Das BSG hat entschieden, dass der „Sanierungsabschlag“ der Krankenhäuser für die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren 2007/2008 nicht verfassungswidrig war und hat damit die Rechnungskürzung um ein halbes Prozent des Rechnungsbetrags gebilligt. Insgesamt haben die Krankenkassen durch den Sanierungsabschlag in den Jahren 2007 und 2008 jährlich rund 250 Mio. Euro eingespart.</p> <p>Laut Urteil sei der Rechnungsabschlag weder eine verfassungsrechtlich unzulässige Sonderabgabe noch verletze die Regelung die klagenden Krankenhausträger in ihren Grundrechten auf Berufsfreiheit, auf Garantie ihres Eigentums oder auf Gleichberechtigung. Vorausgesetzt, diese Grundrechte würden tangiert, seien diese durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt, nämlich die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV.</p> <p>In seiner Entscheidung vom 29.04.2010 hat der 3. Senat des BSG die Revisionsanträge verworfen und somit den Sanierungsabschlag abschließend bestätigt.</p>
19. April 2010	Qualität/Qualitätssicherung	Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Richtlinie zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)	<p>Der G-BA hat im schriftlichen Beschlussverfahren den Erlass der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschlossen.</p> <p>Aufgrund von Rückfragen seitens des BMG wird die Nichtbeanstandungsfrist ausgesetzt, aus diesem Grund wird die Richtlinie voraussichtlich bis Jahresende 2010 in Kraft treten.</p>
19. April 2010	Patientensicherheit/Medizinprodukte	EU-weite Datenbank für Medizinprodukte beschlossen	<p>Die EU-Kommission hat ab Mai 2011 für alle Mitgliedsstaaten die verpflichtende Nutzung der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte – Eudamed – festgelegt.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
19. April 2010	Patientensicherheit/Medizinprodukte	EU-weite Datenbank für Medizinprodukte beschlossen	Ziel ist es, sicherheitsrelevante Informationen über medizinische Produkte wie Herzschrittmacher, Prothesen, Röntgenapparate und Spritzen künftig einfacher und schneller verfügbar zu machen. Teilweise wird Eudamed bereits freiwillig von einigen EU-Mitgliedsstaaten genutzt, um einen raschen Informationsaustausch zwischen einzelstaatlichen Behörden zu ermöglichen.
16. April 2010	Patientensicherheit/Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Umfrage zu Patientensicherheit und Versorgungsqualität	Die Eurobarometer-Umfrage zur Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung zeigt, dass sich deutsche Patienten in den Händen ihrer Ärzte und Krankenhäuser besser aufgehoben fühlen als die Bürger anderer EU-Staaten. Insgesamt fühlen sich ca. 70 % der Deutschen „gut“ und 16 % sogar „sehr gut“ versorgt. Im EU-weiten Durchschnitt sind es 57 % bzw. 13 %. Gleichzeitig halten es aber 31 % der Deutschen für „wahrscheinlich“ dass sie bei der Behandlung in Krankenhäusern Schaden nehmen könnten. Im EU-weiten Vergleich ist dies jedoch der drittniedrigste Wert – nur Finnland und Österreich liegen noch vor Deutschland.
1. April 2010	Pauschalisiertes Entgeltsystem/DRG-Evaluation	Veröffentlichung der G-DRG-Begleitforschung	Das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene mit der Durchführung der G-DRG-Begleitforschung beauftragte IGES-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass ein pauschalisiertes Vergütungssystem weder zu frühzeitigen Entlassungen noch zu Verlagerungseffekte in andere Versorgungsbereiche geführt hat. Es gibt keine Hinweise, dass die Einführung von Fallpauschalen die Versorgung der Patienten in Deutschland verschlechtert hat. In dem ersten veröffentlichten Bericht wird die DRG-Einführungsphase mit den Jahren 2004–2006 beleuchtet, indem rund 50 Forschungsfragen analysiert wurden. Der anschließende zweite Forschungszyklus untersucht die Jahre 2006–2008 und damit den Kernzeitraum der Konvergenzphase. Diese Ergebnisse werden 2011 zur Verfügung gestellt.
31. März 2010	Gesetzesentwurf/Abrechnungsstellen/Psychiatrie/Arzneimittel/Telematik/Insolvenzrecht	Bundeskabinett beschließt die Gegenüberung der Bundesregierung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“	Die Änderungswünsche des Bundesrates zu den Hausarztverträgen im Zusammenhang mit dem Notfalldienst und zur Nachverhandlungsmöglichkeit von Psychiatriestellen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) werden abgelehnt. Nicht abgelehnt werden hingegen die Anmerkungen des Bundesrates zum Insolvenzrecht/Altersrückstellungen. Diese werden im weiteren Verfahren geprüft. Die für den Krankensektor relevante geplante Klarstellung der BpflV wird je nach Perspektive unterschiedlich bewertet. Strittig ist insbesondere der Maßstab der Nachverhandlungsmöglichkeit – vereinbarter oder tatsächlicher Personalbestand. Die 1. Lesung im Bundestag findet am 22.04.2010 statt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. März 2010	Finanzierung GKV/Einsparungen/Prämienmodell	Erstes Treffen der Regierungskommission zur nachhaltigen und sozialen Finanzierung des Gesundheitswesens	<p>An dem Gespräch nehmen neben den acht beteiligten Bundesministerien auch die gesundheitspolitischen Experten der Regierungsfractionen sowie der BVA-Präsident Dr. Gaßner und der SVR-Vorsitzende Prof. Dr. Wille teil.</p> <p>Aufgabe der Kommission ist es, für ein solides und auch in Zukunft tragfähiges Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu sorgen.</p> <p>Laut Pressemitteilung betont Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler: „Auf der heutigen Sitzung ist einmal mehr deutlich geworden, dass die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen nur durch Verbesserung des Systems zu lösen sind. Die Koalition hat sich daher vorgenommen, den Einstieg in ein System mit prämiendifinanziertem Anteil und Sozialausgleich zu schaffen.“ Dr. Rösler weiter: „Wir betrachten nicht nur die Einnahmeseite. Auf der Ausgabenseite bin ich dabei, durchdachte Sparkonzepte erarbeiten zu lassen. Ein entsprechendes Konzept für den Arzneibereich werde ich schon bald der Öffentlichkeit vorstellen.“ Abschließend sagt der Minister: „Wir sind angetreten, die Krankenkassen mit einer robusten Finanzierung auszustatten. Wir wollen, dass die exzellente medizinische Versorgung in Deutschland für alle Bürgerinnen und Bürger bezahlbar bleibt. Die Arbeit der Regierungskommission ist dabei ein zentraler Baustein.“</p>
11. März 2010	Medizinische Versorgung/ Einweisermanagement	NRW beschließt Verbot gegen Einweisungsprämien	<p>Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen mit einem gesetzlichen Verbot gegen Prämienzahlungen, auch „Fangprämien“ genannt, reagiert. Im neuen § 31a des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NW) heißt es nun: „Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen sich gewähren oder versprechen zu lassen.“ Bestechung und Korruption im Gesundheitswesen war bereits im September 2009 ein öffentliches Diskussions-thema. Allgemein wurden Vorwürfe gegen Ärzte und Kliniken laut, die in „großem Stil“ Prämienzahlungen für die Einweisungen von Patienten leisten. In diesem Zusammenhang haben die BÄK, die DKG und die KBV im September 2009 in einem gemeinsamen Spitzengespräch die Empfehlung ausgesprochen, paritätisch besetzte Clearingstellen auf Landesebene einzurichten. Dort können die Beteiligten als problematisch empfundene Vertragsangebote zur verbesserten Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern auf ihre rechtliche Zulässigkeit überprüfen lassen.</p>
11. März 2010	Kennzahlen Krankenhäuser/ Personalentwicklung	Statistisches Bundesamt weist 76 000 zusätzliche Arbeitsplätze im Gesundheitswesen aus	<p>Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, waren im Jahr 2008 insgesamt 4,6 Mio. Menschen im Gesundheitswesen tätig. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit die Zahl der Beschäftigten um 76 000 Personen oder um 1,7 % angestiegen.</p> <p>Seit dem Jahr 2000 sind im Gesundheitswesen rund 500 000 Arbeitsplätze hinzugekommen, insbesondere bei den Gesundheitsdienstberufen wie Physiotherapie (+ 75 %) oder Altenpflege (+50 %).</p> <p>Im Krankenhaussektor hingegen zeigte sich im selben Zeitraum ein gegenläufiger Trend. Dort ist die Beschäftigtenzahl um insgesamt 23 000 Personen oder 2,1 % zurückgegangen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. März 2010	Medizinische Versorgung/ Qualitätsmedizin	Start des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE)	Das vom BMG ins Leben gerufene Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen ist offiziell gestartet. Ziel dieses Bündnisses ist es, die Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen entscheidend zu verbessern, indem anhand bereits bestehender Strukturen und europäischer Erfahrungen Vorschläge für einen nationalen Aktionsplan erarbeitet werden. Etwa 7 000 bis 8 000 Erkrankungen der ca. 30 000 bekannten Krankheiten werden als selten eingestuft. Nach Schätzungen sind in Deutschland etwa 4 Mio. Menschen betroffen, in der Europäischen Union sind es ca. 30. Mio. Menschen.
5. März 2010	Gesetzesentwurf/Finanzierung GKV/ Gesundheitsfonds/Steuerzuschuss	Bundestag verabschiedet Sozialversicherungsstabilisierungsgesetz (SozVersStabG)	Der Bundestag verabschiedet in 2./3. Lesung das Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und den darin enthaltenen einmaligen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro für die GKV. Damit erhält der Gesundheitsfonds im Jahr 2010 aus dem Bundeshaushalt insgesamt 15,7 Mrd. Euro. Das Gesetz wird am 26.03.2010 vom Bundesrat verabschiedet und tritt am 17.04.2010 in Kraft. Rückwirkend zum 01.01.2010 tritt die Beteiligung des Bundes am Gesundheitsfonds in Kraft.
12. Feb. 2010	Gesetzesentwurf/ Ausbildungsförderung/ Operationaldienst	Bundesrat beschließt „Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“	Der Bundesrat hat den aus der 16. Legislaturperiode stammenden Entwurf erneut und unverändert (Diskontinuitätsprinzip) eingebracht. Ziel ist, die Finanzierung der Ausbildungskosten von operationstechnischen Assistenten (OTA) auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen. Die Bundesregierung lehnt in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 24.03.2010 die Ausbildungsfinanzierung durch die GKV ab, da eine kostenneutrale Finanzierung nicht möglich sei. Die im Gesetzesentwurf dargestellten Kompensationseffekte können nur entstehen, wenn Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Krankenpflege abgebaut würden. Diese Entwicklung ist nicht wünschenswert. Grundsätzlich beabsichtigt die Bundesregierung, die staatliche Anerkennung der dreijährigen Ausbildung zu prüfen.
29. Jan 2010	GKV-Finanzierung/ Zusatzbeiträge	Aktuelle Stunde zum Thema Krankenkassen-Zusatzbeiträge	Die Debatte im Bundestag über die Zusatzbeiträge ist stark parteipolitisch geprägt, die Union hebt vor allem die Defizite der 1 %-Regelung hervor und spricht sich für eine Weiterentwicklung mit Sozialausgleich aus. Karl Lauterbach (SPD) fordert Einsparpotenziale durch Rabattverträge zu erzielen und die Arzneimittelpreise gezielter zu steuern. Hintergrund der Diskussion war die am 25.01.2010 abgehaltene Pressekonferenz verschiedener gesetzlicher Krankenkassen, die bekanntgaben, dass ab 01. Februar 2010 oder später Zusatzbeiträge erhoben werden müssen. Aus dem Antwortschreiben der Bundesregierung (Drs. 17/371) vom Dezember 2009 zur Kleinen Anfrage „Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Auswirkungen auf Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen geht hervor, dass „Erkenntnisse über konkrete Beschlüsse über die Erhebung von Zusatzbeiträgen“ bislang nicht vorliegen und derzeit nicht geplant ist „die gesetzlichen Bedingungen zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zu verändern“.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. Jan 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Investitionsfinanzierung	Selbstverwaltung schließt Vereinbarung zu den Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen	Nach schwierigen Verhandlungen verständigen sich DKG, GKV-Spitzenverband und PKV auf eine „Vereinbarung gem. § 10 Abs. 2 KHG“ und geben damit die Grundstrukturen für bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen vor. Laut Gesetz soll die Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionszuschüssen ab dem Jahr 2012 für somatische Krankenhäuser und ab dem Jahr 2014 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ermöglicht werden.
21. Jan 2010	GKV-Finanzierung/Einsparmöglichkeiten	Plenardebatte zu den GKV-Ausgaben	In der Plenarsitzung zur Haushaltsberatung betont Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, dass nicht ausschließlich die Einnahmeseite stabilisiert werden, sondern auch die Ausgabenseite angepasst werden müsse. Man werde „deshalb jeden Bereich im Gesundheitswesen ansehen und prüfen, ob dort effizient mit Versicherungsgeldern umgegangen wird oder nicht“. Insgesamt kündigt Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer drei Gesetzesvorhaben an. Eines zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen, ein Gesetz zur Deregulierung des Arzneimittelbereichs und eines zur Struktur der Krankenversicherung, bezogen auf das Verhältnis GKV/ PKV.
20. Jan 2010	Gesetzesentwurf/Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Insolvenzrecht/ Prüfkosten	BMG legt Referentenentwurf zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“ vor	Der als „Omnibus-Verfahren“ ausgestaltete Gesetzesentwurf enthält folgende wesentliche Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung der Übergangsregelungen zur Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen bis Mitte 2011 • Anpassungen und Klarstellungen hinsichtlich der: <ul style="list-style-type: none"> – Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes – Insolvenzversicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten – Aufteilung der Kosten der Prüfdienste – Straf- und Bußgeldvorschriften • Änderung von berufszulassungsrechtlichen Regelungen von Apothekern, Ärzten, Zahnärzten sowie Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege und Hebammen <p>Essentiell für den Krankenhausbereich ist die geplante Klarstellung der mit dem KHRG geschaffenen Möglichkeit der Nachverhandlung von fehlenden Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung.</p> <p>Das Bundeskabinett beschließt den Gesetzesentwurf am 24.02.2010.</p>
21. Dez. 2009	Medizinische Versorgung/ Sicherstellung ärztliche Versorgung/Allgemeinmedizin	Selbstverwaltung einigt sich auf „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“	Hintergrund der neuen Vereinbarung ist die Änderung der gesetzlichen Grundlage des Förderprogramms durch das GKV-OrgWG. Dort wird u. a. vorgegeben, dass die bisher separaten sektorspezifischen Vereinbarungen zusammenzuführen sind und sicherzustellen ist, dass Weiterbildungsassistenten in allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
21. Dez. 2009	Medizinische Versorgung/Sicherstellung ärztliche Versorgung/Allgemeinmedizin	Selbstverwaltung einigt sich auf „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“	Für den Krankenhausbereich bleibt im Fachgebiet der Inneren Medizin die monatliche Förderhöhe von 1 020 Euro pro Stelle gleich, allerdings wird in bestimmten Gebieten, z. B. Chirurgie und Gynäkologie, der Betrag auf 1 750 Euro pro Monat erhöht. Das Ziel der verankerten Evaluation ist eine jährliche Bewertung der Auswirkung der Vereinbarung auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung sowie auf die hausärztliche Versorgung.
18. Dez. 2009	Gesetzesentwurf/Finanzierung GKV/Insolvenzregelung	Bundesrat beschließt „Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse“	Die Verordnung regelt nähere Details zur Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Kassenschließung oder -insolvenz und tritt am 14.01.2010 in Kraft. Der Trend der Kassenfusionen hält ungebrochen an. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich von 420 Krankenkassen im Jahr 2000 auf 202 im Jahr 2009 mehr als halbiert.
17. Dez. 2009	Rechtsprechung/Abrechnung Krankenhaus	Urteil des Bundessozialgerichts zur Rechnungsrekorratur	Nach dem Urteil des BSG besteht das Recht des Krankenhauses zur Rechnungsrekorratur nur bis zum Ablauf der 6-Wochen-Frist nach Erstellung der Schlussrechnung. Danach ist eine Rechnungsrekorratur nur noch ausnahmsweise zulässig, z. B. bei evidenten Fehlern oder der Erreichung einer Bagatellgrenze von mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrags. In einem ähnlichen Fall hat das BSG im September 2009 mit gleichem Ergebnis entschieden. Demzufolge war eine Nachforderung unter Heranziehung der Grundsätze von Treu und Glauben verwirkt, weil kein ausdrücklicher oder auch nur sinngemäßer Vorbehalt in der ersten Schlussrechnung erklärt worden war.
09. Dez 2009	GKV-Finanzierung/Finanzierungsmarkt	Schätzerkreis prognostiziert Defizit von 4 Mrd. Euro	Auf Basis der GKV-Finanzerggebnisse vom 1. bis 3. Quartal 2009 rechnet der Schätzerkreis für das Jahr 2009 mit Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 165,4 Mrd. Euro und Ausgaben in Höhe von 167,3 Mrd. Euro. Der konjunkturbedingte Fehlbetrag des Gesundheitsfonds für 2009 hat sich gegenüber der letzten Schätzung auf 2,1 Mrd. Euro verringert, bedingt durch eine günstigere wirtschaftliche Entwicklung. Für das Jahr 2010 prognostiziert der Schätzerkreis ein Defizit von 4 Mrd. Euro. Voraussichtlichen Ausgaben von 174,3 Mrd. Euro stehen Einnahmen von 171,1 Mrd. Euro gegenüber. Dabei enthalten die Einnahmen Bundeszuschüsse von insgesamt 15,6 Mrd. Euro. Der Fehlbetrag von 3,2 Mrd. Euro erhöht sich auf 4 Mrd. Euro, da die Kassen 800 Mio. Euro zum gesetzlich vorgegebenen Rücklagenaufbau verwenden müssen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
08. Dez 2009	Kennzahlen Krankenhäuser/ Standort Deutschland	OECD-Studie: Gesundheitswesen Deutschland	<p>Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat in ihrer internationalen Vergleichsstudie das deutsche Gesundheitswesen als leistungsfähig und gleichzeitig als teuer bezeichnet.</p> <p>Die wesentlichen Kostenfaktoren sind dabei zu viele Krankenhausbetten, zu hohe Arzneimittelausgaben und Arzthonorare. Beispielsweise beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland rund 10,4% am BIP, das OECD-Mittel beträgt 9,8%. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Anzahl der Krankenhausbetten. Deutschland hält pro 1 000 Einwohner 5,7 Krankenhausbetten vor, der OECD-Mittel-Wert beträgt 3,8 Betten.</p>
30. Nov. 2009	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ Entwicklungsauftrag Psychiatrie	Selbstverwaltung vereinbart Grundlagen zum Psychiatrie-Entgeltsystem	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV einigen sich über die Grundstrukturen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und beauftragen das InEK mit dessen Entwicklung. Der in § 17d KHG vorgegebene Zeitplan zur schrittweisen Einführung eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems ist mit dieser Vereinbarung eingehalten worden. Erstmals im Jahr 2013 soll das neue System budgetneutral eingeführt werden.
20. Nov. 2009	Kennzahlen Krankenhäuser/ Operationen	Statistisches Bundesamt weist Operationen 2008 aus	<p>Nach Auswertungen des Statistischen Bundesamtes wurden bei allen im Jahr 2008 entlassenen Patienten ca. 41,8 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Das waren 5,2% mehr als im Vorjahr. Die häufigsten Operationen bei Männern war der Leistenbruch, gefolgt von der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel. Bei Frauen hingegen zählten die Rekonstruktionen weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur und der Kaiserschnitt zu den häufigsten Eingriffen.</p> <p>Die häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) waren dabei die Versorgung gesunder Neugeborener (535 900 Fälle), die Speiseröhrentzündung, die Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (421 400 Fälle) und die einfache Entbindung (339 500 Fälle).</p>
17. Nov. 2009	Tarifpolitik	Tarifeinigung mit berufsgenossenschaftlichen Kliniken	Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund und die Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Kliniken vereinbaren für die Ärzte der berufsgenossenschaftlichen Kliniken einen neuen Tarifvertrag. Danach erhalten rund 1 250 Ärzte rückwirkend zum 01.01.2009 eine Gehaltssteigerung von 4,5%. Die Mindestlaufzeit des Vertrages endet am 31.12.2010.
12. Nov. 2009	Kennzahlen Krankenhäuser/ Behandlungskosten	Statistisches Bundesamt weist Behandlungskosten 2008 aus	Laut Statistischem Bundesamt beliefen sich die Gesamtkosten der stationären Krankenhausversorgung nach Bereinigung der Kosten um nichtstationäre Leistungen auf 63,2 Mrd. Euro. Bei 17,5 Mio. behandelten Patienten betrug die Behandlungskosten im Jahr 2008 je Fall im Bundesdurchschnitt 3 610 Euro.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. Nov. 2009	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Moratorium für die Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	<p>Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat Gespräche mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband über den weiteren Aufbau einer Telematikinfrastruktur aufgenommen. Bis zum 14.12.2009 sollen der mögliche Leistungsumfang der eGK sowie das Geschäftsmodell und die Organisationsstrukturen der gematik in ihrem Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung und dem BMG sowie die bisherigen Erfahrungen in der Testregion überprüft und bewertet werden.</p> <p>Der Gesundheitsminister erklärt zu den Gesprächsergebnissen: „Wir gehen den Aufbau der Telematikinfrastruktur schrittweise an und beginnen mit einer erweiterten und datenschutzrechtlich sichereren Krankenversicherungskarte. Die Realisierung weiterer medizinischer Anwendungen wird so lange mit einem unbefristeten Moratorium belegt, bis praxistaugliche, höchsten datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechende Lösungen vorgelegt werden.“</p> <p>Gegen die Verunsicherung zur elektronischen Gesundheitskarte äußert sich Bundesgesundheitsministers Dr. Rösler zuvor in einen Brief an den Nordrhein-Westfälischen Gesundheitsminister Laumann (CDU). Danach soll die Verteilung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Pilotregion Nordrhein wie geplant weitergehen. Das Moratorium führte dazu, dass die Verteilung der eGK in der Pilotregion zum Erliegen kam.</p>
24. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklungen	Vorstellung des Koalitionsvertrags „WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT“	<p>In der Bundespressekonferenz stellen die Parteivorsitzenden von CDU, CSU und FDP die Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen vor.</p> <p>Für Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel steht dabei der „Schutzschirm für Arbeitnehmer“ im Mittelpunkt, der die krisenbedingten Einnahmefälle durch eine Finanzierung aus Steuermittel u. a. auch der Krankenkassen gesamtstaatlich auffangen soll. Auch betont die Kanzlerin, dass es keine unsozialen Reformen in der Gesundheitspolitik geben werde. Die Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur mit einem Sozialausgleich umgesetzt.</p> <p>„Vize“-Kanzler Dr. Guido Westerwelle will ein freierheitliches, wettbewerbliches und solidarisches Krankenversicherungs- und Pflegesystem. Deshalb soll in der sozialen Pflegeversicherung der Einstieg das Kapitaldeckungsmodell vorbereitet werden.</p> <p>Der 132 Seiten umfassende Koalitionsvertrag enthält für die Krankenhausversorgung i. W. folgende relevante Aussagen (vgl. Zeilen 3986–3993 und 4065–4080 vgl. S. 88/89):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutschland braucht leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung. • Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. • Ziel ist, das bestehende Belegarztsystem beizubehalten und zu stärken. • Das Zulassungsverfahren zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird kritisch überprüft und ggf. präzisiert.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklungen	Vorstellung des Koalitionsvertrags „WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT“	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen muss bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben. Das DRG-System wird als lernendes System begriffen und wo notwendig weiterentwickelt. Ein Augenmerk gilt dabei auch der Notfallversorgung. Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. <p>Ab dem 09.11.2009 werden Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler sowie Anette Widmann-Mauz und Daniel Bahr als parlamentarische Staatssekretäre an der 1. Sitzungswoche der 17. Legislaturperiode teilnehmen.</p>
23. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Reaktionen auf den Koalitionsvertrag	<p>Erste Kommentare der Opposition und Verbände zu den gesundheitspolitischen Ergebnissen der Koalitionsverhandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> SPD: „Die Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages, den die Kassen selbst bestimmen müssen, ist im Klartext die Einführung der ungerechten Kopfprämie, die für den Bankdirektor genauso hoch ist wie für seine Sekretärin.“ B'90/Grüne: „Arbeitgeber und Pharmalobby können sich (...) die Hände reiben. Denn trotz aller Unklarheiten steht fest: Der Arbeitgeberbeitrag wird eingefroren, Arbeitgeber beteiligen sich künftig nicht mehr an der Finanzierung der steigenden Gesundheitskosten. Statt mehr Netto vom Brutto gibt es eine FDP-Politik für einzelne Lobbygruppen.“ GKV-SV: „Wir begrüßen ausdrücklich die Absicht von Union und FDP, die konjunkturbedingten Finanzlücken nicht allein den Beitragszahlern aufzubürden. (...) Angesichts der schwierigen Finanzsituation der GKV dürfen die Einnahmen der Pharmaindustrie, der Krankenhäuser und der Ärzte nicht ungebremst steigen.“ DKG: „Die Koalitionspartner haben sich nicht zu erneuten Kostendämpfungsmaßnahmen hinreißen lassen. Die Deckung des krisenbedingten Finanzierungsbedarfs über öffentliche Mittel ist in gleicher Weise wie die Hilfen für Banken und ausgewählte Industriezweige gerechtfertigt.“ KBV: „Licht und Schatten liegen bei der Koalitionsvereinbarung eng beieinander. Die kommenden Monate werden zeigen, wie sie mit Licht erfüllt werden. Die Chance für einen echten Wettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung wurde vorerst vertan.“
14. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	„Kernforderung an eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik“	<p>Aus Sicht von fünf Mitgliedern der „alten“ AG Gesundheit, die nicht an den Koalitionsgesprächen teilnehmen, sollen u. a. folgende Herausforderungen im Koalitionsvertrag verankert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten durch Zu- und Abschläge auf die ärztliche Vergütung in über- und unterversorgten Regionen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
14. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	„Kernforderung an eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik“	<ul style="list-style-type: none"> • Im Arzneimittelsektor sollen Zwangsrabatte und Preisratorien abgeschafft werden und Festbeträge sowie Rabattverträge überprüft werden. Zudem werden für patentgeschützte Arzneimittel „konditionierte Zulassungen“ mit anschließender Kosten-Nutzen-Bewertung gefordert. • Legitimation der Mitglieder des G-BA künftig durch das Parlament oder den Gesundheitsausschuss. Bezüglich des IQWiG wird mehr Transparenz und zudem eine neue Leitung gefordert. • Die Finanzierung via Gesundheitsfonds soll in der Struktur erhalten bleiben, allerdings sollen höhere Zusatzbeiträge ermöglicht werden. Auch soll es für Versicherte möglich sein, neben einer Grundversorgung gegen „Aufschlag“ mehr Wahlmöglichkeiten zu erhalten. <p>Im Rahmen eines „Zehn-Punkte-Papiers“ übermitteln die CDU/CSU-Autoren Michael Henrich, Maria Michalk, Willi Zylajew, Dr. Rolf Koschorrek und Jens Spahn ihre Forderungen den Verhandlungsführern der Union sowie der Parteispitze.</p>
6. Okt. 2009	Finanzierung GKV/Finanzierungsmarkt	Schätzerkreis prognostiziert Defizit von 7,45 Mrd. Euro	Es werden Fehlbeträge für das Jahr 2009 in Höhe von 2,3 Mrd. Euro (Ausgaben 167,1 Mrd. Euro; Einnahmen 165,3 Mrd. Euro) und für das Jahr 2010 in Höhe von 7,45 Mrd. Euro (Ausgaben 174,2 Mrd. Euro; Einnahmen von 167,2 Mrd. Euro (inkl. Bundeszuschuss von 11,7 Mrd. Euro)) erwartet. Die voraussichtliche Deckungsquote für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2010 beträgt 95,5 %.
27. Sept. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Bundestagswahl – die Unionsparteien und die FDP bilden die neue Regierung	<p>Bei der Wahl zum 17. Deutschen Bundestag erreichen die Unionsparteien und die FDP zusammen die notwendige Mehrheit für die angestrebte schwarz-gelbe Koalition.</p> <p>Wer das Gesundheitsressort besetzen wird, ist noch nicht bekannt.</p> <p>Laut Wahlprogramm haben sich die Parteien folgendermaßen zum Thema Gesundheitswesen geäußert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CDU/CSU fordern mehr Wahlfreiheit und fairere Belastungsgrenzen für gesetzlich Versicherte. Die Gesundheitsprämie wird nicht erwähnt.
23. Sept. 2009	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ DRG/Bundesbasisfallwert	Selbstverwaltung vereinbaren Bundesbasisfallwert und -korridor 2010	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV erfüllen ihren gesetzlichen Auftrag fristgerecht, einen Bundesbasisfallwert für das Jahr 2010 zu vereinbaren. Dieser beträgt 2 935,78 Euro inkl. Veränderungsrate. Auch die Korridor Grenzen für die Landesbasisfallwerte liegen fest. Die obere Grenze beträgt 3 009,17 Euro (+2,5 % über dem BFW) und die untere Grenze 2 899,08 Euro (-1,25 % unter dem BFW).
23. Sept. 2009	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ DRG-System 2010	Selbstverwaltung einigen sich auf das DRG-System 2010	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV verständigen sich auf die maßgeblichen Bestandteile des Fallpauschalensystems für das Jahr 2010. Die Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) enthält den Fallpauschalen-Katalog mit u. a. insgesamt 1 200 anrechenbaren Fallpauschalen (2009: 1 192 DRGs) und 143 Zusatzentgelten (2009: 127 ZE).

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. Sept. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Bundestagswahl – die Unionsparteien und die FDP bilden die neue Regierung	<ul style="list-style-type: none"> • FDP verlangt eine weitgehende Privatisierung des Gesundheits- und Pflegesystems mit dem Ziel einer Ablösung der Umlagefinanzierung und eines Einstiegs in ein kapitalgedecktes System. • SPD, B'90/Grünen und DIE LINKE fordern den Umbau der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung.
15. Sept. 2009	Finanzierung Krankenhäuser/ Veränderungsrate	Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht die Veränderungsrate für 2010	<p>Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassenmitglieder beträgt für 2010 für das gesamte Bundesgebiet + 1,54 %.</p> <p>Die Veränderungsrate, auch Grundlohnrate genannt, bildet derzeit für die Entwicklung der Krankenhauspreise die Obergrenze. Laut Gesetz soll frühestens ab dem Jahr 2011 diese Rate durch einen Orientierungswert/Veränderungswert abgelöst werden.</p>
3. Sept. 2009	Medizinische Versorgung/ Entgeltssystem/ Investitionsfinanzierung	Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage „Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern“	<p>Die Bundesregierung (Drs. 16/13974) teilt die negative Situationsbeschreibung der Fraktion DIE LINKE in der Kleinen Anfrage „Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern“ nicht.</p> <p>In der Antwort wird u. a. erwidert, dass deutsche Krankenhauswesen weltweit als sehr leistungsfähig gilt und das G-DRG-System beispielsweise in die Schweiz exportiert worden ist. Hinsichtlich der rückläufigen Investitionsfinanzierung werden die Bundesländer kritisiert, die auch im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25.03.2009 nicht bereit waren, sich bei der Investitionsfinanzierung mehr zu verpflichten.</p>
2. Sept. 2009	Kennzahlen Krankenhäuser	Statistisches Bundesamt weist Anzahl der Krankenhäuser, Betten etc. für 2008 aus	<p>Basierend auf vorläufigen Berechnungsergebnissen präsentiert das Statistische Bundesamt u. a. folgende Krankenhauskennzahlen des Jahres 2008:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Krankenhäuser: 2 083 (2007: 2 087) • Anzahl der Betten: 503 360 (2007: 506 954) • Anzahl der Fälle: 17,5 Mio. (2007: 17,2 Mio.) • Durchschnittliche Verweildauer: 8,1 Tage (2007: 8,3 Tage) • Bettenauslastung: 77,4 % (2007: 77,2 %) • Anzahl amb. Operationen: 1 758 305 (2007: 1 638 911)
25. Aug. 2009	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport 2008	<p>Die BQS hat im Auftrag des G-BA umfangreiche Daten zur Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern analysiert.</p> <p>Im Ergebnis haben sich bei 80 Qualitätsindikatoren von insgesamt 206 untersuchten Indikatoren signifikante Verbesserungen gezeigt, wie in der Herzchirurgie, bei der Karotis-Rekonstruktion oder bei Nieren- und Pankreastransplantationen. Im Vergleich zum Vorjahr gab es bei 96 Indikatoren keine Veränderungen, bei 21 Indikatoren war ein Vergleich nicht möglich und bei 9 Indikatoren wurde eine deutliche Verschlechterung festgestellt.</p>
7. Aug. 2009	Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut	Urteil des Landessozialgerichts NRW zur Vergabeentscheidung für AQUA	Die Vergabeentscheidung des G-BA für AQUA ist rechtmäßig, das LSG NRW weist den Antrag der BQS zur „Aufhebung der Vergabeentscheidung zu Gunsten von AQUA als zur Qualitätssicherung der Versorgung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V beauftragtes Qualitätsinstitut“ endgültig ab.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Aug. 2009	Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut	Urteil des Landesozialgerichts NRW zur Vergabeentscheidung für AQUA	Vertreter des G-BA und des AQUA-Instituts unterzeichnen am 31.08.2009 den Vertrag über die Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in Deutschland. Danach ist AQUA ab 01.01.2010 auch für die bisher von der BQS durchgeführte externe stationäre Qualitätssicherung zuständig.
10. Juli 2009	Gesetzesentwurf/behindertengerechte Pflege/Mitnahme von Pflegeassistenten	Bundesrat beschließt das Gesetz „Assistenzpflegebedarf im Krankenhaus“	Der federführende Gesundheitsausschuss und der Ausschuss für Arbeit und Sozialpolitik empfehlen die Zustimmung zum Gesetz. Nach Ansicht des Finanzausschusses hingegen soll der Vermittlungsausschuss angerufen werden, da die vom Krankenhaus zu erbringende Krankenpflege bereits eine behindertengerechte Pflege umfasst und durch die geplante Weiterzahlung des Pflegegeldes während des Krankenhausaufenthalts finanziell nicht abschätzbare Mehrkosten auf die Kommunen zukommen. Nach dem Gesetz können pflegebedürftige Behinderte künftig ihre Pflegekräfte mit in die Klinik nehmen und sich von ihnen während eines stationären Aufenthalts betreuen lassen. Zudem wird das Pflegegeld für die Dauer des Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthaltes sowie der krankhauseretzenden häuslichen Krankenpflege weiterbezahlt. Außerdem wird zur Verbesserung der Versorgung schwerkranker Menschen das Lehrfach „Palliativmedizin“ mit in das Medizinstudium aufgenommen. Das „Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ tritt am 05.08.2009 in Kraft.
1. Juli 2009	GKV-Finanzierung/Finanzierungsmarkt	Schätzerkreis prognostiziert geringere Einnahmen für das Jahr 2009	Der Schätzerkreis (Finanzexperten des Bundesversicherungsamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverband) geht weiterhin übereinstimmend davon aus, dass infolge des konjunkturellen Einbruchs im Jahr 2009 die Einnahmen des Gesundheitsfonds gegenüber der Schätzung vom Oktober 2008 um rund 2,9 Mrd. Euro geringer ausfallen werden. Wie gesetzlich verankert, werden die Mindereinnahmen durch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes ausgeglichen.

Teil IV

Daten und Analysen

(Kapitel 17–20)

This page intentionally left blank

17 Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG

Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Zum Ende der Konvergenzphase 2005–2008 sind mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) die Normierungen zur Budgetfindung stationärer Einrichtungen ab 2009 modifiziert worden. Die im KHRG verankerte Aufstockung des Finanzierungsvolumens hat dazu geführt, dass Krankenhausbudgets des Jahres 2009 deutlich stärker angewachsen sind als in den Jahren zuvor. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurden einmalig im Jahr 2009 gültige Regelungen implementiert, welche die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in diesem Jahr noch entlasten. Durch deren Wegfall im Jahr 2010 ist aber für das Folgejahr eine entsprechende weitere Budgetsteigerung vorprogrammiert.

Das späte Inkrafttreten des KHRG hat die prospektive Vereinbarung der Budgets weitestgehend verhindert, die Vielzahl an neuen und teilweise auch sehr Streitbefangenen Regelungen hat zudem den Verhandlungsprozess verlangsamt. Dennoch haben die Regelungen zur Abrechnung von DRG-Leistungen dazu geführt, dass das zahlungswirksame Preisniveau 2009 die Ergebnisse der retrospektiv geschlossenen Ergebnisse in weiten Teilen vorweggenommen hat.

With the Hospital Financing Reform Act (KHRG), the norms for the determination of hospital budgets were modified as of 2009. The increased financing volume specified in the KHRG has resulted in a significantly higher increase of hospital budgets in 2009 than in previous years. During the legislative process, one-time regulations applicable in 2009 only were implemented which relieve the expenditure of public and private health insurance funds for the current year. Their absence in 2010, however, means that the budget will continue to rise in the following year correspondingly.

The fact that the KHRG came into force rather late largely prevented prospective budget agreements. The multitude of new and sometimes impugned regulations has also slowed down the negotiating process. Nevertheless the regulations for the billing of DRGs meant that the 2009 price level effective for payment anticipated the results of the retrospective results to a large extent.

17.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit den Budgets der Jahre 2008 und 2009 für die deutschen Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) finanziert werden. Deren Entwicklung wurde maßgeblich vom Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) geprägt. Diese gesetzlichen Änderungen des KHRG resultieren zum einen aus dem ursprünglich geplanten Ende der Konvergenzphase zum 31.12.2008 und zum anderen aus der vom Gesetzgeber als notwendig erachteten Verbesserung der finanziellen Situation, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern¹. Die im KHRG verankerte Aufstockung des Finanzierungsvolumens wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens durch einmalig im Jahr 2009 gültige Regelungen abgefedert, um zeitgleich die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu entlasten.

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Vereinbarungen für jene Häuser, zu denen für beide Jahre Daten vorlagen und die als eigenständige Einrichtungen am Markt tätig waren, also beispielsweise nicht im Rahmen einer Fusion in einem anderen Krankenhaus aufgegangen sind. Anhand dieser Kriterien konnten Daten für 1 451 Krankenhäuser verwendet werden; dies entspricht etwa 90 % der Häuser, die im Jahr 2009 DRGs abrechneten bzw. diese repräsentieren rund 92 % des Casemixvolumens, das bei den Landesbasisfallwertvereinbarungen (LBFW) 2009 zugrunde gelegt wurde².

Dazu liefert der Abschnitt 17.2 zunächst einen kurzen Überblick über die wichtigsten Änderungen aus dem KHRG im Kontext der Krankenhausbudgetverhandlungen. Abschnitt 17.3 illustriert die allgemeine Budgetentwicklung sowie den Einfluss der Komponenten Fallzahl, Leistungsstruktur und Preis. Die nähere Betrachtung dieser Komponenten ist untergliedert in den Abschnitt zur Mengenentwicklung (17.4) sowie in die Ausführungen zur Preiskomponente im anschließenden Abschnitt 17.5. Die Wirkung der Budgetergebnisse im Zusammenhang mit den Umsetzungszeitpunkten ist im Abschnitt 17.6 beschrieben.

17

17.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009

Wie in den Jahren zuvor beeinflusst die Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen sowie die bestehende Regelung zur Finanzierung von Maßnahmen zur Arbeitszeitverbesserung (im Nachfolgenden AZV genannt) das Vergütungsniveau 2009.

Darüber hinaus ist die Budgetermittlung 2009 durch die Änderungen des KHRG geprägt. Maßgebliche Auswirkungen auf die Budgets der DRG-Krankenhäuser hatten insbesondere die Neuregelungen zur anteiligen Finanzierung der Tariflohnerhö-

¹ Vgl. BT-Drucks. 16/11429 vom 17.12.2010.

² Der Casemixanteil der betrachteten Krankenhäuser wird am gesamten Casemixvolumen, das nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG für das Jahr 2009 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet wurde, gemessen.

hungsrate 2008 und 2009 (im Folgenden „Tariferhöhungsrate“) sowie des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals (im Folgenden „Pflegesonderprogramm“), die Abschläge zur Vergütung von Mehrleistungen (im Folgenden „Mehrleistungsabschlag“) sowie die Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr, die über die sogenannten Zu- oder Abschläge zur Konvergenzverlängerung budgetwirksam werden. Die genannten gesetzlichen Änderungen werden im Nachfolgenden näher betrachtet.

Tariferhöhungsrate

Die Tariflohnentwicklung der Jahre 2008 und 2009 wird bundesweit über die basiswirksame Verrechnung der Tariferhöhungsrate³ im Landesbasisfallwert (LBFW) 2009 anteilig finanziert⁴. Die Berücksichtigung im LBFW hat zur Folge, dass diese Finanzmittel allen Einrichtungen – unabhängig der individuellen Tariflohnentwicklung – zur Verfügung gestellt werden. Krankenhäuser, die eine Lohnentwicklung unterhalb des bundesweiten Niveaus aufweisen, vereinbaren einmalig im Jahr 2009 einen entsprechenden Abschlag⁵. Von der Abschlagsregelung explizit ausgeschlossen sind sogenannte Notlagentarifverträge.

Pflegesonderprogramm

Zur Verbesserung der Situation in der Pflege wurde das Pflegesonderprogramm⁶ aufgelegt, das über drei Jahre, von 2009 bis einschließlich 2011, laufen soll. Die Krankenhäuser haben demnach einen Anspruch auf eine Förderung in Höhe von 0,48 % ihres Budgets (des sogenannten Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG). Davon können bis zu fünf Prozent für die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsformen eingesetzt werden. Demnach sind mindestens 95 % zweckgebunden für die Einstellung neuer Pflegekräfte oder die Aufstockung der Arbeitszeit bereits bestehender Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittelverwendung muss durch die Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers nachgewiesen werden. Entscheidend ist hierbei, dass gegenüber dem 30. Juni 2008 als Stichtag eine entsprechende Aufstockung der Arbeitskräfte (in Vollkraftäquivalenten) erfolgt sein muss.

Die durch die Stellenausweitung entstehenden Kosten werden maximal zu 90 % aus dem Programm finanziert, die restlichen 10 % der Kosten sind vom Krankenhaus zu tragen.

Zu- oder Abschlag Konvergenzverlängerung

Während der Konvergenzphase in den Jahren 2005 bis 2008 hatte sich das tatsächlich durchschnittlich vereinbarte Preisniveau auf Hausebene von den LBFWs ent-

3 Die vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam vereinbarte Tarifraten 2008/2009 in Höhe von 7,65 % führt nach Abzug der Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu einer Erhöhungsrate nach § 10 Abs. 5 Satz 4 KHEntgG in Höhe von 6,24 %. Aufgrund der gesetzlichen anteiligen Finanzierung in Höhe von 50 % bezogen auf den im Landesbasisfallwert enthaltenden Personalkostenanteil, ist eine Tariferhöhungsrate in Höhe von 2,08 % im jeweiligen Landesbasisfallwert 2009 zu berücksichtigen.

4 geregelt in: § 10 Abs. 5 KHEntgG.

5 geregelt in: § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntgG.

6 geregelt in: § 4 Abs. 10 KHEntgG.

fernt. Diese Entwicklung wird als Divergenzeffekt bezeichnet.⁷ Der Wegfall der hausindividuellen Basisfallwerte und der Bewertung von DRG-Leistungen mit dem LBFW führt schließlich zu einem deutlichen Anstieg des Preisniveaus. Mit der im KHRG fixierten Verlängerung der Konvergenz um ein Jahr⁸ wird der Preissprung auf zwei Jahre aufgesplittet. Auf der Krankenhausebene ist die Differenz zwischen dem LBFW 2008 und dem jeweiligen hausindividuellen Basisfallwert in Höhe von 50 % als Zu- oder Abschlag zu vereinbaren.⁹

Mehrleistungsabschlag

Während der Konvergenzphase 2005–2008 galten verbindliche Vergütungssätze für vereinbarte Leistungsveränderungen auf Einzelhausebene, die beginnend mit 33 % im Jahr 2005 bis auf 80 % im Jahr 2008 angestiegen sind. Diese Vergütungssätze wurden über den hausindividuellen Preis verrechnet und sind in ihrer Wirkung mit einem Abschlag vergleichbar.

Mit dem Mehrleistungsabschlag¹⁰ hat der Gesetzgeber über das KHRG für das Jahr 2009 einen Abschlag auf Hausebene festgelegt, der gegenüber den Regelungen der Konvergenzphase zwei Unterschiede aufwies: Zum einen greift die Regel nur noch bei der Vereinbarung von positiven Leistungsveränderungen, zum anderen ist die Höhe des Abschlags (bez. der Finanzierung) 2009 nicht mehr in § 4 des KHEntgG festgelegt, sondern wird im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart.

17.3 Allgemeine Budgetentwicklung

Die beschriebenen Änderungen aus dem Inkrafttreten des KHRG haben 2009 erwartungsgemäß zu einer stärkeren Budgeterhöhung geführt als in den Jahren zuvor. Für die hier untersuchten Krankenhäuser ist das Gesamtbudget aus DRGs, sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG und Zu- und Abschlägen 2009 um 7,0 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Dies entspricht einem absoluten Mittelzuwachs von mehr als 3,3 Mrd. Euro für die hier untersuchten 1451 Krankenhäuser (Tabelle 17–1). In den Jahren 2007 und 2008 lagen die Steigerungsraten noch bei 2,9 % bzw. 5,1 %.¹¹

Wie bereits beschrieben, entfaltete die Tarifierhöhungsraten starke Wirkung auf die Preisentwicklung in den Landesbasisfallwerten. Da diese neben der Leistungsmenge die bestimmenden Einflussfaktoren auf das DRG-Budget darstellen, sind die Steigerungen in diesem Budgetsegment mit 8,4 % auch am deutlichsten ausge-

7 Eine ausführliche Darstellung des Konvergenzmechanismus und des resultierenden Divergenzeffektes findet sich in Leber und Wolff 2009, Klauber und Friedrich 2008 und Leclerque und Friedrich 2010.

8 geregelt in: §5 Abs. 6 KHEntgG.

9 geregelt in: §5 Abs. 6 KHEntgG.

10 geregelt in: §4 Abs. 2 a Satz 1 KHEntgG.

11 Vgl. Leclerque und Friedrich 2010. Diese Veränderungsdaten beziehen sich auf die Budgets ohne Zu- und Abschläge.

Tabelle 17–1

Budgets 2008 und 2009 (in Mio. Euro)

	2008	2009	Veränderung
DRG-Budget inklusive Zusatzgentgelte	44 321,5	48 046,6	8,4 %
Sonstige Entgelte	1 688,2	1 634,0	–3,2 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildungsfinanzierung)	453,4	51,9	–88,5 %
Gesamtbudget	46 463,0	49 732,5	7,0 %
Ausgleiche	–792,1	–393,2	–50,4 %

Krankenhaus-Report 2011

WlDO

prägt.¹² Dieser Effekt ist für die Gesamtentwicklung in den beobachteten Häusern letztlich entscheidend, entfielen doch im Jahr 2009 96,6% des Gesamtbudgets auf den DRG-Bereich inkl. der bundesweit bepreisten Zusatzentgelte. Letztere machen im Jahr 2009 einen Anteil von 1,9% aus.

Für den Bereich der auf Einzelhausebene zu verhandelnden sonstigen Entgelte ist mit einer Veränderung um –3,2% dagegen ein relativ deutlicher Rückgang festzustellen, der vorrangig auf die Weiterentwicklung des DRG-Kataloges zurückzuführen ist. Der Anteil der sonstigen Entgelte am Gesamtbudget beträgt im Jahr 2009 noch 3,3%.

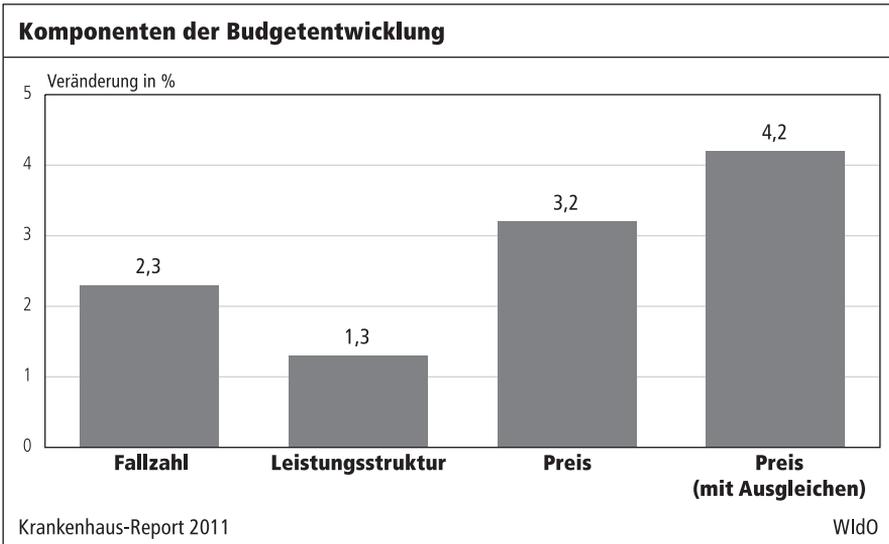
Zu- und Abschläge haben sich in ihrer Bedeutung für die Krankenhausbudgets am deutlichsten gewandelt. Während der Konvergenzphase bis 2008 wurden – abgesehen vom Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung – lediglich Zuschläge vereinbart, wie z. B. zur Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen, Zentren und Schwerpunkten oder Begleitpersonen. Im Jahr 2008 entfiel 1,0% des Gesamtbudgets auf die Summe dieser Zuschläge.¹³ 2009 sorgen insbesondere Mehrleistungsabschläge sowie die Verlängerung der Konvergenz zu einem Absinken auf 51,9 Mio Euro, was einem Rückgang von –88,5% gleichkommt.

Im Rahmen der Budgetverhandlungen werden auch Ausgleichszahlungen für Budgetunter- beziehungsweise -überschreitungen in Vorperioden festgelegt. In der Summe resultierten sowohl 2008 als auch 2009 negative Ausgleichbeträge, also Rückzahlungen an die Krankenkassen für Budgetüberschreitungen in den Vorjahren. Während in den Jahren 2006 bis 2008 die Rückzahlungen an die Kassen stetig angestiegen sind, ist für den Wechsel zum Budgetjahr 2009 ein Rückgang um –50,4% zu verzeichnen. Für die untersuchten Häuser beträgt der Effekt aus Ausgleichen im Jahr 2009 noch –0,8% bezogen auf das Gesamtbudget, 2008 betrug er noch –1,7%. Das Budget mit Ausgleichen ist entsprechend um 8,0% gestiegen.

12 Die Steigerungsrate ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Arztes im Praktikum bereinigt. Die Verrechnung des Zuschlags zur Finanzierung des Wegfalls des Arztes im Praktikum (AiP) im Landesbasisfallwerts 2009 führt dazu, dass das Zuschlagsvolumen AiP 2008 im DRG-Budget 2008 berücksichtigt wird.

13 Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung sind hier grundsätzlich nicht enthalten.

Abbildung 17–1



Nach Zerlegung der Budgetveränderung in die Komponenten Fallzahl, Leistungsstruktur und Preis zeigt sich die herausragende Bedeutung der Preisentwicklung: Sie beträgt 3,2% und geht maßgeblich auf die vereinbarte Veränderung der Basisfallwerte inklusive aller Zu- und Abschläge zurück. Effekte aus der Konvergenzverlängerung im Jahr 2009, dem Mehrleistungsabschlag oder der Einführung des Pflegesonderprogramms sind in diesem Wert also enthalten. Aufgrund der sinkenden Rückzahlungen an die Krankenkassen steigt der Preis inklusive Ausgleichen mit 4,2% deutlicher an.

Die vereinbarte Fallzahlentwicklung im DRG-Vergütungsbereich für hausindividuell zu vereinbarende Fall- bzw. Tagespauschalen sowie in Besonderen Einrichtungen wirkt mit 2,3% auf die Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser. Die Veränderung der Leistungsstruktur, die in Form der mittleren Fallschwere für DRG-Leistungen (CMI) oder auch dem Anteil vereinbarter Zusatzentgelte beschrieben wird, trägt mit 1,3% zur festgestellten Budgetentwicklung bei. Da den Budgets der beiden Jahre auch unterschiedliche G-DRG-Kataloge zugrunde liegen, ist im Struktureffekt auch die Wirkung aus der Weiterentwicklung des Kataloges enthalten. Auf Ebene dieser großen Zahl an untersuchten Krankenhäusern ist dieser Effekt allerdings zu vernachlässigen, sorgt doch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Rahmen der Normierung des G-DRG-Systems dafür, dass der nationale Casemix zwischen zwei Jahren durch die Katalogveränderungen konstant bleibt.¹⁴ Auf Ebene einzelner Krankenhäuser oder Leistungsbereiche sind die Katalogeffekte deutlich stärker ausgeprägt.

¹⁴ vgl. Heimig 2007 und Heimig 2008.

Der Effekt aus der gestiegenen Leistungsmenge rechnet sich aus dem Produkt der Komponenten Fallzahl und Leistungsstruktur. Er wirkt in den vereinbarten Budgets 2009 stärker als die Preisentwicklung ohne periodenfremde Ausgleiche, daher werden im Folgenden zunächst die vereinbarten Leistungsveränderungen näher untersucht.

17.4 Leistungsentwicklung im DRG-Bereich

Da der DRG-Bereich nicht nur den mit Abstand größten Teil des Krankenhausbudgets ausmacht, sondern auch mit einem Anstieg von 8,4% am deutlichsten zum Budgetwachstum beiträgt, beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf dieses Budgetsegment. Die Leistungsmenge für DRGs wird durch die Summe aller Bewertungsrelationen, den Casemix, ausgedrückt. Dieser ergibt sich aus dem Produkt von Fallzahl und Casemix-Index (CMI), der durchschnittlichen Fallschwere. Auf der Ebene der DRGs entspricht der Einfluss des CMI somit dem oben dargestellten Leistungsstruktureffekt. Ein Vergleich zwischen zwei Budgetjahren ist allerdings durch einige Faktoren erschwert. Zum einen resultiert die CMI-Entwicklung aus der Veränderung der tatsächlichen Fallschwere, die einen originär aufgetretenen Wandel im medizinischen Leistungsgeschehen bedeutet. Hierbei können auch Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, beispielsweise im Rahmen des § 115b SGB V, eine Rolle spielen. Zum anderen enthält die CMI-Veränderung auch Effekte aus der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Katalogs (sogenannter Katalogeffekt) sowie aus verändertem Kodierverhalten.

17.4.1 Leistungsentwicklung nach Partitionen

Das gesamte Leistungsvolumen im DRG-Bereich kann in drei Teilbereiche untergliedert werden, die sogenannten Partitionen, die einen recht unterschiedlichen Anteil an der Leistungsmenge besitzen. Mehr als 60% des Casemixvolumens entfallen auf die operative Partition, welche diejenigen Leistungen umfasst, für die ein OP-Saal notwendig ist. Andererseits dominiert die medizinische Partition hinsichtlich der Fallzahlen. Dieser Unterschied kommt dadurch zustande, dass in der operativen Partition in starkem Maße die höher bewerteten Fälle versammelt sind. Die Partition sonstiger Behandlungen spielt hingegen weder bezüglich der Leistungsmenge noch hinsichtlich der Fallzahlen eine große Rolle (Abbildung 17–2).

Der Anstieg der Leistungsmenge ist in allen drei Partitionen stärker auf einen Anstieg der Fallzahlen zurückzuführen als auf den Struktureffekt. In der medizinischen Partition war der CMI sogar rückläufig und zwar um 1,9%. Die höchsten Zuwächse, allerdings insgesamt auf niedrigem Niveau, weist die sonstige Partition auf (Abbildung 17–3).

Abbildung 17-2

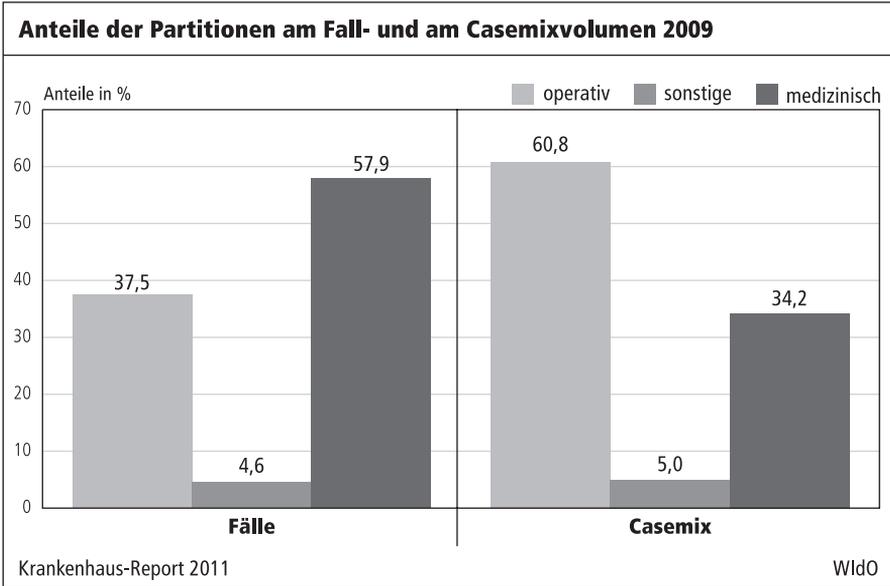
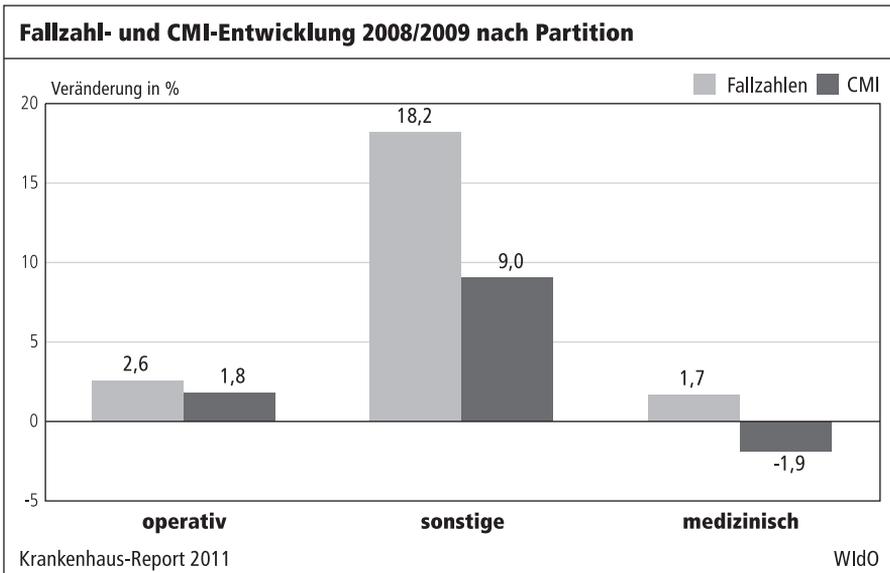


Abbildung 17-3



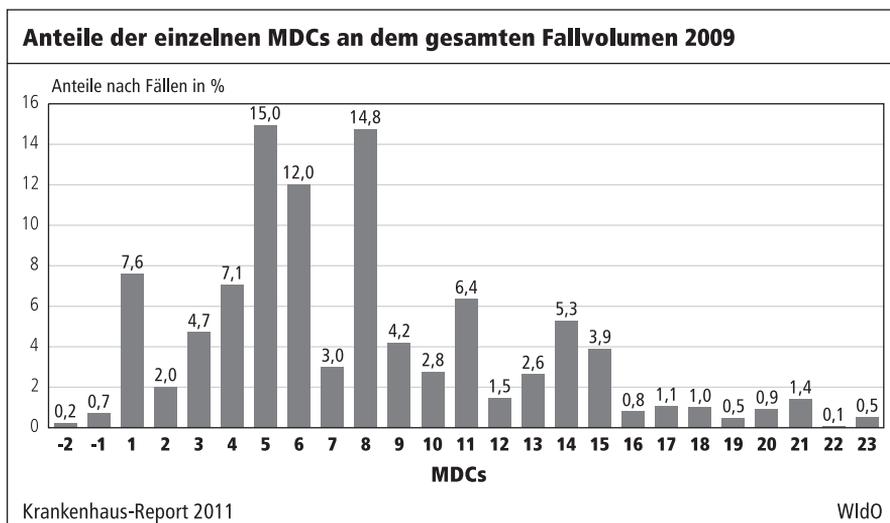
17.4.2 Leistungsentwicklung nach Hauptdiagnosegruppen

Die fünfundzwanzig Hauptdiagnosegruppen, die sogenannten MDCs (Major Diagnostic Categories), machen sehr unterschiedliche Anteile an dem gesamten Leistungsspektrum aus (Abbildung 17–4).¹⁵ Die deutlich größten Anteile besitzen die MDCs 5 (Kreislaufsystem) und 8 (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), die gemeinsam fast ein Drittel des Leistungsspektrums abdecken, gefolgt von der MDC 6 (Verdauungsorgane) mit noch einmal zwölf Prozent. Danach folgen die MDCs 1 (Nervensystem) und 4 (Atmungsorgane), die jeweils zwischen sieben und acht Prozent des Leistungsspektrums ausmachen.

Insgesamt weisen die anteilsstärksten MDCs auch die absolut größten Veränderungen hinsichtlich der Leistungsentwicklung auf. Dies ist sowohl durch einen Anstieg der Fallzahlen als auch durch ein Wachstum des CMI bedingt, wobei die Fallzahlentwicklung deutlich dominiert (Abbildung 17–5). Hinter dem Wachstum der MDC 5 beispielsweise, das sich mit 2,7% für die Fallzahlen und 0,6% beim CMI im Vergleich zu manch anderer MDC moderat ausmacht, verbirgt sich ein sehr starker Fallzahlenanstieg hinsichtlich der Implantation von Herzschrittmachern (DRG F12). Das Wachstum bei der MDC 8 ist in starkem Maße auf den Anstieg bei der DRG I69 (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien) zurückzuführen.

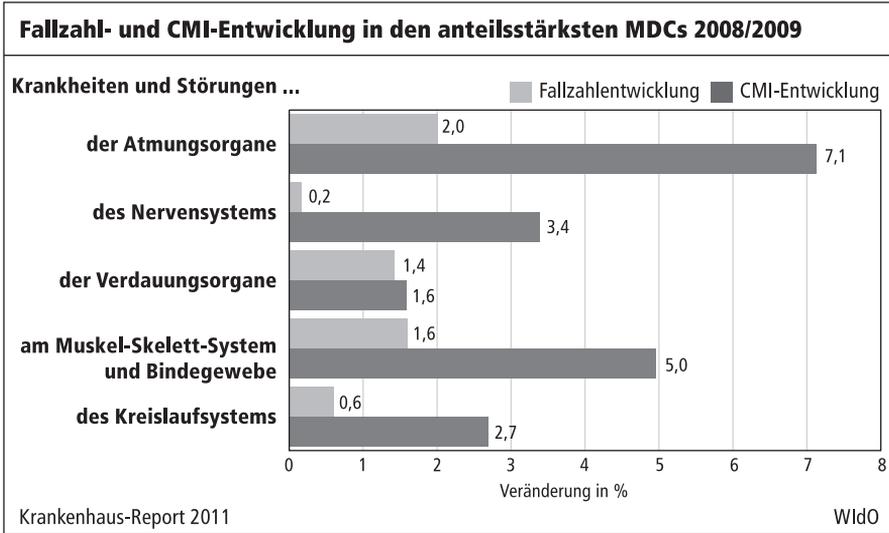
Dabei ist zu beachten, dass nicht in allen MDCs ein Fallzahl- und CMI-Anstieg zu beobachten ist. Bezüglich der Fallzahlen weisen sieben MDCs einen Rückgang und achtzehn einen Anstieg auf. Den stärksten Rückgang zwischen 2008 und 2009 zeigt die MDC 13 „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ mit fast –6,6%. Andere MDCs verzeichnen hingegen umgekehrt Fallzahlerhö-

Abbildung 17–4



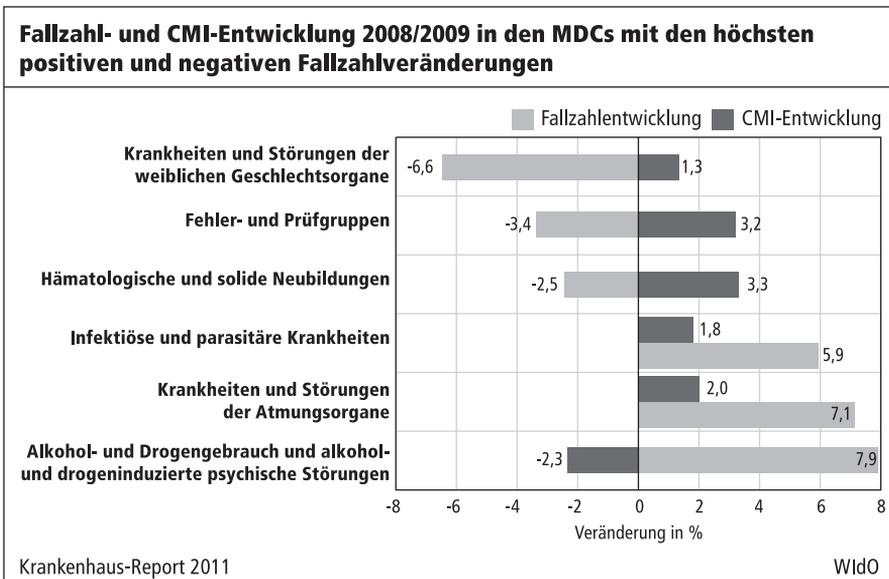
15 Eine Aufstellung aller MDCs findet sich im Anhang dieses Beitrags.

Abbildung 17–5



lungen in mitunter noch größerem Ausmaß. Am stärksten ist der Anstieg bei der MDC 20 „Alkohol- und Drogengebrauch“ mit 7,9% (Abbildung 17–6). Betrachtet man den Struktureffekt, so lässt sich bei zehn MDCs ein sinkender CMI feststellen. In den allermeisten Fällen übertrifft der Mengen- den Struktureffekt, sodass die Entwicklung der Leistungsmenge wesentlich auf die Veränderung der Fallzahlen

Abbildung 17–6



zurückgeführt werden kann. Es existieren jedoch auch Ausnahmen, beispielsweise bei der MDC 17 „Hämatologische und solide Neubildungen“, bei der ein Fallzahlenrückgang um 2,5 % durch einen positiven Struktureffekt von 3,3 % überkompensiert wird.

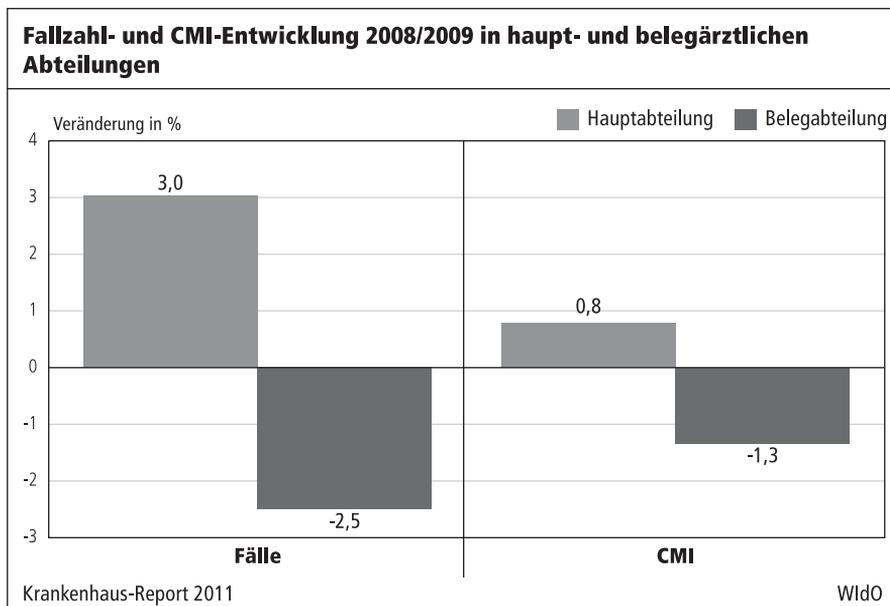
Im Endergebnis bewirken die beiden hier betrachteten Effekte bei neunzehn MDCs einen Leistungsmengenanstieg; nur sechs MDCs wiesen einen Rückgang des Casemix zwischen den Jahren 2008 und 2009 auf.

17.4.3 Leistungsentwicklung nach haupt- und belegärztlicher Erbringung

Entgegen der allgemeinen Entwicklung ging die Leistungserbringung in den Belegabteilungen zurück. Betrachtet man die beiden Effekte getrennt voneinander, so wird deutlich, dass dieser Rückgang abermals stärker durch die Entwicklung der Fallzahlen bedingt war als durch den Struktureffekt. Zwar war auch der CMI mit einer Entwicklung von -1,3 % rückläufig; den stärkeren Einfluss hatte jedoch die Fallzahlentwicklung mit einem Rückgang von -2,5 % (Abbildung 17-7). Absolut betrachtet war dies eine Abnahme der Fallzahlen in den belegärztlichen Abteilungen von 810 000 im Jahr 2008 auf 790 000 ein Jahr später. Somit ist ein gewisser Bedeutungsverlust der belegärztlichen Abteilungen feststellbar.

Allerdings besitzt die belegärztliche Leistungserbringung in den Ländern einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. In Bayern und Hessen beispielsweise entfallen auf sie rund zwölf respektive zehn Prozent der Fälle; in anderen Ländern, zum Beispiel in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, spielt

Abbildung 17-7



sie hingegen praktisch überhaupt keine Rolle. Entgegen der allgemeinen Entwicklung nimmt die Leistungserbringung in belegärztlichen Abteilungen in Brandenburg, dem Saarland und insbesondere in Hamburg zu.

Für den insgesamt zu beobachtenden Bedeutungsverlust der belegärztlichen Abteilungen kann es verschiedene Gründe geben, beispielsweise die Umwandlung von beleg- in hauptärztliche Abteilungen in den Krankenhäusern. Darüber hinaus trat zum Jahresbeginn 2007 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft. Dieses Gesetz räumt den Ärzten größere Freiräume bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ein. Insbesondere besteht nun die Möglichkeit, die Berufsausübung als Vertragsarzt mit einer Nebentätigkeit im Krankenhaus zu verbinden, sei es als angestellter, sei es als Konsiliararzt. Damit betrifft das Gesetz einen Tätigkeitsbereich, der zuvor Belegärzten vorbehalten blieb. Es besteht die Möglichkeit, dass die Betätigung als Belegarzt zunehmend von dieser Ausgestaltung überlagert wird.

17.5 Preisentwicklung im DRG-Bereich

Das Preisniveau wird beeinflusst durch die Preisentwicklung der DRG-Leistungen sowie der sonstigen Entgelte. Aufgrund des geringen Anteils am Gesamtbudget werden im Folgenden die sonstigen Entgelte nicht näher betrachtet.

Die DRG-Preiskomponente ist geprägt von den Determinanten des Basisfallwerts (exklusive Zu- und Abschläge), der Zu- und Abschläge sowie der periodenfremden Zahlungen aus Vorjahren. Auch in Entwicklung dieser Determinanten zeichnen sich die Änderungen des KHRG ab, die im Abschnitt 17.2 zur Budgetentwicklung beschrieben sind.

17.5.1 Entwicklung der Basisfallwerte

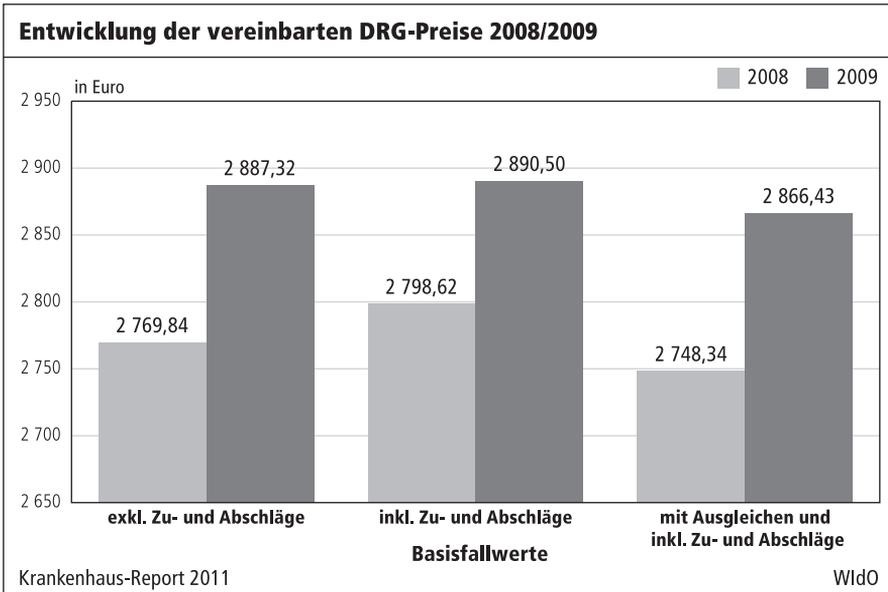
Das Preisniveau für DRG-Leistungen entwickelt sich im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr überdurchschnittlich positiv. Es steigt um 3,3 %, wohingegen die Preissteigerung inklusive der sonstigen Entgelte nur bei 3,2 % liegt (vgl. Abbildung 17–1).

Die einzelnen Determinanten des DRG-Preises prägen diesen unterschiedlich (vgl. Abbildung 17–8). Der Preissockel wird von der Determinante des „reinen“ Basisfallwerts (ohne Zu- und Abschläge) gebildet; dieser beträgt im Jahr 2008 2 769,84 Euro und steigt im Folgejahr auf 2 887,32 Euro an. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 4,2%.¹⁶

Die Betrachtung der Preisentwicklung unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge für die Konvergenzverlängerung, die Mehrleistungen, das Pflegesonderprogramm, die AZV etc. verdeutlicht, dass die Abschlagsvolumina im Jahr 2009 an Bedeutung gewinnen. In der Konsequenz ist die Summe der Zu- und Abschläge 2009 rückläufig. Im Jahr 2008 wirken die Zu- und Abschlagsbudget mit 28,77 Euro erhöhend auf den Preis, im Folgejahr reduziert sich diese Preiswirkung auf nur 3,18

¹⁶ Die Steigerungsrate in Höhe von 4,2% ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Arztes im Praktikum bereinigt. Die unbereinigte Veränderung der Basisfallwerte beträgt 4,8%.

Abbildung 17–8



Euro. Dieser Rückgang ist ursächlich dafür, dass der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschläge im Jahr 2009 mit einer Steigerung von 3,3 % unterhalb der Veränderungsrate des Preisniveaus ohne Zu- und Abschläge liegt.

Auch die Determinante der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ist rückläufig. Die Ausgleichszahlungen 2009 reduzieren den Preis um durchschnittlich –24,07 Euro, wohingegen im Vorjahr das Preisniveau um –50,27 Euro abgesenkt wurde. Das abrechnungsrelevante Preisniveau, d. h. der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschläge und Ausgleiche, steigt somit um 4,3 %.

17.5.2 Einfluss des Abschlags Tarifierhöhungsrates

Hauptinflussfaktor der Basisfallwertentwicklung (ohne Zu- und Abschläge) ist – wie bereits erläutert – die Verrechnung der Tarifierhöhungsrates im Landesbasisfallwert. Um jedoch eine unsachgerechte Finanzierung der Tarifierhöhungsrates bei Krankenhäusern mit Lohnentwicklungen unterhalb des bundesweiten Niveaus zu vermeiden, musste in diesen Konstellationen ein Abschlagsbudget auf die Tarifierhöhungsrates vereinbart werden. Diese Maßnahme sollte zu einer Entlastung der GKV-Ausgaben i. H. v. 150 Mio. Euro¹⁷ im Jahr 2009 führen.

Von den betrachteten Einrichtungen hatten 110 eine Tariflohnentwicklung, die zur Vereinbarung eines Abschlagsvolumens in Höhe von 16,6 Mio. Euro führte. Durchschnittlich wird durch diesen Preisabschlag das Niveau um 1,02 Euro abgesenkt.

¹⁷ „Insgesamt erwartet der Gesetzgeber, dass durch diese Regelung im Jahr 2009 eine Verringerung der GKV-Mehrausgaben in Höhe von 150 Mio. € erreicht werden kann.“ (vgl. Rau 2009)

17.5.3 Einfluss des Pflegesonderprogramms

Im Jahr 2009 haben 969 Krankenhäuser eine Vereinbarung über das Pflegesonderprogramm geschlossen. Das Volumen der für Pflegekräfte zusätzlich vereinbarten Finanzmittel beläuft sich auf 171,7 Mio. Euro. Rechnerisch reicht dieser Betrag – bei einer 90%igen Finanzierung – für circa 4420 neue Vollzeitstellen.¹⁸

Es liegt nun die Vermutung nahe, dass eine Erhöhung des Personalbestands, wie ihn das Pflegesonderprogramm erlaubt, insbesondere von Krankenhäusern vorgenommen wird, die einen Anstieg der Leistungsmenge zu verzeichnen hatten. Dies ist tatsächlich der Fall. Von den Häusern mit Mehrleistungsabschlag nahmen 74,3% am Pflegesonderprogramm teil; bei denjenigen ohne Mehrleistungsabschlag waren es vergleichsweise niedrige 57,0%.

Es ist in diesem Zusammenhang freilich zu berücksichtigen, dass die Mengenausweitung bereits zu einem Anstieg der Vergütung führt. Der Casemixanstieg für die hier betrachteten Häuser beträgt rund 546 000 Casemixpunkte. Mit dem Basisfallwert 2009 ohne Ausgleich, bereinigt um Zu- und Abschläge, bewertet und unter Berücksichtigung der Mehrleistungsabschläge macht dies einen Budgetanstieg von rund 1,2 Mrd. Euro aus. Über die Kostendaten des InEK lässt sich ermitteln, dass ungefähr 21,4% dieser Kosten dem Pflegebereich zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 17–2). Das wiederum bedeutet, dass durch die Leistungsentwicklung mehr als 252 Mio. Euro zusätzlich für Pflegekräfte zur Verfügung standen, was ungefähr 5850 VKÄ entspricht. Zusammen mit den über das Pflegesonderprogramm finanzierten zusätzlichen Stellen müsste das im Krankenhaussektor beschäftigte Pflegepersonal somit um mehr als 10 000 Vollkraftäquivalente erhöht werden können. Anders als die über das Pflegesonderprogramm zufließenden Mittel ist die Vergütung für die Mengenausweitung freilich nicht zweckgebunden.

17.5.4 Einfluss der Konvergenz

Die Auswirkung des Divergenzeffektes ist durch die um ein Jahr verlängerte Konvergenz nach dem KHRG auf die Jahre 2009 und 2010 aufgeteilt, diese wird über die Vereinbarung der Zu- und Abschläge Konvergenzverlängerung budgetwirksam. Von den betrachteten Einrichtungen haben 25,9% ein Zuschlagsvolumen von insgesamt 127,2 Mio. Euro. Durchschnittlich erhöht der Zuschlag den Preis 2009 für diese Krankenhäuser um 38,91 Euro.

Demgegenüber stehen 74,1% der Krankenhäuser, die aufgrund der Konvergenzverlängerung einen Abschlag auf den durchschnittlichen Preis hinnehmen

¹⁸ Tatsächlich dürfte das Fördervolumen letztlich noch deutlich höher liegen. Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung davon aus, dass sich die Fördersumme zum Ende des über drei Jahre laufenden Programms auf insgesamt 660 Mio. Euro belaufen wird, mit denen 17 000 neue Stellen finanziert werden könnten. Rein rechnerisch ergäbe sich hieraus eine jährliche Förderung von 220 Mio. Euro und 5 667 Stellen. Aufgrund erwarteter Umsetzungsschwierigkeiten zu Beginn des Programms kann eine nicht genutzte Förderung für 2009 im folgenden Jahr 2010 nachgeholt werden (§ 4 Abs. 10 Satz 3 KHEntgG). Es ist daher mit einem deutlichen Wachstum der vereinbarten Mittel für das Pflegesonderprogramm zu rechnen, das zumindest teilweise dem Jahr 2009 zugerechnet werden müsste (vgl. GKV-Spitzenverband 2010).

Tabelle 17-2
Kostenverteilung für das vereinbarte G-DRG-Spektrum gemäß DRG-Kalkulationsstichprobe (in %)

G-DRG-Katalog	Personalkosten			Sachkosten			Personal- und Sachkosten		
	ins-gesamt	ärztlicher Dienst	davon: Pflege-dienst	ins-gesamt	Arznei-mittel	davon: Implan-tate	ins-gesamt	med. Infrastruktur	nicht-med. Infrastruktur
2008	50,9	17,4	21,8	18,4	4,5	4,3	30,8	6,7	24,1
2009	51,2	18,3	21,4	18,9	4,5	4,4	29,9	7,1	22,8

Krankenhaus-Report 2011

Wido

mussten. Die Summe der vereinbarten Abschlagsbudgets entspricht einem Volumen von –501,8 Mio. Euro und einer Preisabsenkung von –40,76 Euro.

Über alle betrachteten Krankenhäuser wirkte die Konvergenzverlängerung in der Summe als Abschlag i. H. v. –374,5 Mio. Euro budgetmindernd, der Divergenzeffekt beträgt demnach ca. 750 Mio Euro. Das bundesweite Preisniveau ist durchschnittlich um –22,95 Euro herabgesetzt. Mit dem letzten Sprung auf den Landesbasisfallwert im Jahr 2010 werden diese Abschläge entfallen.

Einrichtungen, die aufgrund der Angleichung an den Landesbasisfallwert Budgetanteile verlieren, durften im Jahr 2008 nicht mehr als 2,5 % und im Jahr 2009 nicht mehr als 3,0 % des Budgets abgeben. Das heißt der Angleichungsbetrag des Konvergenzschrittes wird gekappt und das Krankenhaus erhält budgeterhöhend den sogenannten Schonbetrag. Im Jahr 2008 wurden 9,9 % von den betrachteten Krankenhäusern mit einem Schonbetragsvolumen von 48,4 Mio. Euro gekappt. Im Jahr 2009 ist der Anteil der gekappten Krankenhäuser mit 6,4 % geringer, jedoch steigt die Summe der Schonbeträge auf ein Volumen von 61,5 Mio. Euro.

Die im Rahmen des KHRG eingeführte Konvergenzverlängerung wurde vom Gesetzgeber in der Regelung zur Kappung nicht nachvollzogen. Infolgedessen wird bei der Ermittlung des Kappungsbetrags im Jahr 2009 die 100 %ige Angleichung auf den LBFW zugrunde gelegt. Diese vollständige Angleichung auf den LBFW führt im Vergleich zum Vorjahr zu einer anteilig höheren Budgetreduzierung und folglich auch zu einem höheren Schonbetrag.

17.5.5 Einfluss des Mehrleistungsabschlags

Steigende Leistungszahlen in Krankenhäusern führen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben. Dieser betriebswirtschaftliche Grundsatz findet sich nicht nur seit jeher in den Regelungen zu Mehr- und Mindererlösgleichen wieder, sondern auch in den gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung im KHEntG.

Während in der Konvergenzphase 2005–2008 verbindliche Vergütungssätze für vereinbarte Leistungsveränderungen auf Einzelhausebene galten und diese direkt auf den Basisfallwert des Krankenhauses wirkten, hat der Gesetzgeber über das KHRG im Jahr 2009 einen individuell zu vereinbarenden Abschlag auf Hausebene vorgesehen.¹⁹

Bundesweit haben 820 der hier betrachteten Einrichtungen 2009 einen solchen Mehrleistungsabschlag vereinbart. Dies entspricht bezogen auf die 1420 Einrichtungen mit DRG-Budget einem Anteil von 57,8 %, der somit geringer ausfällt als mit 72,1 % im Jahr 2008.²⁰ Diese Entwicklung ist aber auch darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2009 in einzelnen Regionen Korridore für Leistungsveränderungen

19 Für Mehrerlösausgleiche werden wegen der großen Personalkostenanteile in der stationären Versorgung üblicherweise 35 % variable und 65 % Fixkosten angenommen. Für die Vereinbarungen auf Einzelhausebene während der Konvergenzphase wurden nicht diese 35 % angesetzt. § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) schreibt für 2005 vor, dass Leistungsveränderungen zu 33 % des jeweils geltenden Landesbasisfallwerts budgetwirksam werden. Im Verlauf der Konvergenzphase steigt dieser Anteil stufenweise an: über 50 % in 2006, 65 % in 2007 bis 80 % in 2008.

20 Vergl.: Leclerque und Friedrich 2010.

verabredet wurden, in denen kein Mehrleistungsabschlag Anwendung fand. In der Summe wurde für die o. g. 820 Krankenhäuser ein Abschlagsvolumen i. H. v. 373,2 Mio. Euro festgelegt, was einem vereinbarten Preiseffekt von $-22,84$ Euro entspricht. Im Jahr 2008 wurden vereinbarte Leistungsveränderungen zu 80% budgetwirksam. Diese anteilige Berücksichtigung kommt einem Abschlag von 20% gleich, der sich für die hier untersuchten Häuser auf 335,1 Mio. Euro summiert.

Informationen über den vereinbarten Abschlagssatz im Jahr 2009 liegen nur für 442 Krankenhäuser vor. Aber schon in diesen Krankenhäusern offenbart sich die enorme Spannweite der vereinbarten Abschläge, die zwischen 10% und 75% rangieren, der gemittelte Mehrleistungsabschlag liegt in diesen Häusern bei $-24,9\%$. Gemessen an den Degressionswirkungen, wie sie in den Mehrerlösausgleichen i. H. v. 65% angesetzt sind oder wie sie die Kostenverteilung aus der G-DRG-Kalkulationsstichprobe²¹ nahelegt (Tabelle 17–2), ist dieser Abschlag vergleichsweise moderat vereinbart. Durch die Befristung des Mehrleistungsabschlags auf das Jahr 2009 entfällt der Abschlag im Folgejahr, was isoliert betrachtet einer Budgetsteigerung um 0,8% im Jahr 2010 entspricht.

17.6 Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse

17.6.1 Umsetzungszeitpunkte

Das KHRG hat aber neben den zahlreichen Änderungen auch eine deutliche Verzögerung im Verhandlungsverlauf sowohl auf der Landes- als auch auf der Ortsebene mit sich gebracht. Das späte Inkrafttreten des KHRG am 25. März 2009 führte dazu, dass in den acht Bundesländern²², in denen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits ein Landesbasisfallwert 2009 vereinbart war, nachverhandelt werden musste. Daher finden sich in Tabelle 17–3 für diese Länder zwei LBFWs. In den übrigen Bundesländern wurde der Landesbasisfallwert 2009 erst nach Inkrafttreten des KHRG vereinbart. Der für das Jahr 2009 tatsächlich relevante Landesbasisfallwert wurde somit in weiten Teilen der Republik deutlich später abgeschlossen als in den Jahren zuvor (Tabelle 17–3). Wurden die Verhandlungen zum LBFW 2008 im Schnitt im Februar 2008 abgeschlossen, so verschieben sich die Vereinbarungen 2009 um vier Monate nach hinten.

In der Konsequenz wurden auch die Verhandlungen der Krankenhausbudgets erst später abgeschlossen als in den Jahren zuvor. Abbildung 17–9 verdeutlicht dies. So waren unterjährig im Jahr 2008 68,8% des DRG-Casemixvolumens der betrachteten Krankenhäuser vereinbart, wohingegen im Jahr 2009 bei diesen Häusern unter-

21 „G-DRG-Browser“; InEK (2007) und InEK (2008). Die Kostendaten, die für die Kalkulation des G-DRG-Systems Verwendung finden, sind zwei Jahre älter als das Jahr, in dem der Katalog zur Anwendung kommt: Die Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs 2007 beruhen auf den Kostendaten des Jahres 2007.

22 Brandenburg, Bayern, Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz sowie Sachsen-Anhalt.

Tabelle 17-3

Vereinbarungszeitpunkte für die Landesbasisfallwerte 2005 bis 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2009 nach KHRG
Brandenburg	Mai-05	Mai-06	Feb-07	Jan-08	Dez-08	Mai-09
Berlin	Sep-05	Mai-06	Mai-06	Jun-08		Jun-09
Baden-Württemberg	Jun-05	Apr-06	Mrz-07	Feb-08		Jul-09
Bayern	Mai-05	Mai-06	Dez-06	Feb-08	Apr-09	Okt-09
Bremen	Jul-05	Mrz-06	Mrz-07	Mrz-08		Mrz-09
Hessen	Jun-05	Mai-06	Apr-07	Feb-08	Mrz-09	Jun-07
Hamburg	Jun-05	Nov-06	Feb-07	Feb-08	Mrz-09	Jul-09
Mecklenburg-Vorpommern	Jun-05	Okt-06	Okt-06	Mai-08		Mrz-10
Niedersachsen	Apr-05	Feb-06	Dez-06	Dez-07	Dez-08	Apr-09
Nordrhein-Westfalen	Jul-05	Mai-06	Mrz-07	Mrz-08	Mrz-09	Apr-09
Rheinland-Pfalz	Jul-05	Jul-06	Jul-06	Jul-07	Nov-08	Mai-09
Schleswig-Holstein	Apr-05	Apr-06	Mrz-07	Mrz-08		Mai-09
Saarland	Apr-05	Jun-06	Mrz-07	Feb-08		Mrz-09
Sachsen	Mai-05	Mai-06	Apr-07	Apr-07		Apr-09
Sachsen-Anhalt	Jul-05	Aug-06	Aug-06	Dez-07	Dez-07	Aug-09
Thüringen	Jun-05	Jun-06	Mrz-07	Feb-08		Apr-09

Krankenhaus-Report 2011

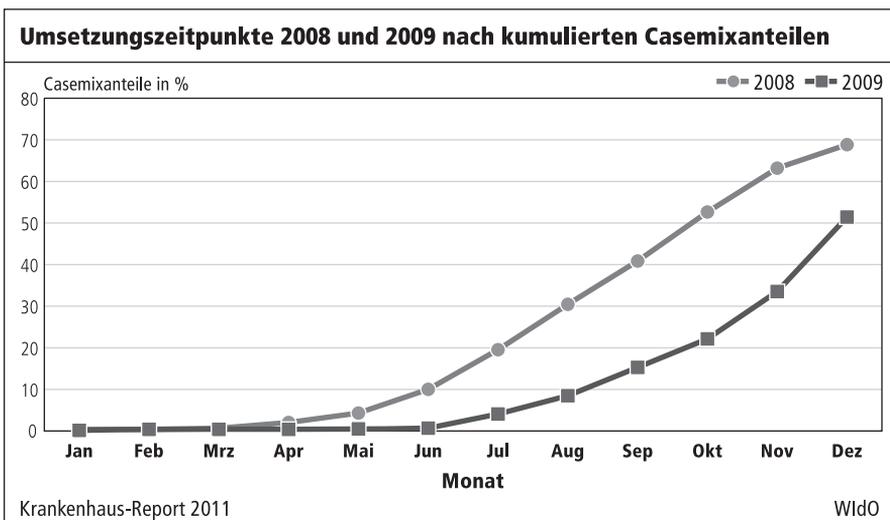
Wido

jährig nur 51,4%²³ des betrachteten DRG-Casemixvolumens geeint wurde. Insbesondere in der zweiten Jahreshälfte verzögerte sich der Verhandlungsfortschritt; im Ergebnis stieg im Jahr 2009 der Anteil der retrospektiv geschlossenen Vereinbarungen. Ursächlich hierfür sind aber nicht nur die späten Vereinbarungen zum LBFW, sondern auch die streitbefangenen Gesetzesauslegungen der Neuregelungen des KHRG.

Die eingetretene Verzögerung des Verhandlungsprozesses und die in der Konsequenz spätere Zahlungswirksamkeit der Budgetergebnisse 2009 wurden vom Gesetzgeber erwartet. Um jedoch den Häusern die zugesicherten Finanzmittel zeitnah zur Verfügung stellen zu können, wurde im Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, den Zuschlag des Pflegesonderprogramms bereits vor Genehmigung des Budgets abzurechnen, wie auch den Zu- oder Abschlag aufgrund der Konvergenzverlängerung. Durch die Abrechnungsrelevanz des LBFW unabhängig von der hausindividuellen Budgetgenehmigung wurde die Tarifierhöhungsrates ebenfalls zeitnah finanzwirksam.

23 Die Quote der prospektiven Vereinbarungen 2009 in Höhe von 51,4% gemessen am Gesamtvolumen der betrachteten Häuser ist unterschätzt im Vergleich zu dem Gesamtcasemixvolumen nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG in Höhe von rund 17,8 Tsd. Punkten. Gemessen am Gesamtcasemixvolumen beträgt die Quote der prospektiven Vereinbarungen nur rund 47,1%.

Abbildung 17–9



17.6.2 Konsequenzen für das reale DRG-Preisniveau (Z-Bax)

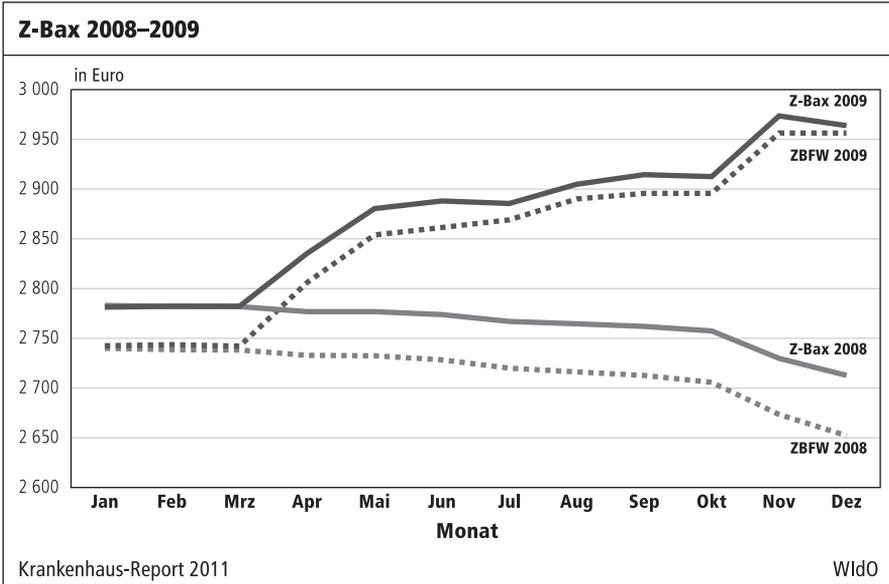
Für das DRG-Preisniveau einer laufenden Periode ist nicht der vereinbarte Basisfallwert mit Ausgleichen, sondern der sogenannte Zahlbasisfallwert (ZBFW) maßgeblich. Er ändert sich mit Genehmigung einer Vereinbarung auf Hausebene und ab Inkrafttreten des KHRG im Jahr 2009 auch mit Vorliegen eines genehmigten Landesbasisfallwerts. Der Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwert der hier untersuchten Krankenhäuser (Z-Bax) illustriert, wie die vereinbarten Preisveränderungen im Wechsel von 2008 nach 2009 in das reale Vergütungsniveau Einzug hielten. Der Z-Bax enthält neben den Ausgleichen für Vorperioden auch unterjährige Zahlbetragsausgleiche sowie alle Zu- und Abschläge mit Ausnahme der Finanzierung von Ausbildungsstätten.²⁴

Das zahlungswirksame Preisniveau der untersuchten Krankenhäuser im Z-Bax steigt im Mittel mit 4,0% etwas geringer an als der vereinbarte Basisfallwert inklusive aller Zu- und Abschläge sowie Ausgleichen mit 4,3%. Hierfür ist der hohe Anteil der nicht mehr im Jahr 2009 umgesetzten Vereinbarungen verantwortlich. Zwar werden vereinbarte Landesbasisfallwerte wie bereits erwähnt direkt nach Genehmigung preiswirksam, die Zahlbetragsausgleiche für die ersten Monate, in denen der LBFW noch nicht vorlag, erfolgten aber erst mit Abschluss der Vereinbarung auf Einzelhausebene (Abbildung 17–10).

Die unterjährigen Verläufe der Jahre 2008 und 2009 sind sehr unterschiedlich. 2008 sinkt der Z-Bax stetig ab, da mit Umsetzung der Vereinbarungen enthaltene Ausgleiche sowie die Kostendegression für Mehrleistungen preiswirksam werden.

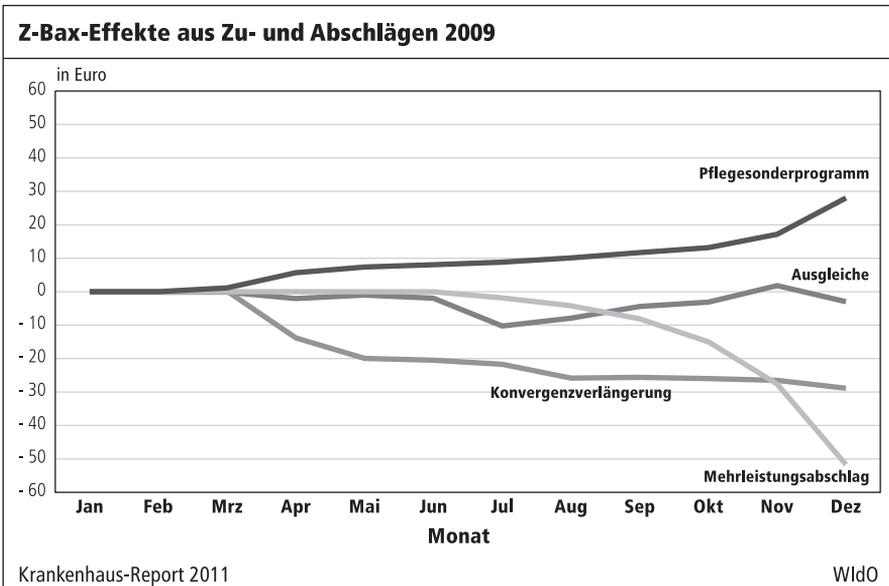
²⁴ Eine umfassende Erläuterung des Z-Bax findet sich in Friedrich et al. 2010. Zudem steht der Z-Bax aller bundesdeutschen Krankenhäuser wochenaktuell unter www.wido.de zum Download zur Verfügung. Die Onlineversion enthält abweichend zu der hier dargestellten auch die Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung.

Abbildung 17–10



Im Jahr 2009 dagegen dominiert eine stufenartige Entwicklung nach oben, die aus einer steigenden Zahl vereinbarter Landesbasisfallwerte resultiert. Das leichte Absinken zum Jahresende geht dann wie im Vorjahr auf die Preisdegression aufgrund vereinbarter Mehrleistungen zurück. Anders als im Jahr zuvor spielen Ausgleiche dagegen eine geringere Rolle.

Abbildung 17–11



Der Blick auf die Zahlungswirksamkeit der einzelnen Zu- und Abschläge im Verlauf des Jahres 2009 verdeutlicht dies (Abbildung 17–11). Mit Inkrafttreten des jeweiligen Landesbasisfallwerts werden auch die Entgelte zur Konvergenzverlängerung zur Abrechnung gebracht, eben weil sie dem finalen Sprung auf das Niveau des Landesbasiswerts um 50 % entgegenwirken sollen. Daher besitzt dieses Entgelt schon früh im Jahr einen starken Einfluss auf das Vergütungsniveau.

Die Zuschläge zur Finanzierung des Pflegesonderprogramms kommen zwar nicht automatisch zur Abrechnung, konnten aber von Krankenhäusern noch vor Abschluss einer Vereinbarung mit maximal 0,48 % in Rechnung gestellt werden. Daher fließen diese Vergütungsanteile auch bereits relativ früh im Jahr 2009.

Anders verhält es sich beim Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen, der naturgemäß erst mit Umsetzung einer Vereinbarung des Jahres 2009 zur Abrechnung kommt. Entsprechend spät im Jahr entfaltet er seine Wirkungen auf das Preisniveau.

Die Preiskomponente der Ausgleichs bewegt sich dagegen fast durchgängig im Jahr in einem Korridor um die Nulllinie herum, obwohl sie sowohl bezüglich des vereinbarten Volumens als auch der Umsetzungszeitpunkte mit dem Mehrleistungsabschlag vergleichbar ist. Dieser Verlauf ist darauf zurückzuführen, dass sich bei Verrechnung die Rückzahlungen an die Krankenkassen für Budgetüberschreitungen in Vorperioden und die entgangenen Erlöse in den Monaten vor Inkrafttreten der LBFWs nahezu neutralisieren.

Trotz der gegenüber den Vorjahren deutlich verspäteten Budgetverhandlungen zeigt der Z-Bax, dass das zahlungswirksame Niveau für DRG-Leistungen in den untersuchten Einrichtungen die vereinbarten Preissteigerungen weitestgehend vorwegnimmt.

17.7 Fazit

Die Krankenhausbudgets des Jahres 2009 sind deutlich stärker angewachsen als in den Jahren der Budgetkonvergenz zuvor. Entscheidend dafür ist zum einen, dass die vom Gesetzgeber mit dem KHRG initiierten Preissteigerungen für Krankenhausleistungen in den Budgets umgesetzt wurden. Dies gilt für die Gesamtentwicklung der Budgets genauso wie für Detailbereiche wie das Pflegesonderprogramm. Zum anderen zeigen die Ergebnisse dieses Beitrages, dass die Dynamik der vereinbarten Mengenausweitungen auch 2009 anhält. In der Summe resultiert für die untersuchten 1 451 Krankenhäuser eine Budgetsteigerung i. H. v. 7,0%.

Ohne die auf das Jahr begrenzten Maßnahmen Mehrleistungsabschlag und Konvergenzverlängerung zur Budgetbegrenzung hätte eine Budgetsteigerung von 8,6 % resultiert. Daher ist schon jetzt absehbar, dass mit dem Wegfall beider Regelungen im Jahr 2010 die Budgets entsprechend ansteigen werden.

Das späte Inkrafttreten des KHRG hat die prospektive Vereinbarung der Budgets weitestgehend verhindert, die Vielzahl an neuen und teilweise auch sehr streitbefangenen Regelungen hat zudem den Verhandlungsprozess verlangsamt. Dennoch haben die Regelungen zur Abrechnung von DRG-Leistungen dazu geführt, dass das zahlungswirksame Preisniveau 2009 die Ergebnisse der retrospektiv geschlossenen Ergebnisse in weiten Teilen vorweggenommen hat. Für das Jahr 2010

ist wieder mit einer deutlich größeren Zahl an prospektiven und unterjährigen Budgetabschlüssen zu rechnen.

17.8 Anhang

Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 2 Fehler-DRGs und sonstige DRGs
- 1 Pre-MDC
- 1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- 2 Krankheiten und Störungen des Auges
- 3 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
- 4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- 5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- 6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- 7 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
- 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
- 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
- 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 15 Neugeborene
- 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
- 17 Hämatologische und solide Neubildungen
- 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens.

17.9 Literatur

- Burmann S, Malzahn J, Wehner Ch. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 6: 30–5.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 257–76.
- Friedrich J, Leber WD, Wolff J. Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 127–47.

- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. *f&w* 2007; 04: 425–7.
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz für das Budgetjahr 2009. Berlin 2010.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg) 2005.
- Heimig F. G-DRGs 2008. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, 24. August 2007.
- Heimig F. G-DRGs 2009. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, 22. August 2008.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2006/2008 Report-Browser. Siegburg 2007. <http://www.g-drg.de>.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2008/2009 Report-Browser. Siegburg 2008. <http://www.g-drg.de>.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. *Gesundheit und Gesellschaft* 2008; 12: 18f.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2005. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer 2007; 365–434.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2008; 393–471.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2007. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008*. Stuttgart: Schattauer 2009; 359–432.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). *Kompodium zum G-DRG-System 2009*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2009; 49ff.
- Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart: Schattauer 2009; 229–40.
- Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2010*. Stuttgart: Schattauer 2010; 305–18.
- Rau F. Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. *das Krankenhaus* 2009; 03: 198ff.

This page intentionally left blank

18 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2008

Ute Bölt

Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2008 zusammen. Er gibt einen Überblick über die sachlichen und personellen Ressourcen (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal) sowie die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (Patientenbewegungen) und beziffert die Aufwendungen für Personal- und Sachkosten. Die Krankenhausstatistik ist eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten werden wie die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) jeweils in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 19–20).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2007 and provides an overview of the structural and financial situation of German hospitals, their organisational units, staff and equipment and the services rendered. The survey is carried out annually since 1991. The DRG statistics and the diagnosis statistics for hospital patients can be found in separate chapters (see chapters 19–20).

18.1 Vorbemerkung

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes liefert vielfältige Informationen über das Volumen und die Struktur des Leistungsangebots sowie über die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Seit 1991 umfasst die jährlich durchgeführte Vollerhebung die Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet. Das Erhebungsprogramm gliedert sich in die Grunddaten der Krankenhäuser, den Kostennachweis der Krankenhäuser und die Diagnosen der Krankenhauspatienten.¹ Die

¹ Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Krankenhausstatistik enthält die Fachserie 12 (Gesundheit) des Statistischen Bundesamtes. Entsprechend der Erhebungsbereiche werden die Ergebnisse in den Reihen 6.1.1 (Grunddaten der Krankenhäuser), 6.2.1 (Diagnosen der Krankenhauspatienten) und 6.3 (Kostennachweis der Krankenhäuser) jährlich publiziert; die Reihe 6.4 (DRG-Statistik) erweitert das Informationsangebot seit dem Berichtsjahr 2005. Die Fachserien sind seit 2002 ausschließlich digital und kostenlos im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes (www.desta)

fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik – Diagnosis Related Groups Statistics) ergänzt seit 2005 die Krankenhausdiagnosestatistik um Angaben zu Operationen und medizinischen Prozeduren bei stationären Patienten. Gegenstand der folgenden Betrachtung sind die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser. Eine ausführliche Darstellung der Krankenhausdiagnosestatistik enthält Kapitel 19, Ergebnisse der DRG-Statistik werden in Kapitel 20 präsentiert.

Rechtsgrundlage ist die 1990 in Kraft getretene und im Jahr 2001 erstmals umfassend novellierte Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung war erforderlich geworden, um die Krankenhausstatistik an die Entwicklungen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung anzupassen.² Mit einer geänderten Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten (Wegfall der Ausbildungsstätten-Umlage) und der neu hinzugekommenen gesonderten Erfassung von Aufwendungen für den Ausbildungsfonds³ ab 2007 wird den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen. Weitere, durch Art. 4b des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 24. März 2009 vorgenommene Änderungen der KHStatV (neue Erhebungsmerkmale in Bezug auf Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus) kommen erstmals bei der Erhebung für das Berichtsjahr 2009 zum Tragen.

Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 18 im Krankenhaus-Report 2010 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2008 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 18.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 18.3). Dabei wird auf die sachliche, personelle und fachlich-medizinische Ausstattung der Krankenhäuser eingegangen. Im Weiteren werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen präsentiert (Abschnitt 18.4). Es schließt sich eine Darstellung der Entwicklung speziell im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser (Abschnitt 18.5) an. Abschließend wird auf die im Zusammenhang mit der Krankenhausleistung entstandenen Kosten (Abschnitt 18.6) eingegangen.

18

18.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2008, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, bietet Tabelle 18–1.⁴ Die kompletten Er-

tis.de/publikationen) erhältlich. Die Grund- und Kostendaten für die Jahre 1990 bis 1998 stehen als PDF-Datei zur Verfügung, die Berichtsjahre ab 1999 wahlweise im Format PDF oder Excel.

2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland S, Rosenow C. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002, in: Klauber J/Robra BPeter, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer 2005, S. 291–310.

3 Aufwendungen für den Ausbildungsfonds gem. § 17a Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

4 Die Veränderungsdaten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 18-1
Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr			Veränderung 2008 gegenüber							
	2008	2007	Anzahl	2008	2007	2003	1998	2007	2003	1998	in %
Krankenhäuser	2 083	2 087	2 197	2 263	-0,2	-5,2	-8,0				
Aufgestellte Betten											
– Anzahl	503 360	506 954	541 901	571 629	-0,7	-7,1	-11,9				
– je 100 000 Einwohner	613	616	657	697	-0,5	-6,7	-12,0				
Krankenhausfälle											
– Anzahl	17 519 579	17 178 573	17 295 910	16 847 477	2,0	1,3	4,0				
– je 100 000 Einwohner	21 334	20 883	20 960	20 538	2,2	1,8	3,9				
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	142 535	142 893	153 518	171 802	-0,3	-7,2	-17,0				
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	8,1	8,3	8,9	10,1	-2,2	-8,3	-19,8				
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	77,4	77,2	77,6	82,3	0,2	-0,3	-6,0				
Personal											
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	1 078 212	1 067 287	1 096 420	1 116 308	1,0	-1,7	-3,4				
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitaquivalente)	797 554	792 299	823 939	850 948	0,7	-3,2	-6,3				
darunter: – Ärztlicher Dienst	128 117	126 000	114 105	107 106	1,7	12,3	19,6				
– Nichtärztlicher Dienst	669 437	666 299	709 834	743 842	0,5	-5,7	-10,0				
darunter: – Pflegedienst	300 417	298 325	320 158	337 716	0,7	-6,2	-11,0				
– med.-techn. Dienst	125 438	123 774	124 927	123 825	1,3	0,4	1,3				
– Funktionsdienst	88 414	86 216	84 198	81 159	2,5	5,0	8,9				

Tabelle 18-1

Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2008 gegenüber		
	2008	2007	2003	1998	2007	2003	1998
	Anzahl				in %		
Bereinigte Kosten (einschl. Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	63 245 404	60 449 733	–	–	4,6	X	X
Bereinigte Kosten je Fall (einschl. Ausbildungsfonds) in EUR	3 610	3 519	–	–	2,6	X	X
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	62 267 622	59 810 431	55 664 518	49 629 670	4,1	11,9	25,5
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall in EUR	3 554	3 482	3 218	2 946	2,1	10,4	20,7

– = nichts vorhanden

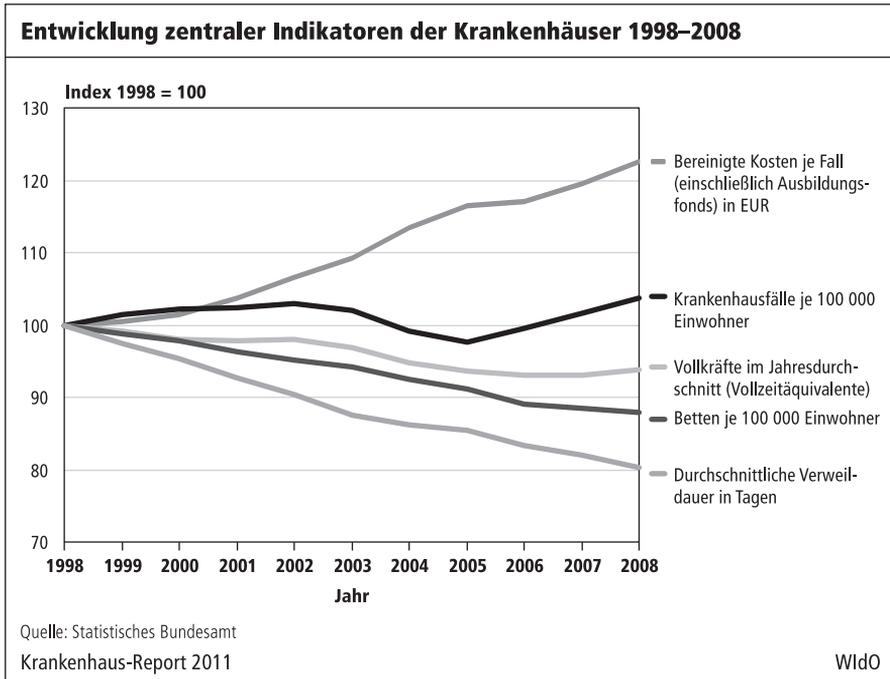
X = grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Abbildung 18–1



gebnisse für die Jahre 1998 bis 2008 finden sich im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 18–a und 18–b). Zu den grundlegenden Kennzahlen von Krankenhausleistungen gehören auf der Angebotsseite die Anzahl der Einrichtungen, Betten und Beschäftigten. Unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme stellen die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle und die durchschnittliche Verweildauer wesentliche Kennzahlen dar. Sie werden ergänzt durch die Höhe der bereinigten, d.h. um die Aufwendungen für nicht stationäre Leistungen geminderten Kosten.

Um einen Eindruck von der kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklung der einzelnen Indikatoren zu gewinnen, wird der Überblick um einen Vorjahres-, 5- und 10-Jahres-Vergleich erweitert. Ergänzend stellt Abbildung 18–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

18.3 Die Ressourcen der Krankenhäuser

Das Angebot der Krankenhäuser setzt sich aus einer sachlichen, einer personellen und einer fachlich-medizinischen Komponente zusammen. Die sachliche Ausstattung wird neben der Einrichtungszahl vor allem durch die Anzahl der aufgestellten Betten sowie die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 18.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe 18.3.2). Aussagen über die Verteilung der Ressourcen

nach Disziplinen sind auf Basis der Bettenzahl nach Fachabteilungen möglich. Besondere Bedeutung kommt im dienstleistungsorientierten Krankenhausbetrieb der personellen Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu. Darüber hinaus stellen Krankenhäuser wichtige Arbeitgeber im Gesundheitswesen dar und fungieren als Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe (siehe 18.3.3).

18.3.1 Sachliche Ausstattung

Am 31.12.2008 gab es 2083 Krankenhäuser in Deutschland, das sind vier Einrichtungen (0,2%) weniger als ein Jahr zuvor. Gegenüber 1998 ging die Zahl der Krankenhäuser um 180 (8,0%) zurück. Nicht nur infolge von Schließungen, auch durch die Fusion mehrerer ehemals eigenständiger Einrichtungen zu einem Krankenhaus sinkt die Zahl der in der Krankenhausstatistik nachgewiesenen Einrichtungen. Eine quantitative Einschätzung des Umfangs von Schließungen und Fusionen ist auf Basis der vorhandenen Daten jedoch nicht möglich.

Dem Rückgang der Krankenhauszahlen entsprechend nahm auch die Zahl der aufgestellten Betten ab. Mit 503 000 Krankenhausbetten gab es rund 3 600 Betten (0,7%) weniger als im Vorjahr. Im Vergleich zu 1998 mit knapp 572 000 nachgewiesenen Krankenhausbetten entspricht dies einem Abbau von 68 300 Betten oder 11,9%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Bettendichte je 100 000 Einwohner verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2008 durchschnittlich 613 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung; das sind drei Betten (0,5%) weniger als 2007 und 84 Betten (12,0%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Die Krankenhausedichte lag unverändert im Vergleich zum Vorjahr bei 2,5 Krankenhäusern je 100 000 Einwohner (Tabelle 18–2).

Im regionalen Vergleich ist die Krankenhausedichte in den neuen Bundesländern mit maximal 2,2 Krankenhäusern (Mecklenburg-Vorpommern) je 100 000 Einwohner auffällig niedrig; in Sachsen und Thüringen liegt die Einrichtungsdichte sogar nur bei 1,9 Krankenhäusern. Die mit Abstand meisten Krankenhäuser je 100 000 Einwohner gibt es in Schleswig-Holstein (3,4).

Mit Ausnahme von vier Bundesländern, in denen im Vergleich zum Vorjahr geringfügig mehr Krankenhausbetten gezählt wurden, setzte sich der Trend zum Bettenabbau auch im Jahr 2008 weiter fort. Allein in Nordrhein-Westfalen wurden 1 093 Betten abgebaut, die Zahl der in Hamburg aufgestellten Betten sank um 5,0%. Gemessen an der Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner erhöhte sich die Bettendichte in Mecklenburg-Vorpommern um 3,1%. Gleichwohl verfügte Bremen im Jahr 2008 mit durchschnittlich 806 Betten je 100 000 Einwohner weiterhin über die höchste Bettendichte, gefolgt von Thüringen (700 Betten) und Sachsen-Anhalt (693 Betten). Abbildung 18–2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung im Vergleich zu 1998. Den stärksten Rückgang innerhalb der vergangenen zehn Jahre verzeichnete Berlin. Dort lag die Bettendichte im Jahr 2008 um 22,9% unter der von 1998.

Die Krankenhäuser Bremens haben zweifellos eine Mitversorgungsfunktion für das angrenzende Niedersachsen. Dies wird nicht nur durch die Bettendichte, sondern auch durch die weit über dem Bundesdurchschnitt (21 297 Fälle) liegende An-

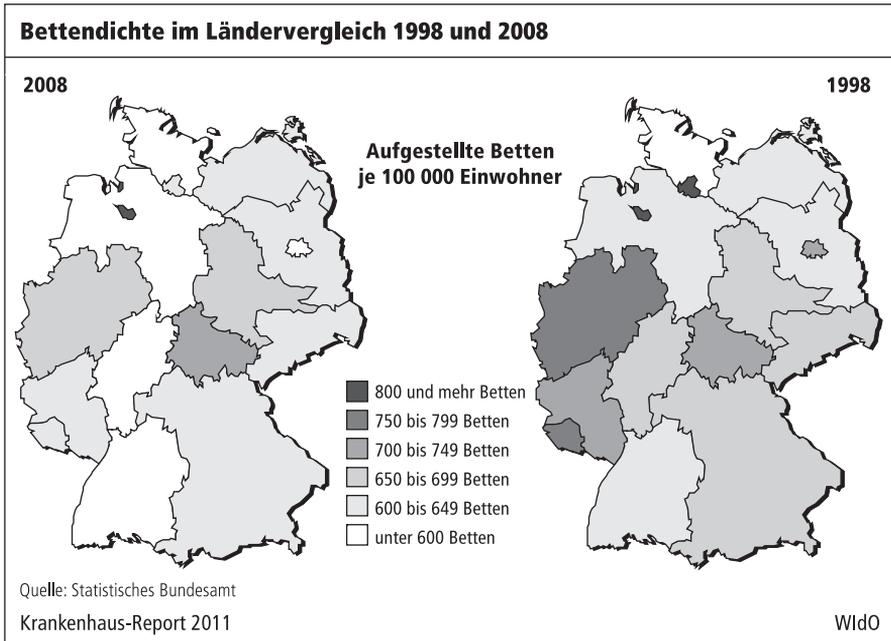
Tabelle 18-2
 Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser 2008 nach Ländern

Bundesland	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl je 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer	
	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	in Tagen	in %
Deutschland	2 083	-0,2	613	-0,5	77,4	0,2	21 297	2,0	8,1	-2,2
Baden-Württemberg	297	0,0	551	-1,3	74,5	0,0	18 397	0,9	8,2	-1,9
Bayern	379	1,1	603	-0,6	77,1	0,4	21 389	2,8	8,0	-2,5
Berlin	74	4,2	567	-1,6	82,0	0,1	21 014	1,5	8,1	-2,3
Brandenburg	50	6,4	603	-0,2	80,3	1,5	20 766	1,0	8,5	0,2
Bremen	14	-	806	-1,6	77,8	0,1	29 628	0,5	7,7	-1,9
Hamburg	46	-	645	-5,5	82,0	3,8	23 733	3,8	8,2	-4,7
Hessen	181	0,6	580	0,2	76,9	0,7	20 072	2,4	8,1	-1,2
Mecklenburg-Vorpommern	36	9,1	629	3,1	78,8	-1,4	23 431	1,0	7,7	0,0
Niedersachsen	196	-0,5	526	-0,3	81,0	-0,1	19 318	2,4	8,1	-2,7
Nordrhein-Westfalen	418	-3,2	683	-0,6	75,7	0,0	22 732	2,1	8,3	-2,7
Rheinland-Pfalz	98	-1,0	634	0,3	72,9	0,0	21 320	2,2	7,9	-1,8
Saarland	25	-	645	-1,6	85,1	1,5	24 592	-0,3	8,1	-0,2
Sachsen	80	-	626	0,1	79,3	-0,4	22 385	2,3	8,1	-3,0
Sachsen-Anhalt	50	-	693	0,5	76,8	-1,4	24 064	0,8	8,0	-2,6
Schleswig-Holstein	96	-1,0	551	0,1	81,0	0,2	19 668	1,5	8,3	-0,9
Thüringen	43	-2,3	700	0,8	78,1	0,5	23 947	2,3	8,3	-1,7

 Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Abbildung 18–2



zahl der Krankenhausfälle (29 628 je 100 000 Einwohner) deutlich. Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote⁵ getroffen werden (Tabelle 18–3). Werte über 100 % besagen, dass die Krankenhäuser eines Bundeslandes mehr Patienten behandelten, als Patienten des jeweiligen Bundeslandes in vollstationärer Behandlung waren. Dies ist insbesondere bei den Stadtstaaten der Fall. So verfügten die Krankenhäuser Bremens 2008 mit 138,8 % über die höchste Versorgungsquote, gefolgt von Hamburg (123,6 %) und Berlin (109,5 %). Entsprechend niedrige Versorgungsquoten wiesen die Krankenhäuser der angrenzenden Flächenstaaten auf. In Brandenburg lag sie bei 90,4 % und in Niedersachsen bei 94,1 %.

Ergänzend zur Einzugsgebietsstatistik lässt sich der Anteil der Patienten ermitteln, die sich im eigenen Land behandeln ließen. Die Patienten aus Nordrhein-Westfalen und Bayern bevorzugten zu jeweils 96,9 % eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im eigenen Land. Demgegenüber ließen sich nur 84,3 % der Brandenburger und 85,4 % der Rheinland-Pfälzer im jeweils eigenen Bundesland behandeln.

⁵ Die Versorgungsquote in der Krankenhausstatistik wird auf Basis der durchschnittlichen Anzahl vollstationär belegter Betten pro Tag ermittelt. Weil für jeden vollstationären Patienten pro Tag, den er in der Einrichtung verbringt, ein Bett belegt wird, kann ein Tag mit einem belegten Bett gleichgesetzt werden. Die Summe der Berechnungs- und Belegungstage wird – jeweils für Wohn- und Behandlungsort – durch die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr dividiert. Aus der Relation zwischen den belegten Betten nach Wohn- und Behandlungsort ergibt sich die Versorgungsquote.

Tabelle 18-3

Versorgungsquote der Krankenhäuser nach Ländern 2008

Bundesland	Wohnort des Patienten	Behandlungs-ort des Patienten	Absolute Differenz	Versorgungs-quote	Anteil im eigenen Land behandelte Patienten
	Anzahl belegter Betten pro Tag ¹⁾			in %	
Deutschland	396 881	398 257	X	X	X
Baden-Württemberg	44 415	45 679	1 265	102,8	95,0
Bayern	58 500	60 105	1 605	102,7	96,9
Berlin	14 777	16 184	1 406	109,5	95,1
Brandenburg	13 888	12 548	-1 340	90,4	84,3
Bremen	3 009	4 175	1 166	138,8	89,1
Hamburg	7 509	9 282	1 773	123,6	88,4
Hessen	28 489	27 889	-600	97,9	89,9
Mecklenburg-Vorpommern	8 496	8 486	-10	99,9	94,0
Niedersachsen	36 973	34 799	-2 174	94,1	87,6
Nordrhein-Westfalen	94 218	94 041	-176	99,8	96,9
Rheinland-Pfalz	20 094	19 303	-790	96,1	85,4
Saarland	5 757	5 831	75	101,3	91,5
Sachsen	21 223	21 336	113	100,5	96,1
Sachsen-Anhalt	13 492	12 991	-501	96,3	91,2
Schleswig-Holstein	13 252	12 776	-477	96,4	86,1
Thüringen	12 790	12 831	41	100,3	92,3

¹⁾ Durchschnittliche vollstationäre Bettenbelegung pro Tag.
 Berechnung: Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage dividiert durch Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr.

X = Kombination nicht sinnvoll bzw. nicht möglich.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Die anhand der Anzahl der aufgestellten Betten bestimmte Krankenhausgröße ist ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft. Im Jahr 2008 verfügte ein Krankenhaus über durchschnittlich 242 Betten; das sind 11 Betten weniger als die durchschnittliche Krankenhausgröße zehn Jahre zuvor (253 Betten).

Der allgemeine Rückgang der Zahl der Krankenhäuser trifft nicht alle Krankentypen gleichermaßen. Die Anzahl kleiner Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten stieg sogar von 342 im Jahr 1998 auf 417 im Jahr 2008. Das entspricht einer Zunahme des Anteils von 15,1 % im Jahr 1998 um 4,9 Prozentpunkte auf 20,0 % im Jahr 2008. Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe zeigt sich, dass es zwar mehr kleine Krankenhäuser gibt, deren durchschnittliche Größe jedoch immer weiter abnimmt. Mit 18 Betten verfügt ein Krankenhaus dieser Größenklasse im Durch-

schnitt über drei Betten weniger als 1998. Leicht zugenommen (+ 0,6 Prozentpunkte) hat auch die Zahl der Krankenhäuser mittlerer Größe (500–600 Betten). Diese Entwicklung ist möglicherweise auf die Fusion von Einrichtungen zurückzuführen, die nach dem Zusammenschluss einer höheren Größenklasse zuzuordnen sind. Für diese Annahme spricht, dass in vier niedrigeren Bettengrößenklassen die Zahl der Einrichtungen gegenüber 1998 um gut ein Fünftel (226 Krankenhäuser) zurückgegangen ist.

Der Anteil sehr großer Krankenhäuser (800 und mehr Betten) lag 2008 nahezu unverändert bei 4,1 % (1998: 4,0%); zugleich stieg die Durchschnittsgröße der Krankenhäuser in dieser Größenklasse auf 1 207 Betten (1998: 1 187). Trotz des Rückgangs der Zahl dieses Krankentyps um fünf Einrichtungen (–5,5%) standen in den sehr großen Krankenhäusern mehr als ein Fünftel (20,6%) aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,5% aller Betten. Tabelle 18–4 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen nach Krankenhausgröße und macht u. a. deutlich, dass die durchschnittliche Bettenauslastung mit zunehmender Krankenhausgröße tendenziell steigt, die durchschnittliche Verweildauer dagegen sinkt.

Erneut stieg die durchschnittliche Bettenauslastung⁶ bezogen auf alle Krankenhäuser von 77,2% in 2007 auf 77,4% im Jahr 2008 an. Eine Bettenauslastung von 85% gilt in vielen Bundesländern als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung⁷. Die Abweichung von Soll und Ist im Jahr 2008 entspricht rund 45 000 Krankenhausbetten. Die geringste Bettenauslastung (65,1%) hatten Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten aufzuweisen, die höchste (80,6%) Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings differiert die Bettenauslastung nach Fachabteilungen erheblich (siehe 18.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankenträger vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 1998 bis 2008 um 180 Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 184 (+40,6%) auf 637 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (–15,1%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (–25,3%). Abbildung 18–3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztabelle 18–d im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Zwischen Träger- und Größenstruktur besteht offenbar ein enger Zusammenhang: Während sich z. B. sehr große Einrichtungen, zu denen in erster Linie die Universitätskliniken gehören, in öffentlicher Trägerschaft befinden, werden kleine Häuser wie etwa Schönheitskliniken eher von privaten Trägern betrieben. 2008 ver-

6 Die durchschnittliche Bettenauslastung pro Tag ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage im Zähler und der Summe der aufgestellten Betten multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr im Nenner.

7 Krankenhausplanung der Länder gem. § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenpflegegesetze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Vgl. hierzu zum Beispiel: Fünfunddreißigste Fortschreibung des Krankenhausplans des Freistaates Bayern, Stand 1. Januar 2010, veröffentlicht als Sonderdruck zum Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 8 vom 26. Februar 2010.

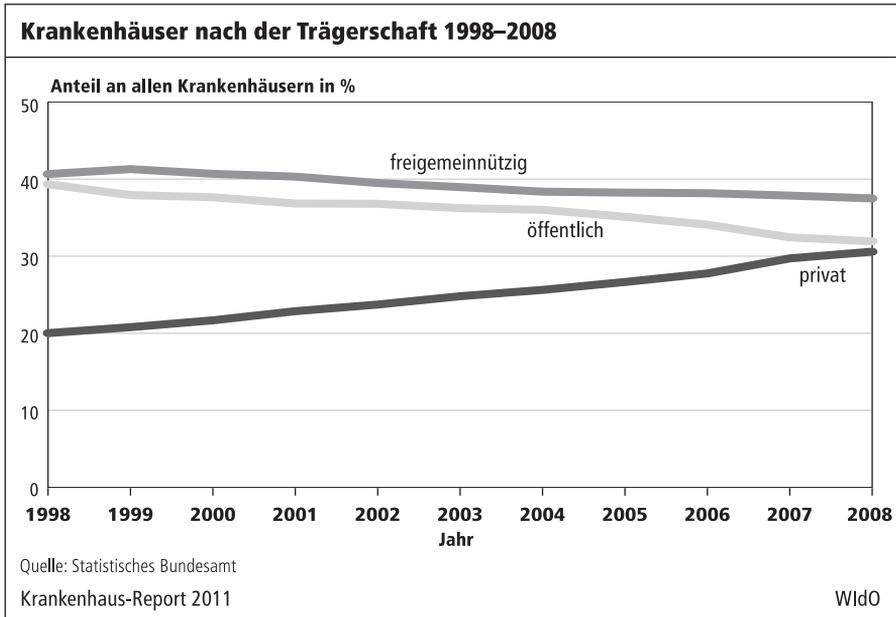
Tabelle 18-4
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2008

Bettengrößenklasse/ Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl		Fallzahl je 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer	
	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr	2008	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Krankenhäuser insgesamt	2 083	-0,8	503 360	-0,7	613	-0,6	77,4	1,2	17 519 579	2,1	21 334	2,2	8,1	-1,6
KH bis 49 Betten	417	2,3	7 472	3,2	9	3,3	65,1	-0,8	2 132 96	6,0	260	6,2	8,3	-3,4
KH mit 50 bis 99 Betten	273	-3,3	20 115	-3,1	24	-3,0	73,5	0,8	5 563 60	-0,1	677	0,0	9,7	-2,2
KH mit 100 bis 149 Betten	297	-0,3	36 475	-0,4	44	-0,2	74,7	0,9	11 312 53	1,8	1 378	1,9	8,8	-1,2
KH mit 150 bis 199 Betten	194	-5,5	33 395	-5,6	41	-5,5	74,6	1,9	11 365 57	-3,5	1 384	-3,4	8,0	-0,3
KH mit 200 bis 299 Betten	325	-0,6	79 285	-0,6	97	-0,4	76,0	1,0	2 660 527	2,4	3 240	2,5	8,3	-1,9
KH mit 300 bis 399 Betten	201	1,0	68 974	0,9	84	1,0	77,8	0,9	2 402 175	3,6	2 925	3,7	8,2	-1,7
KH mit 400 bis 499 Betten	134	-1,5	59 956	-0,9	73	-0,7	78,0	1,1	2 054 358	3,1	2 502	3,2	8,3	-2,8
KH mit 500 bis 599 Betten	89	2,1	48 611	2,5	59	2,6	77,1	1,1	1 809 580	4,2	2 204	4,3	7,6	-0,6
KH mit 600 bis 799 Betten	67	-4,5	45 265	-2,7	55	-2,6	79,0	1,2	1 663 027	0,5	2 025	0,6	7,9	-2,0
KH mit 800 und mehr Betten	86	-1,1	103 812	-0,8	126	-0,7	80,6	1,8	3 892 449	2,0	4 740	2,2	7,9	-1,1
Öffentliche Krankenhäuser	665	-5,6	246 423	-4,1	300	-4,0	79,0	1,3	8 780 261	-0,6	10 692	-0,5	8,1	-2,2
in privatrechtlicher Form	384	3,5	134 610	2,5	164	2,6	77,5	1,1	4 949 011	3,7	6 027	3,8	7,7	0,0
in öffentlich-rechtlicher Form	281	-15,1	111 813	-10,7	136	-10,6	80,7	1,7	3 831 251	-5,5	4 665	-5,4	8,6	-3,9
– rechtlich unselbstständig	137	-26,8	47 669	-21,2	58	-21,1	79,6	0,2	1 577 688	-14,2	1 921	-14,1	8,8	-8,0
– rechtlich selbstständig	144	4,6	64 144	1,1	78	1,2	81,6	3,1	2 253 563	3,1	2 744	3,2	8,5	1,1
Freiwilligkeitsnützige Krankenhäuser	781	-1,6	177 085	-1,4	216	-1,3	75,5	1,0	6 147 808	1,2	7 486	1,3	8,0	-1,6
Private Krankenhäuser	637	6,2	79 852	13,5	97	13,7	76,4	1,9	2 591 510	15,3	3 156	15,4	8,6	0,3

 Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2011

WiDo

Abbildung 18–3



fügte eine Privatklinik über durchschnittlich 125 Betten. Freigemeinnützige Krankenhäuser waren mit 227 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 371 Betten fast dreimal so groß. Allerdings zeigen die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit, dass private Betreiber in den Bereich der Universitätskliniken vorstoßen.⁸ Im Einzelfall sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine mögliche künftige Privatisierung geschaffen worden⁹ bzw. es werden die rechtlichen Möglichkeiten einer Privatisierung geprüft.¹⁰

Vor dem Hintergrund veränderter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zu sparsamer Haushaltsführung haben gestiegene Anforderungen an

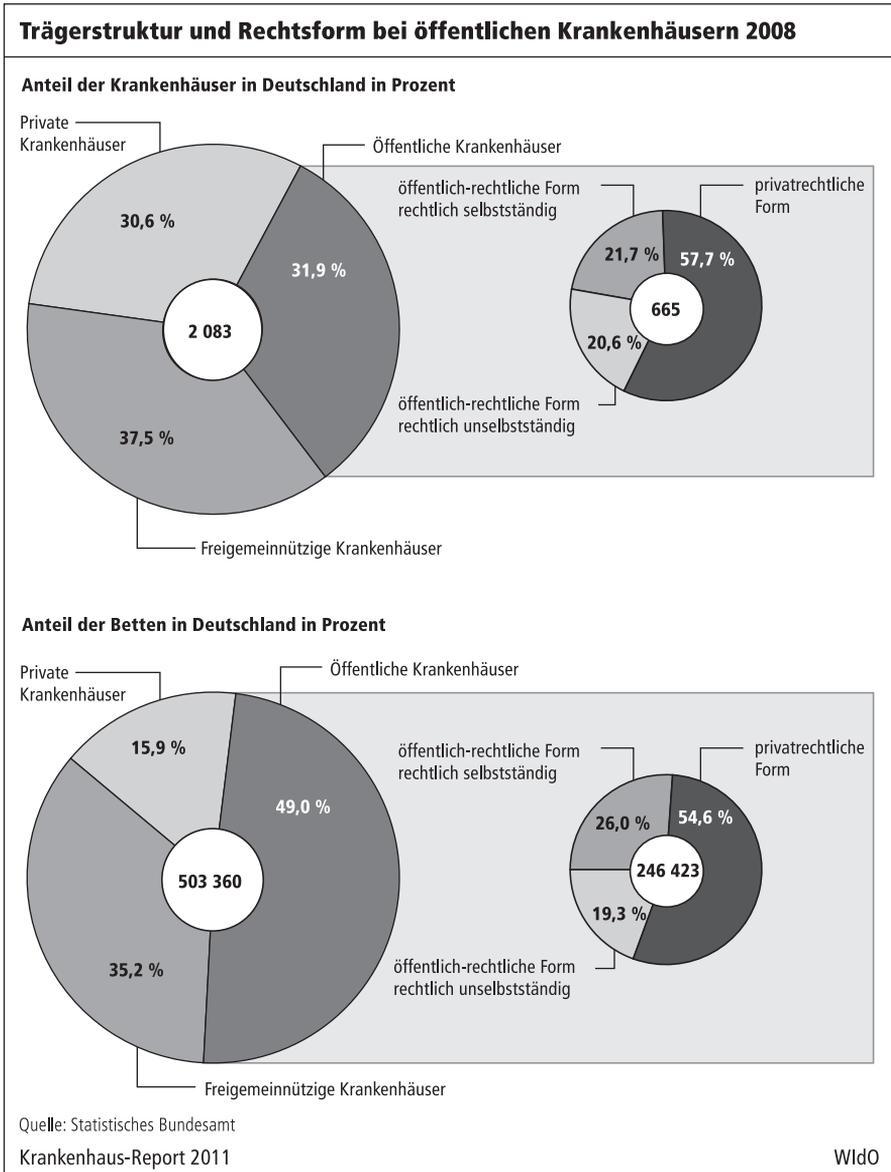
8 Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg, Umwandlung in eine GmbH mit Wirkung vom 2. Januar 2006 und Übernahme von 95% der Geschäftsanteile durch die Rhön-Klinikum AG (Hessische Staatskanzlei: Initiativen/Verwaltungsreform/Privatisierung).

9 Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz – UMG) vom 10. September 2008, GVBl. 2008, S. 205. Das am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetz enthält die Option, die rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Universitätsmedizin GmbH) umzuwandeln – ggf. auch mit Beteiligung privaten Kapitals an dieser GmbH. Einzelheiten zum Formwechsel regelt § 25.

10 www.schleswig-holstein.de, Staatskanzlei Schleswig-Holstein: Start > Schwerpunkte > Haushaltskonsolidierung > Die Vorschläge im Detail > Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH). „... Im Bereich von Forschung und Wissenschaft soll nach privaten Investoren für das UKSH gesucht werden. Vor dem Hintergrund der Vereinbarung zwischen dem UKSH, dem Land und den Gewerkschaften werden die rechtlichen Möglichkeiten geprüft und eine materielle Privatisierung des UKSH vorbereitet. ...“

die Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Einrichtungen dazu geführt, dass immer mehr öffentliche Träger auf diese Veränderungen durch eine rechtliche Verselbstständigung ihrer Einrichtungen reagieren. Deshalb wurde im Rahmen der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung die Erfassung der Rechtsform öffentlicher Krankenhäuser mit in die Erhebung aufgenommen. Damit ist es seit 2002 möglich, den Fortschritt der Überführung öffentlicher Krankenhäuser in eine privatrechtliche Rechtsform statistisch abzubilden. Die Er-

Abbildung 18–4



gebnisse der Jahre 2002 bis 2008 erlauben tendenzielle Aussagen über die Entwicklungen in diesem Bereich.

Mit 384 von insgesamt 665 öffentlichen Krankenhäusern wurde im Jahr 2008 mehr als die Hälfte (57,7%) in privatrechtlicher Rechtsform geführt, 2002 war es nur gut ein Viertel (28,3%). Gegenüber 2007 gab es vier Einrichtungen mehr in privatrechtlicher Rechtsform. Demgegenüber sank die Anzahl der Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Form im Vergleich zum Vorjahr um 16 Häuser auf 281. Der Wechsel in privatrechtliche Rechtsformen (z. B. GmbH) bei öffentlichen Krankenhäusern schreitet auch 2008 weiter fort.

Die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser selbst werden in der Krankenhausstatistik weiter differenziert, und zwar nach rechtlich selbstständigen (z. B. Zweckverband, Anstalt oder Stiftung) und rechtlich unselbstständigen (z. B. Regie- oder Eigenbetrieb) Einrichtungen. Der Rückgang der in öffentlich-rechtlicher Form geführten Krankenhäuser geht zu Lasten der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (-24 Häuser). Zusammenfassend zeigt Abbildung 18-4 die prozentuale Verteilung der Träger- und Rechtsformen der Krankenhäuser im Jahr 2008.

Zur sachlichen Ausstattung der Krankenhäuser gehören auch medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen, wie z. B. Dialysegeräte, Computer- und Kernspin-Tomographen sowie Gamma-Kameras. Insgesamt wurden am 31.12.2008 in den deutschen Krankenhäusern 9 891 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 281 Geräte (2,9%). Vor allen Dingen bei den Kernspin-Tomographen (+6,7%) und den Koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+6,3%) sind Zuwachsraten zu verzeichnen, während

Tabelle 18-5

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2008

Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung	2008	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %
Insgesamt	9 891	2,9
Computer-Tomographen	1 344	2,8
Dialysegeräte	4 782	3,3
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	644	3,2
Gamma-Kameras	593	-2,6
Herz-Lungen-Maschinen	370	2,5
Kernspin-Tomographen	703	6,7
Koronarangiographische Arbeitsplätze	677	6,3
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	365	2,0
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	76	-3,8
Stoßwellenlithotripter	317	-0,6
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	20	-23,1

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

die Zahl der in den Krankenhäusern aufgestellten Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET) um 3,8% zurückgegangen ist.

Tabelle 18–5 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

18.3.2 Angebot nach Fachabteilungen

Über die fachlich-medizinische Struktur der Krankenhäuser gibt das Fachabteilungsspektrum Auskunft. Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärztinnen und Ärzten ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Tabelle 18–6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen nach Fachabteilungen für das Jahr 2008.

Auf Fachabteilungsebene blieben nur wenige Bereiche vom Bettenabbau verschont. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 3 594 Betten eingespart. Davon entfielen allein auf die Innere Medizin 1 680 und auf die Chirurgie 1 400 Betten. Aber es gab auch Bereiche mit zunehmender Bettenkapazität. So stieg die Zahl der aufgestellten Betten in der Geriatrie um 6,0% (+634) gegenüber 2007; am deutlichsten war der Bettenzuwachs mit +7,7% (+444 Betten) jedoch im Bereich der psychotherapeutischen Medizin. Trotz Reduzierung um insgesamt 3 080 Betten waren allein in den Fachabteilungen Innere Medizin (156 000) und Chirurgie (109 000) mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten (52,6%) aufgestellt. Hier wurden 10,7 Millionen (60,8%) aller vollstationären Behandlungsfälle (17,5 Millionen) versorgt.

Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 61,5% in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bis 89,2% in der Geriatrie. In allen psychiatrischen Fachabteilungen waren die Betten zu mehr als 90% ausgelastet.

Die Zahl der Behandlungsfälle nahm gegenüber 2007 um 341 000 (+2,0%) zu. Rund zwei Drittel dieser Zunahme (247 000 Behandlungsfälle) entfallen auf die Innere Medizin und die Chirurgie. Die deutlichste Steigerung im Vergleich zum Vorjahr fand in der Geriatrie statt (+7,8%). Lediglich in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie in der Strahlentherapie ging die Zahl der Behandlungsfälle um 28 000 (1,6%) bzw. 300 (0,3%) zurück.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung variierte zwischen knapp vier Tagen in der Augenheilkunde und sechzehn Tagen in der Geriatrie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,1 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit 41,4 Tagen mehr als fünfmal so lange.

Abbildung 18–2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte nach Bundesländern. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. In achtzehn von einundzwanzig ausgewiesenen Fachabteilungen (ohne „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“) lag die Bettendichte in Bremen über dem Bundesdurchschnitt, in zehn dieser Fachabteilungen, darunter in der Inneren Medizin, verfügte Bremen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern über die meisten Betten je 100 000 Einwohner (Tabelle 18–7).

Tabelle 18-6
Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2008

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt	Aufgestellte Betten	Nutzungsgrad der Betten	Fallzahl	durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl	in %	Anzahl	in Tagen	
Fachabteilungen insgesamt	8 469	503 360	77,4	17 519 579	8,1
Allgemeine Fachabteilungen					
Augenheilkunde	332	5 212	62,3	340 259	3,5
Chirurgie	1 272	109 121	74,1	4 038 293	7,3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	957	36 961	61,5	1 738 078	4,8
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	745	11 608	63,3	588 573	4,6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	119	4 725	77,9	184 210	7,3
Herzchirurgie	67	3 977	86,9	116 238	10,9
Innere Medizin	1 336	155 594	79,5	6 619 324	6,8
Geriatric	209	11 233	89,2	227 838	16,1
Kinderchirurgie	79	1 924	61,9	121 089	3,6
Kinderheilkunde	369	19 563	66,4	962 240	4,9
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	193	2 179	66,9	98 917	5,4
Neurochirurgie	165	6 664	82,4	225 222	8,9
Neurologie	396	21 010	84,3	768 901	8,4
Nuklearmedizin	113	931	60,0	52 675	3,9
Orthopädie	407	23 857	74,1	745 480	8,7
Plastische Chirurgie	127	1 997	64,3	72 477	6,5
Strahlentherapie	158	3 125	70,5	90 672	8,9

Tabelle 18-6

Fortsetzung

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt		Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der Betten		Fallzahl		durchschnittliche Verweildauer	
	Anzahl		in %		Anzahl		in Tagen			
Urologie	511	15 083	72,9	725 504	5,5					
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	211	4 139	73,6	143 071	7,8					
Psychiatrische Fachabteilungen										
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	133	5 168	92,2	42 185	41,4					
Psychiatrie und Psychotherapie	412	53 061	93,0	779 717	23,2					
Psychotherapeutische Medizin	158	6 228	90,2	51 441	40,0					

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Tabelle 18-7
Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2008

Fachabteilungsbezeichnung	Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner																
	Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Fachabteilungen insgesamt	613	551	603	567	603	806	645	580	629	526	683	634	645	626	693	551	700
Allgemeine Fachabteilungen	534	473	524	497	528	709	565	505	553	458	599	562	584	550	608	451	623
Augenheilkunde	6	7	6	8	4	13	10	5	6	5	6	6	11	7	7	5	7
Chirurgie	133	121	138	115	122	145	140	126	115	123	149	148	123	129	140	111	140
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45	45	44	36	41	57	36	44	44	38	52	52	37	45	48	34	47
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14	14	13	11	13	31	16	14	18	12	15	17	14	13	18	8	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	5	8	5	4	7	5	5	6	5	6	2	6	7	9	5	11
Herzchirurgie	5	4	4	5	6	12	9	5	6	4	4	5	5	7	6	4	6
Innere Medizin	189	166	189	170	177	230	159	167	205	164	214	203	212	216	227	156	221
Geriatric	14	4	3	32	27	36	47	24	1	5	22	4	15	2	11	20	20
Kinderchirurgie	2	2	3	3	-	6	5	1	7	2	2	1	2	3	4	1	3
Kinderheilkunde	24	22	22	22	25	37	28	19	33	19	27	22	27	29	37	18	30
Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie	3	2	2	4	2	8	3	2	5	3	3	2	3	2	2	3	3
Neurochirurgie	8	6	8	10	8	17	12	7	12	9	8	7	11	6	10	10	10
Neurologie	26	23	22	22	38	28	32	29	40	25	25	24	45	22	27	23	32
Nuklearmedizin	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2

Tabelle 18-7
Fortsetzung

Fachabteilungsbezeichnung	Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner																
	Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Orthopädie	29	25	33	25	35	52	8	28	26	21	31	31	34	30	27	29	43
Plastische Chirurgie	2	2	3	3	-	3	2	2	-	2	3	4	2	1	3	1	-
Strahlentherapie	4	4	3	4	5	5	4	3	6	3	4	3	5	5	4	1	6
Urologie	18	16	18	14	18	11	20	18	18	16	22	22	21	18	23	13	22
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	5	5	6	5	2	7	27	5	5	1	3	7	10	6	5	7	5
Psychiatrische Fachabteilungen	78	78	79	70	74	97	80	75	76	69	85	72	61	76	85	100	77
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6	5	4	5	8	8	6	7	10	7	6	4	4	9	13	9	11
Psychiatrie und Psychotherapie	65	64	52	60	66	87	68	64	62	58	76	60	57	63	65	79	64
Psychotherapeutische Medizin	8	10	23	4	-	3	5	4	4	4	2	8	-	5	6	12	1

- = nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5 aber größer Null

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen hatten Schleswig-Holstein und Bremen 2008 eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte. Während im Bundesdurchschnitt 78 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung zur Verfügung standen, waren es in Schleswig-Holstein 100 und in Bremen 97 Betten je 100 000 Einwohner. Demgegenüber bildete das Saarland mit lediglich 61 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung das Schlusslicht.

18.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2008 waren knapp 1,1 Mio. Personen in den Krankenhäusern beschäftigt. 139 000 Beschäftigte waren als hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen tätig; 939 000 Beschäftigte (darunter 74 000 Schüler und Auszubildende) waren dem nichtärztlichen Dienst zuzurechnen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen erneut um 3 000 (+2,2%) Beschäftigte, während die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen um 8 000 (+0,8%) Beschäftigte zunahm. 14,8% des ärztlichen und 44,0% des nichtärztlichen Personals sind teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Um den Auswirkungen unterschiedlicher Beschäftigungsmodelle (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung) und kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse angemessen Rechnung zu tragen, wird zusätzlich zur Kopfzahl am Erhebungsstichtag 31.12. des Jahres die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) erhoben. Die Krankenhausstatistik verwendet für diese Größe den Begriff Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Insgesamt gab es knapp 798 000 Vollkräfte, von denen 128 000 im ärztlichen Dienst und gut 669 000 im nichtärztlichen Dienst arbeiteten; 300 000 Vollkräfte wurden allein im Pflegedienst gezählt. Die Gesamtzahl der Vollkräfte erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 0,7%, die Anzahl ärztlicher Vollkräfte nahm sogar um 1,7% zu.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen über das Geschlecht und den Beschäftigungsumfang der Beschäftigten. 41,7% der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2008 Frauen (Tabelle 18–8). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine weitere Zunahme um 1,4 Prozentpunkte, gegenüber 1998 sogar um 9,0 Prozentpunkte. Mit steigender Hierarchiestufe nahm der Frauenanteil an den Krankenhausärzten deutlich ab. Während jede zweite Assistenzarztstelle (51,3%) von einer Frau besetzt wurde, war es bei den Oberärzten nur noch jede vierte Stelle (24,1%). Der Frauenanteil an den leitenden Ärzten lag bei nur noch 8,8%.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch der Beschäftigungsumfang. 1998 waren 15,0% der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 2008 war es bereits jede vierte Frau (26,7%). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 2,7% auf 6,4%. Insgesamt gab es knapp 21 000 (14,8%) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2008 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Mit 865 000 Beschäftigten (ohne Schüler und Auszubildende) lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter gut sechs Mal so hoch wie die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten (396 000) waren im Pflegedienst tätig (45,8%). An zweiter

Tabelle 18-8
Frauen- und Teilzeitanteil 1998 bis 2008

Jahr	Hauptamtliche Ärzte ¹⁾				Nichtärztliches Personal ²⁾				
	Insgesamt	darunter Frauen	Frauen-anteil	Teilzeit-anteil	Insgesamt	darunter Frauen	Frauen-anteil	Teilzeit-anteil	Teilzeit-beschäftigte insgesamt
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	Anzahl
1998	108 367	35 464	32,7	6,8	911 216	732 458	80,4	32,8	298 516
1999	109 888	36 278	33,0	7,5	903 155	725 468	80,3	33,5	302 541
2000	111 580	37 106	33,3	7,6	897 401	721 142	80,4	34,7	311 730
2001	113 593	38 572	34,0	8,3	899 420	723 132	80,4	36,0	324 099
2002	116 061	40 334	34,8	10,6	907 871	723 794	79,7	36,9	335 262
2003	118 486	42 170	35,6	12,2	890 122	711 320	79,9	38,6	343 725
2004	129 817	48 609	37,4	12,3	868 048	694 980	80,1	40,3	349 404
2005	131 115	50 004	38,1	13,1	859 709	688 666	80,1	41,8	359 248
2006	133 649	52 598	39,4	13,7	858 088	687 692	80,1	42,9	367 694
2007	136 267	54 963	40,3	13,6	858 151	687 236	80,1	43,3	371 767
2008	139 294	58 035	41,7	14,8	865 027	693 884	80,2	44,0	380 687

¹⁾ Ohne Zahnärzte.

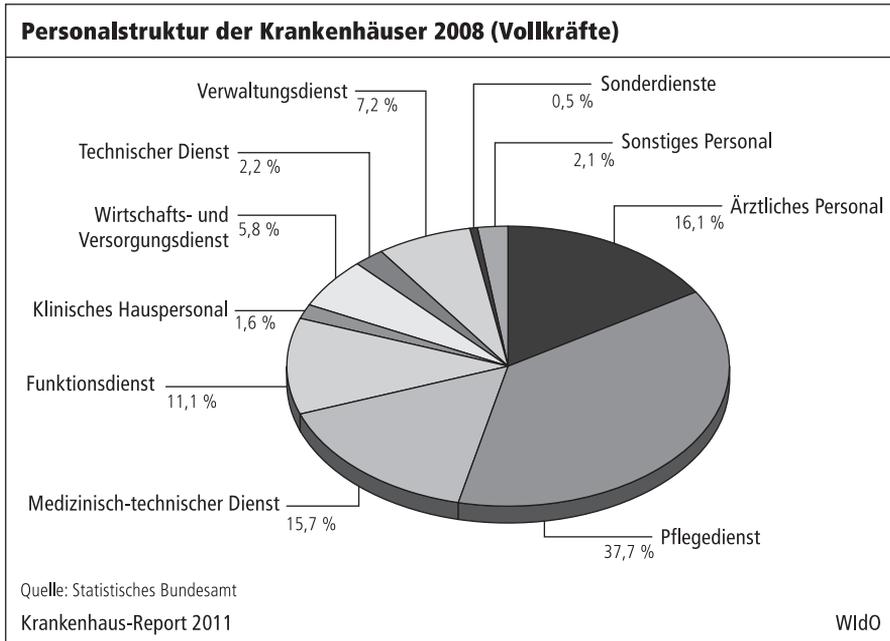
²⁾ Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Abbildung 18–5



Stelle folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Krankengymnasten, Apothekenpersonal, Logopäden) mit 18,6% und der Funktionsdienst (z. B. Operationsdienst, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankentransportdienst) mit 12,8%.

Der Frauenanteil beim nichtärztlichen Personal war 2008 mit 80,2% annähernd doppelt so hoch wie der Anteil weiblicher Beschäftigter beim ärztlichen Personal (41,7%). Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (86,4%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 93,4% und 83,3%. Der Anteil teilzeit- und geringfügig Beschäftigter ist im nichtärztlichen Bereich im Vergleich zu den hauptamtlichen Ärzten und Ärztinnen dreimal so hoch: 44,0% im Jahr 2008. Zehn Jahre zuvor waren es gerade mal 32,8%.

Zusammenfassend gibt Abbildung 18–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2008. Als Grundlage wurden die 798 000 Vollkräfte gewählt.

Die Personalstruktur variierte je nach Krankenhausträger. Bei den Krankenhäusern öffentlicher Träger gehörten 16,3% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren dies lediglich 15,6%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (40,4%) und am niedrigsten bei den öffentlichen Krankenhäusern mit 35,6% (siehe auch Zusatztabelle 18–c im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Tabelle 18–9

Vollkräfte und Personalbelastungszahl¹⁾ 2008 nach Bundesländern

Bundesland	darunter			
	Vollkräfte insgesamt ²⁾	ärztlicher Dienst ³⁾	Pflege-dienst	med.-techn. Dienst
Deutschland	797 554	128 117	300 417	125 438
Baden-Württemberg	102 784	16 021	35 973	17 511
Bayern	123 155	19 487	45 076	19 293
Berlin	36 290	6 798	12 425	6 543
Brandenburg	20 407	3 460	8 682	2 760
Bremen	9 521	1 576	3 685	1 382
Hamburg	20 598	4 013	8 001	3 144
Hessen	53 820	8 436	20 881	7 991
Mecklenburg-Vorpommern	17 495	2 933	6 442	3 070
Niedersachsen	69 611	10 729	25 975	11 026
Nordrhein-Westfalen	179 265	28 871	69 259	27 587
Rheinland-Pfalz	38 059	5 666	14 782	5 379
Saarland	12 506	1 844	4 741	1 831
Sachsen	39 375	6 510	15 530	5 707
Sachsen-Anhalt	25 447	3 784	10 225	4 324
Schleswig-Holstein	25 832	4 230	9 751	4 229
Thüringen	23 390	3 759	8 991	3 661
Durchschnittlich je Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgende Betten⁴⁾				
Deutschland	179	1 113	474	1 136
Baden-Württemberg	157	1 008	449	922
Bayern	173	1 094	473	1 105
Berlin	161	857	469	890
Brandenburg	220	1 295	516	1 624
Bremen	160	964	412	1 100
Hamburg	166	854	428	1 090
Hessen	184	1 175	475	1 240
Mecklenburg-Vorpommern	174	1 036	471	989
Niedersachsen	179	1 158	478	1 127
Nordrhein-Westfalen	190	1 179	491	1 234
Rheinland-Pfalz	179	1 205	462	1 270
Saarland	166	1 127	438	1 135
Sachsen	194	1 174	492	1 339
Sachsen-Anhalt	184	1 234	457	1 080
Schleswig-Holstein	179	1 095	475	1 095
Thüringen	195	1 213	507	1 245

¹⁾ Die Personalbelastungszahl bezieht sich nur auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Ambulante und teilstationäre Leistungen fließen nicht in diese Maßzahl ein.

²⁾ Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen, ohne Personal der Ausbildungsstätten.

³⁾ Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen.

⁴⁾ Berechnung: Berechnungs-/Belegungstage dividiert durch Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Sie gibt an, wie viele vollstationär belegte Betten (= Berechnungs-/Belegungstage) eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu betreuen hatte.

Der Vergleich der Personalausstattung der Krankenhäuser in Deutschland nach Ländern basiert auf der sog. Personalbelastungszahl.¹¹ Hierzu wird die Zahl der Vollkräfte der Zahl der im Berichtsjahr angefallenen Berechnungs- und Belegungstage, die der Zahl der belegten Betten entspricht, gegenübergestellt. Die so ermittelte Kennziffer gibt die Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Betten an. Tabelle 18–9 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2008 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Patienten betrauten Personalgruppen.

Die Personalbelastung ist für die einzelnen Beschäftigtengruppen unterschiedlich hoch. Dabei ist für den besonders betreuungsintensiven Pflegedienst eine im Vergleich zum ärztlichen Dienst oder zum medizinisch-technischen Dienst niedrige Kennzahl charakteristisch. Während eine Vollkraft im Pflegedienst im Bundesdurchschnitt 474 Betten betreute, waren andere Vollkräfte für mehr als doppelt so viele Betten zuständig (ärztlicher Dienst: 1 113 Betten, medizinisch-technischer Dienst: 1 136 Betten).

Auch regional gab es erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Personalbelastung einzelner Beschäftigtengruppen. Mit durchschnittlich 854 belegten Betten im Jahr hatte eine ärztliche Vollkraft in Hamburg die geringste Belastungszahl, gefolgt von Berlin mit 857 Betten. Ein Grund für die niedrigen Werte in Hamburg und Berlin ist möglicherweise die Personalbindung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung und Lehre, deren relative Bedeutung innerhalb der Krankenhauslandschaft der Stadtstaaten grundsätzlich höher ist. Ein Krankenhausarzt in Brandenburg hingegen hatte die mit Abstand meisten Betten (1 295) zu betreuen, gefolgt von Sachsen-Anhalt (1 234 Betten) und Thüringen (1 213 Betten). Auch die Pflegekräfte in den neuen Bundesländern waren für deutlich mehr Betten zuständig als das Pflegepersonal im Bundesdurchschnitt (474). Spitzenreiter ist Brandenburg mit 516 Betten; es folgen Thüringen mit 507 und Sachsen mit 492 Betten. Die im regionalen Vergleich geringste Bettenzahl (412) hatte eine Pflegekraft in Bremen zu betreuen.

18.4 Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Das vielfältige Spektrum der Behandlungsformen im Krankenhaus geht weit über die klassische vollstationäre, d. h. ganztägige Behandlung hinaus und umfasst auch teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachte Leistungen. Diese ineinander greifenden Behandlungsformen werden in der Krankenhausstatistik in unterschied-

¹¹ Die bislang angewandte und hier beschriebene Methode zur Ermittlung der Personalbelastungszahl ist umstritten, da sie den Zeitfaktor unberücksichtigt lässt. Ein belegtes Krankenhausbett erfordert 24 Stunden Betreuung je Tag. Eine Vollkraft steht jedoch an durchschnittlich 220 Arbeitstagen im Jahr (nur) 8 Stunden täglich zur Verfügung. Künftig soll der Zeitfaktor bei der Ermittlung der Personalbelastungszahl berücksichtigt werden. Damit wird den tatsächlichen Beschäftigungsbedingungen im Krankenhausalltag Rechnung getragen und ein realistischer Vergleich mit anderen Beschäftigungsbereichen außerhalb der Krankenhäuser möglich. Auf die Aussagekraft der Personalbelastungszahl im regionalen Vergleich hat die beabsichtigte Änderung keinen Einfluss.

licher Tiefe abgebildet, wobei der herkömmlichen vollstationären Behandlung das Hauptinteresse gilt.

18.4.1 Vollstationäre Behandlungen

17,5 Mio. vollstationär behandelte Patienten¹² wurden im Berichtsjahr 2008 gezählt. Das sind 341 000 oder 2,0% mehr gegenüber dem Vorjahr und zugleich die höchste Fallzahl, die seit Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991 festgestellt wurde. Möglicherweise ist dieser Trend durch die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen, haben Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Zahl der Krankenhausfälle.¹³ Um solche Effekte zu kontrollieren, wird die absolute Fallzahl üblicherweise standardisiert. Hierbei wird eine einheitliche Altersstruktur für alle Vergleichsjahre bzw. -regionen angenommen. Standardisierte Fallzahlen lassen sich in der Krankenhausstatistik nur mit Hilfe der Diagnosedaten ermitteln, die Angaben zum Alter und Geschlecht der Patienten enthalten. Für 2008 ergab sich eine altersstandardisierte Rate von 20291 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner.¹⁴ Damit lag die standardisierte Fallzahl um 1,4% über der des Vorjahres (20 003). Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 19 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2008 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage¹⁵ sank gegenüber 2007 geringfügig um 358 000 oder 0,3%. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2008 durchschnittlich 8,1 Tage.¹⁶ Dies waren 0,2 Tage weniger als im Vorjahr und 2,1 Tage weniger als 1998.

18.4.2 Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen

Um der zunehmenden Bedeutung von nicht rein vollstationären Behandlungsformen in Krankenhäusern gerecht zu werden, werden seit 2002 neben den vollstationären Behandlungen auch einzelne Merkmale im Bereich der teil-, vor- und nachstationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik detaillierter erfasst.¹⁷

12 Die Fallzahl in den Grunddaten der Krankenhäuser ermittelt sich aus der Summe der vollstationären Aufnahmen (Patientenzugang) und der Summe der Entlassungen aus vollstationärer Behandlung einschließlich der Sterbefälle (Patientenabgang) im Berichtsjahr, dividiert durch 2.

13 Vgl. die ausführliche Darstellung der Modellrechnungen der Krankenhausfälle für 2020 und 2030 in „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“

14 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ (Ergebnis der letzten Volkszählung).

15 Berechnungstage sind die Tage, für die tagesgleiche Pflegesätze (Basispflegesatz, Abteilungspflegesatz oder teilstationäre Pflegesätze) in Rechnung gestellt (berechnet) werden. Unter einem Belegungstag wird ein Tag verstanden, an dem ein aufgestelltes Bett von einem Patienten bzw. einer Patientin vollstationär belegt wurde. Innerhalb des pauschalierten Entgeltsystems ist der Belegungstag das Äquivalent zum Begriff des Berechnungstags innerhalb der Bundespflegegesetzverordnung.

16 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

17 Vor Inkrafttreten der Ersten Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden erfordert. Sie wird vorwiegend in einer Tages- oder Nachtambulanz angeboten. Die Patientinnen und Patienten verbringen dabei nur den entsprechenden Tagesabschnitt in ärztlicher Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. 2008 wurden in den Krankenhäusern insgesamt 702 000 teilstationäre Behandlungen¹⁸ durchgeführt. Dies waren 4,1 % mehr als im Jahr zuvor. Mehr als die Hälfte (54,5 %) aller teilstationären Behandlungen erfolgte in der Inneren Medizin. Innerhalb dieses Fachbereichs entfielen allein 42,4 % aller Behandlungen auf das Teilgebiet Nephrologie (z. B. Dialyse), weitere 22,0 % auf das Teilgebiet Hämatologie und internistische Onkologie (z. B. Chemotherapie).

Vorstationäre Behandlungen werden im Vorfeld einer anstehenden vollstationären Behandlung, z. B. für Voruntersuchungen, erbracht. In diesem Bereich wurden knapp 3 Mio. Behandlungsfälle im Jahr 2008 gezählt, rund 280 000 bzw. 10,2 % mehr als 2007. Im Vergleich zu 2002 ist die Zahl der vorstationären Behandlungen um das anderthalbfache gestiegen. Jede dritte Behandlung dieser Art (34,2 %) wurde 2008 in der Fachabteilung Chirurgie durchgeführt, gefolgt von der Inneren Medizin mit 23,2 % aller vorstationären Behandlungen.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit insgesamt 820 000 Behandlungen stieg ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 5,0 %. Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (39,1 %), weitere 14,4 % in der Inneren Medizin.

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2008 um 4,5 Mio. Fälle.

18.4.3 Ambulante Operationen

Seit 2002 wird in der Krankenhausstatistik darüber hinaus auch die Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus erfasst. Nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen, und zwar in dem Umfang, der in einem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe festgelegt ist.

Knapp zwei Drittel aller Krankenhäuser (62,6 %) führten im Jahr 2008 rund 1,8 Mio. ambulante Operationen durch. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der ambulant operierten Patientinnen und Patienten erneut um 120 000 bzw. 7,3 %. Im Ver-

18 Die Fallzählung (Anzahl der Behandlungen) hängt von der Art der Abrechnung teilstationärer Leistungen ab: Sind für teilstationäre Leistungen, die über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) abgerechnet werden, fallbezogene Entgelte vereinbart worden, zählt jede abgerechnete Patientin/jeder abgerechnete Patient als ein Fall; sind dagegen tagesbezogene Entgelte vereinbart worden, werden Patientinnen und Patienten, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt wurden, je Quartal als ein Fall gezählt. Die Quartalszählung ist auch anzuwenden bei teilstationären Leistungen nach § 13 Abs. 1 BpflV (Bundespflegeverordnung), die mit einem gesonderten Pflegegesetz abgerechnet werden.

Tabelle 18–10

Behandlungsformen in Krankenhäusern

Jahr	Behandlungsfälle ¹⁾				Ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
Anzahl					
2002	17 432 272	376 473	1 169 529	747 206	575 613
2003	17 295 910	502 470	1 417 411	755 096	724 310
2004	16 801 649	511 137	1 670 652	661 274	1 160 573
2005	16 539 398	527 213	1 965 027	654 277	1 371 708
2006	16 832 883	623 657	2 266 670	703 488	1 513 716
2007	17 178 573	675 082	2 714 169	781 197	1 638 911
2008	17 519 579	702 649	2 991 986	820 371	1 758 305
Vergleichsjahr					
2007	2,0	4,1	10,2	5,0	7,3
2002	0,5	86,6	155,8	9,8	205,5

¹⁾ Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

gleich zu 2002 hat sich die Zahl der ambulanten Operationen verdreifacht. Die dynamische Entwicklung dieses Leistungsbereichs macht den Wandel im Leistungsspektrum der Krankenhäuser deutlich. Die traditionell strikte Trennung von stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung in Deutschland wird dadurch nach und nach aufgebrochen (Tabelle 18–10).

18.5 Psychiatrische Krankenhäuser

Von insgesamt 2083 Krankenhäusern im Jahr 2008 waren 243 (11,7%) psychiatrische Einrichtungen mit insgesamt 39 000 Betten (7,8% aller Krankenhausbetten), in denen 526 000 Patientinnen und Patienten ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch und neurologisch behandelt wurden.¹⁹

Im Vergleich zu 1998 hat sich die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser um fast ein Viertel (48 Einrichtungen) erhöht. Zugenommen hat vor allem die Zahl kleiner und mittlerer Häuser mit weniger als 100 bzw. 100 bis 199 Betten, die zusammen mehr als zwei Drittel (68,7%) aller psychiatrischen Krankenhäuser ausmachten. Die Zahl der aufgestellten Betten lag 2008 um 1 200 über der Bettenzahl

¹⁹ Betrachtungszeitraum sind die Berichtsjahre 1998 bis 2001 und ab 2005. Die Jahre 2002 bis 2004 sind wegen einer abweichenden Abgrenzung der psychiatrischen Krankenhäuser (Einbeziehung von Krankenhäusern mit ausschließlich neurologischen Betten) nicht vergleichbar.

von 1998 (37900). Die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung sank von 194 Betten im Jahr 1998 auf nur noch 161 Betten im Jahr 2008. Während des gesamten Betrachtungszeitraums lag die durchschnittliche Bettenauslastung der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich über der Allgemeiner Krankenhäuser (82,1% im Jahr 1998, 2008 nur noch 76,2%) und erreichte im Jahr 2008 mit 91,7% ihren bislang höchsten Wert. Die als Indikator einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung angestrebte Bettenauslastung von 85% wird in den psychiatrischen Krankenhäusern seit 1998 regelmäßig überschritten.

Die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage lag mit 13,1 Mio. 2008 um 10,2% (+1,2 Mio.) über dem Ergebnis des Jahres 1998. Zugleich stieg die Zahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten um 166 000 (+46,2%) auf 526 000. Dies führte zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten um ein Viertel: Dauerte im Jahr 1998 der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus durchschnittlich 33,1 Tage, waren es 2008 nur noch 24,9 Tage.

Die Zahl der in den psychiatrischen Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte hat im Vergleich zum Vorjahr um 720 zugenommen. Betrachtet man die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre in den einzelnen Beschäftigtengruppen, wird eine Veränderung der Personalstruktur im Vergleich zu 1998 deutlich. Die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte hat sich im Zeitraum 1998 bis 2008 nur geringfügig um 300 (0,8%) erhöht. Im Pflegedienst, in dem mehr als die Hälfte (55,3%) der nichtärztlichen Vollkräfte beschäftigt ist, war sogar ein Rückgang um 400 auf verbleibende 23 900 Kräfte zu verzeichnen. Dies führt zu einer gestiegenen Personalbelastung der Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern. War eine Pflegevollkraft 1998 im Jahresdurchschnitt noch für 489 belegte Betten zuständig, so waren es im Jahr 2008 bereits 548 Betten. Demgegenüber nahm die Zahl der ärztlichen Vollkräfte seit 1998 um 1 200 auf 5 300 Beschäftigte zu. Dadurch sank die Zahl der Betten, die eine ärztliche Vollkraft im Jahresdurchschnitt zu versorgen hatte, von 2 894 im Jahr 1998 auf 2 478 belegte Betten im Jahr 2008 (Tabelle 18–11).

18.6 Kosten der Krankenhäuser

18

Der mehrfache Wechsel des Kostenermittlungsprinzips²⁰ seit 1991 hat zur Folge, dass ein Vergleich der Krankenhauskosten über einen längeren Zeitraum nur auf der Basis der bereinigten Kosten²¹ möglich ist. Diese Vergleichbarkeit wird durch die ab

20 Seit 2002 werden die Kosten der Krankenhäuser (wie schon in den Jahren 1991 bis 1995) wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Bei dieser Art der Kostenermittlung werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die Kosten für nichtstationäre Leistungen (z. B. für Ambulanz, Forschung und Lehre, wahlärztliche Leistungen) bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Demgegenüber wurden in den Jahren 1996 bis 2001 die Kosten nach dem Nettoprinzip ermittelt, wodurch ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z. B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich ist. Der 10-Jahres-Vergleich (Ergebnisse des Berichtsjahres 1998) ist deshalb nur in Bezug auf bereinigte Kosten möglich.

21 Die bereinigten Kosten ergeben sich als Differenz aus den Gesamtkosten und den Abzügen für bspw. wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz etc.

Tabelle 18-11
Eckdaten der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatriischen und neurologischen Betten*

Gegenstand der Nachweisung	2008	2007	2006	2005	2001	2000	1999	1998
Anzahl der Krankenhäuser	243	239	235	234	196	194	192	195
Krankenhäuser mit ... Betten								
unter 100	103	100	97	95	72	70	70	73
100-199	64	66	65	64	50	51	49	47
200-499	72	67	67	68	66	65	65	65
500 und mehr	4	6	6	7	8	8	8	10
Aufgestellte Betten	39072	38785	38481	38869	36438	36537	36322	37859
Bettenauslastung	91,7	91,5	90,5	89,4	89,0	88,5	88,2	86,1
Stationär beh. Patienten	526303	508028	493430	494808	422728	400735	377885	360014
Berechnungs-/Belegungstage	13111271	12949568	12706439	12683673	11831520	11836216	11689440	11899976
Durchsch. Verweild. in Tagen	24,9	25,5	25,8	25,6	28,0	29,5	30,9	33,1
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	48604	47884	47673	48230	46475	46369	45750	47102
davon: – Ärztliches Personal	5290	5209	5156	5119	4301	4261	4049	4112
– Nichtärztliches Personal	43314	42676	42517	43112	42174	42108	41701	42990
davon: Pflegedienst	23935	23699	23727	24063	24024	24011	23690	24326
dar: in der Psychiatrie tätig	22280	21793	21980	22433	22581	22690	22278	22743
– Med.-tech. Dienst	6671	6406	6193	6154	5300	5217	5137	5134
– Funktionsdienst	2375	2314	2298	2353	2291	2278	2214	2282
– Übriges Personal	10333	10257	10299	10541	10559	10602	10660	11248

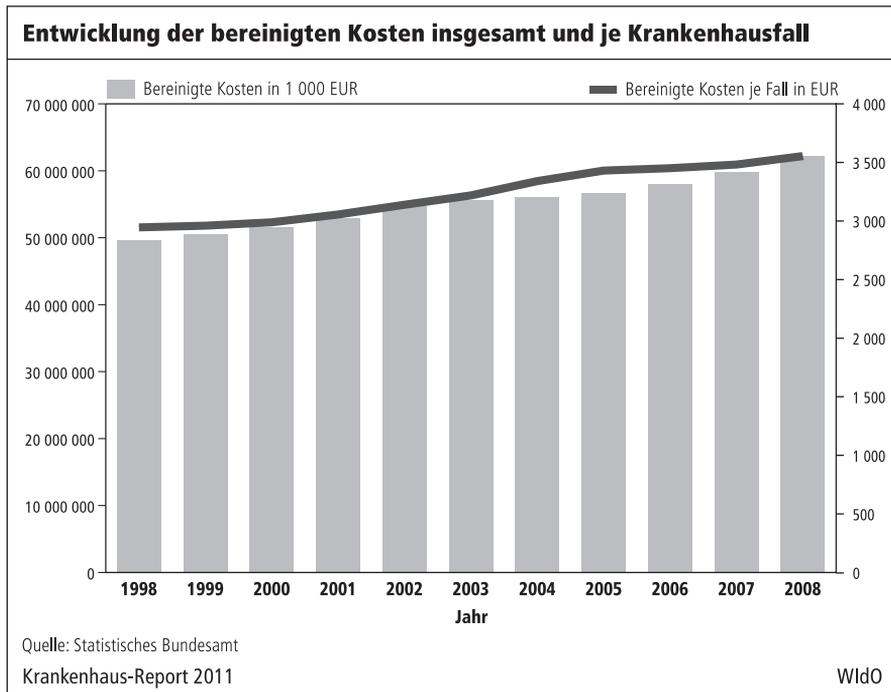
* Die Abgrenzung zwischen Allgemeinen und Sonstigen Krankenhäusern ab dem Jahr 2005 entspricht wieder der bis einschließlich Berichtsjahr 2001 geltenden Regelung, d.h.: Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten werden wieder zu den Allgemeinen Krankenhäusern gezählt. Zu den Sonstigen Krankenhäusern gehören seit 2005 (neben den Reinen Tages- und Nachtkliniken) nur noch Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatriischen, psychotherapeutischen oder neurologischen Betten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WiDo

Abbildung 18–6



2007 geänderte Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten²², mit der den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen wird, weiter eingeschränkt. So führt die neu hinzu gekommene gesonderte Erhebung der „Aufwendungen für den Ausbildungsfonds“²³ zu einer Erhöhung sowohl der Brutto-Gesamtkosten als auch der bereinigten Kosten der Krankenhäuser. Bei der Betrachtung der langfristigen Entwicklung der Krankenhauskosten bleiben die erstmalig im Jahr 2007 erhobenen Aufwendungen für den Ausbildungsfonds unberücksichtigt.

Die Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Fall seit 1998 ist in Abbildung 18–6 dargestellt. Die zugrunde liegenden bereinigten Kosten des Jahres 2008 i. H. v. 62,3 Mrd. Euro setzen sich zusammen aus den Kosten der Krankenhäuser insgesamt (71,1 Mrd. Euro) zuzüglich der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten i. H. v. 0,5 Mrd. Euro) und abzüglich der Abzüge (9,4 Mrd. Euro). Ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds erge-

22 Die Erhebung der Ausbildungsstätten-Umlage ist weggefallen; die Kosten der Ausbildungsstätten setzen sich nur noch aus Personal- und Sachkosten zusammen. Neu hinzugekommen ist ab 2007 die gesonderte Erhebung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.

23 Die in zahlreichen Bundesländern eingerichteten Ausbildungsfonds werden durch Einzahlungen aller Krankenhäuser gebildet; die in den Fonds angesammelten Mittel dienen der Finanzierung der Ausbildungsbudgets der Krankenhäuser.

Tabelle 18-12
Krankenhauskosten nach Kostenarten 2008

Kostenart ¹⁾	Insgesamt	Anteil an den	Veränderung der	Brutto-Kosten
	in 1000 EUR	Brutto-Gesamt- kosten	absoluten Werte zum Vorjahr	je vollstationärer Fall
			in %	in EUR
Personalkosten insgesamt	43 365 435	59,7	3,4	2 475
Ärztlicher Dienst	12 117 432	16,7	6,3	692
Pflegedienst	14 231 959	19,6	2,3	812
Medizinisch-technischer Dienst	5 844 196	8,0	4,3	334
Funktionsdienst	4 228 514	5,8	4,4	241
Klinisches Hauspersonal	387 985	0,5	-6,8	22
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1 658 771	2,3	-2,9	95
Technischer Dienst	833 936	1,1	-0,2	48
Verwaltungsdienst	2 830 485	3,9	3,4	162
Sonderdienste	211 584	0,3	3,6	12
Sonstiges Personal	352 941	0,5	8,6	20
Nicht zurechenbare Personalkosten	667 630	0,9	-9,1	38
Sachkosten insgesamt	27 328 621	37,6	6,3	1 560
Lebensmittel	1 553 062	2,1	9,6	89
Medizinischer Bedarf	13 021 491	17,9	6,4	743
dar.: Arzneimittel	3 049 103	4,2	3,8	174
Blut, Blutkonserven und -plasma	791 184	1,1	7,9	45
Verband-, Heil-, Hilfsmittel	253 506	0,3	6,0	14
Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente	1 437 992	2,0	6,7	82
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1 551 309	2,1	5,7	89
Laborbedarf	972 841	1,3	4,6	56
Wasser, Energie, Brennstoffe	1 932 805	2,7	10,9	110
Wirtschaftsbedarf	2 565 543	3,5	6,5	146

Tabelle 18-12
Fortsetzung

Kostenart ¹⁾	Insgesamt	Anteil an den	Veränderung der	Brutto-Kosten
	in 1 000 EUR	Brutto-Gesamt- kosten	absoluten Werte zum Vorjahr	je vollstationärer Fall
		in %		in EUR
Verwaltungsbedarf	1 769 407	2,4	6,0	101
Zentrale Verwaltungsdienste	551 194	0,8	-1,2	31
Zentrale Gemeinschaftsdienste	328 601	0,5	13,6	19
Versicherungen und sonstige Abgaben	670 855	0,9	-1,3	38
Pflegesatzfähige Instandhaltung	3 138 795	4,3	3,3	179
Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter	64 621	0,1	0,4	4
Sonstiges	1 732 248	2,4	7,0	99
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	342 424	0,5	11,9	20
Steuern	112 924	0,2	-4,7	6
Kosten der Krankenhäuser insgesamt	71 149 404	97,9	4,5	4 061
Kosten der Ausbildungsstätten	511 387	0,7	6,5	29
Aufwendungen für den Ausbildungsfonds	977 782	1,3	52,9	56
Brutto-Gesamtkosten	72 638 573	100,0	5,0	4 146
Abzüge insgesamt	9 393 169	12,9	7,4	536
Ambulanz	3 128 104	4,3	8,2	179
Wissenschaftliche Forschung und Lehre	2 419 163	3,3	3,8	138
Sonstige Abzüge	3 845 903	5,3	9,2	220
Bereinigte Kosten	63 245 404	87,1	4,6	3 610

¹⁾ Kein Vergleich mit den Kosten der Jahre 1996 bis 2001 möglich, da ein anderes Kostenermittlungsprinzip (Nettoprinzip) zugrunde liegt. Nur bereinigte Kosten können über den Wechsel unterschiedlicher Kostenermittlungsprinzipien hinaus verglichen werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Tabelle 18-13

Brutto-Gesamtkosten je vollstationärer Behandlungsfall 2008 nach Ländern

Bundesland	Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser ¹⁾											Abzige	Bereinigte Kosten
	Insgesamt	Kosten der Ausbildungsstätten	Aufwendungen für den Ausbildungsfonds	zusammen			Kosten der Krankenhäuser			Steuern	Zinsen u. ähnliche Aufwendungen		
				zusammen	Personalkosten ²⁾	darunter ärztlicher Dienst	darunter Pflege-dienst	Sachkosten	zusammen				
in EUR													
Deutschland	4 146	29	56	4 061	2 475	692	812	1 560	743	20	6	536	3 610
Baden-Württemberg	4 625	31	72	4 522	2 842	776	896	1 652	829	19	8	783	3 842
Bayern	4 139	26	59	4 053	2 482	663	829	1 546	765	18	6	445	3 693
Berlin	4 778	35	51	4 691	2 721	831	783	1 942	816	16	12	816	3 962
Brandenburg	3 466	29	3	3 434	2 008	596	728	1 398	651	21	6	163	3 304
Bremen	4 492	29	44	4 419	2 814	782	905	1 574	814	26	4	625	3 867
Hamburg	5 040	34	22	4 984	2 823	867	849	2 078	889	81	1	903	4 137
Hessen	4 106	28	56	4 022	2 368	641	808	1 628	763	20	5	409	3 697
Mecklenburg-Vorpommern	3 700	15	-	3 686	2 175	650	717	1 481	722	17	12	429	3 271
Niedersachsen	4 190	34	78	4 077	2 537	692	824	1 515	718	20	5	626	3 564
Nordrhein-Westfalen	4 130	30	-	4 027	2 481	698	823	1 523	705	18	6	602	3 528
Rheinland-Pfalz	3 902	25	71	3 805	2 426	659	818	1 355	654	20	4	415	3 487
Saarland	4 423	47	88	4 288	2 634	688	922	1 631	770	17	6	426	3 997
Sachsen	3 507	24	8	3 475	2 006	580	684	1 452	705	6	12	247	3 260
Sachsen-Anhalt	3 724	24	4	3 695	2 258	628	752	1 424	721	9	5	327	3 397
Schleswig-Holstein	4 228	52	46	4 129	2 423	725	795	1 669	795	31	5	576	3 652
Thüringen	3 622	6	-	3 585	2 200	647	698	1 362	677	19	3	314	3 308

¹⁾ Es sind Rundungsdifferenzen in den Summen möglich, da diese auf Basis der absoluten Kostenangaben berechnet werden, und nicht aufgrund der Kosten in 1 000 Euro.

²⁾ Einschließlich der nicht zurechenbaren Personalkosten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

Wido

ben sich bei 17,5 Mill. vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten durchschnittliche Kosten von 3 554 Euro je Behandlungsfall.

Einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten des Jahres 2008 nach Kostenarten gibt Tabelle 18–12. Die Brutto-Gesamtkosten (einschl. Kosten der Ausbildungsstätten und der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) der Krankenhäuser insgesamt lagen bei 72,6 Mrd. Euro. Hieran hatten die Personalkosten in Höhe von 43,4 Mrd. Euro einen Anteil von 59,7%. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst allein machten zusammen einen Anteil von 60,8% an den gesamten Personalkosten aus. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Personalkosten der Krankenhäuser um 3,4%. Deutlich stärker, nämlich um 6,3%, nahmen die Sachkosten zu, die sich auf 27,3 Mrd. Euro beliefen. Knapp die Hälfte davon (13,0 Mrd. Euro) entfiel auf Kosten für den medizinischen Bedarf. Innerhalb dieser Kostenart hatten Arzneimittel mit 23,4% bzw. 3,0 Mrd. Euro den größten Anteil. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen.

Knapp 56% der Krankenhauskosten insgesamt (72,6 Mrd. Brutto-Gesamtkosten) entfielen auf Häuser in öffentlicher, 30% auf solche in freigemeinnütziger und lediglich 14% auf Häuser in privater Trägerschaft. Das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten ist bei den öffentlichen und den freigemeinnützigen Krankenhäusern in etwa gleich: 60% Personalkosten und 38% bzw. 37% Sachkosten. Im Vergleich dazu lag bei den privaten Häusern der Personalkostenanteil bei nur 57% gegenüber einem Sachkostenanteil von 40%.

Die um den nichtstationären Anteil, das heißt die Abzüge in Höhe von 9,4 Mrd. Euro bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) betragen 63,2 Mrd. Euro. Setzt man die bereinigten Kosten in Relation zur Anzahl der vollstationären Krankenhaufälle, so entstanden den Krankenhäusern 2008 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 3 610 Euro je Fall.

Die Höhe der bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) je Krankenhausfall variiert zwischen den Bundesländern. Hamburg nahm mit 4 137 Euro wie im Vorjahr die Spitzenposition ein, gefolgt vom Saarland mit durchschnittlich 3 997 Euro je Fall. Das hohe Niveau der bereinigten Kosten je Fall wird in Hamburg wie im Saarland ganz wesentlich durch das spezielle, im Allgemeinen kostenintensivere Behandlungsspektrum der Universitätskliniken beeinflusst. Dies wird deutlich an überdurchschnittlich hohen Personal- und Sachkosten. Am niedrigsten waren die durchschnittlichen bereinigten Fallkosten mit 3 260 Euro in Sachsen.

Zusätzlich zur regionalen Betrachtung der bereinigten Kosten stellt Tabelle 18–13 die (Brutto-)Gesamtkosten nach Kostenarten dar. So hatten die Krankenhäuser Sachsens mit durchschnittlich 2 006 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall. Bei den Personalkosten je Behandlungsfall liegt Baden-Württemberg mit 2 842 Euro an erster Stelle im Ländervergleich. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1 355 Euro in Rheinland-Pfalz an. Im Vergleich dazu waren die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern mit 2 078 Euro anderthalb mal so hoch.

19 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Kranken- hauspatienten 2008

Torsten Schelhase

Abstract

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten bilden das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern ab. Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Diagnosedaten der Krankenhauspatienten für das Jahr 2008. Diese amtliche Statistik wird seit 1993 jährlich als Vollerhebung durchgeführt. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig. Erfasst werden alle Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen werden. Im Jahr 2008 waren dies knapp 18 Millionen Patienten; damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich erneut angestiegen. Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

The diagnoses of hospital patients reflect all inpatient cases in German. This paper describes the results of the diagnostic data of hospital patients for the year 2008. These official statistics have been carried out annually since 1993 as a full survey. All hospitals in Germany are obliged to disclose information. The data cover all inpatients discharged from a hospital during the respective year. In 2008, this applied to nearly 18 million patients. The number of cases has again increased in comparison with the previous year. The diagnoses are described using key indicators such as main diagnosis, age, sex, length of stay and department. Because of gender- and age-specific morbidity incidence, some of the data are standardized, eliminating demographic effects and allowing statements independent of the actual age or sex structure of the population.

19

19.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahres 2008 vorgestellt. Die Diagnosestatistik ist ein Baustein der mittlerweile vierteiligen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Über diese Statistik hinaus werden auch die Grunddaten der Krankenhäuser (Betten, Personal, Ausstattung, etc.), die Kosten (Personal-, Sachkosten, etc.) sowie die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG) erfasst. Zusätzlich werden seit 2003 auch die

Diagnosedaten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten erhoben.

Im Rahmen der Diagnosestatistik werden alle im Laufe des Berichtsjahres aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten¹ sowie die im Krankenhaus Verstorbenen erfasst. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Patienten wird jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall nachgewiesen (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Angaben zur Diagnosestatistik entnehmen die Krankenhäuser der vorhandenen Patientendokumentation.

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche anstellen zu können, werden die Ergebnisse der Diagnosestatistik teilweise alters- und geschlechtsstandardisiert. Mit Hilfe der Standardisierung werden die Ergebnisse um den demographischen Effekt bereinigt. Dies erlaubt bevölkerungsunabhängige intertemporale und interregionale Vergleiche zwischen strukturell verschiedenen Gesamtheiten. Dadurch können Veränderungen beim Auftreten bestimmter Krankheiten aus rein epidemiologischer Sicht beurteilt werden, ohne dass die Ergebnisse durch sich verändernde Bevölkerungsstrukturen verzerrt werden. Genauer: Mit dieser Methode kann gezeigt werden, ob sich das Risiko jedes Einzelnen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, erhöht hat oder nicht. Beispiel: Wenn im Vergleich zu 1995 heute mehr Menschen in Deutschland über 80 Jahre alt sind, treten in dieser Altersklasse auch mehr Krankheiten auf.² Gleichzeitig hat sich aber trotz der steigenden Anzahl der Erkrankungen (bedingt durch die größere Bevölkerungsgruppe in diesem Alter) das Risiko des Einzelnen, daran zu erkranken, nicht erhöht.

19.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2008 wurden insgesamt fast 18 Millionen vollstationäre Krankenhausfälle in der Krankenhausdiagnosestatistik erfasst. Es handelt sich hierbei um alle Krankenhausfälle inklusive Sterbe- und Stundenfälle einschließlich gesunder Neugeborener. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle seit 2005 wieder zugenommen hat. In den Jahren 2000 bis 2002 gab es zunächst einen Anstieg um fast 200 000 Fälle. Diesem Anstieg jedoch folgte ein Rückgang um über 300 000 Fälle in den darauffolgenden drei Jahren. Seit dem Berichtsjahr 2005 steigt die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle wieder: Dieser Anstieg ist zwischen 2005 und 2006 zunächst nur sehr leicht um gut 100 000 Fälle ausgefallen und liegt nun mit einer Steigerung um knapp 370 000 Fälle deutlich über dem Vorjahresniveau. Diese neuere Entwicklung betrifft sowohl die Männer als auch die Frauen.

¹ Die Begriffe „Behandlungsfälle“ und „Patienten“ werden im Folgenden anstelle der korrekten Bezeichnung „aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassene Patientinnen und Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)“ verwendet.

² Vgl. zum Standardisierungsverfahren in der Diagnosestatistik: Rolland S, Rosenow C. Diagnose-daten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004; 365ff.

Bezogen auf die Fälle je 100 000 Einwohner bedeutet dies einen Anstieg um 490 Fälle auf 21 760 Fälle je 100 000 Einwohner, wobei es im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern einen Anstieg um 2,6% und bei den Frauen um 2,0% gab.

Ob es sich bei diesen Daten um Effekte der demographischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten.³ Zwischen 2000 und 2008 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle insgesamt nahezu gleich geblieben, jedoch verlief diese Entwicklung unterschiedlich: Während die Zahl der männlichen Patienten um knapp 1% angestiegen ist, ist sie bei den Frauen um 1,1% rückläufig.

Dabei ist die Veränderung der standardisierten Behandlungsfälle verglichen mit den Vorjahren unterschiedlich stark ausgefallen. Bei den Frauen ist diese Rate bis 2005 kontinuierlich mit größer werdendem Niveau zurückgegangen und ist seitdem wieder ansteigend, wohingegen sie bei den Männern unterschiedlich ausfällt. Zwischen 2002 und 2003 ist sie bspw. um 1,1% zurückgegangen, im darauffolgenden Jahr jedoch wieder um 0,7% gestiegen.

Zu beachten ist hierbei, dass ein direkter Vergleich zwischen Männern und Frauen nur bedingt möglich ist, da Frauen von Natur aus wegen Schwangerschaft und Geburt häufiger im Krankenhaus behandelt werden.

Ein weiterer wichtiger Indikator für Aspekte wie mögliche Einsparpotenziale und Effizienz in Krankenhäusern ist die Verweildauer. Sie dient gleichermaßen als Ansatzpunkt für die Qualität der stationären Versorgung. Viele Datennutzer erwarten wie auch in den Jahren zuvor einen Rückgang der Verweildauer in den Krankenhäusern. Insbesondere die Notwendigkeit die Kosten zu reduzieren hat in den Vorjahren dazu geführt, dass die Patienten immer kürzer in den Krankenhäusern verweilen. Waren es im Jahr 2000 noch fast 10 Tage (9,7 Tage), ist diese Zahl kontinuierlich um 1,6 Tage auf zuletzt durchschnittlich 8,1 Tage im Jahr 2008 gesunken. Für den Berichtsraum 2000 bis 2008 bedeutet dies, dass sich immer noch kein Sättigungseffekt eingestellt hat und der Wert von durchschnittlich 8,1 Tagen Verweildauer in 2008 den geringsten Wert seit Erstellung der Statistik darstellt. Prognosen, ob es auch in Zukunft zu einem weiteren Rückgang der Verweildauer kommt, können an dieser Stelle nicht mit belastbaren Daten abgegeben werden. Daher wird dieser Entwicklung bei künftigen Datenanalysen eine besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, ein weiteres Indiz für die Bestätigung der These, dass weitere Einsparpotenziale zu erwarten sind, heranzuziehen. Die Entwicklung der Anzahl der Kurzlieger (1 bis 3 Tage im Krankenhaus) ist scheinbar eng mit der Entwicklung der Verweildauer verknüpft, da sie einen konträren Verlauf aufweist. Das bedeutet, dass die Anzahl der Kurzlieger automatisch steigt, wenn die Verweildauer sinkt. Diese Entwicklung war innerhalb der letzten Jahre deutlich zu sehen. Dies ist auch beim Vergleich der Jahre 2008 und 2007 zu beobachten: Die Zahl der Kurzlieger ist parallel zur Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer um 5,6% auf knapp 6,3 Millionen gestiegen (Tabelle 19–1).

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich somit ein uneinheitliches Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle steigt, die Verweildauer hingegen konnte nach einer Stagnation in den Jahren 2004/2005 weiter gesenkt werden, parallel dazu ist die

3 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“, ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 19-1
Kennzahlen der Patienten im Überblick

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr										Veränderung 2008 zu						
	2008 ¹⁾	2007 ¹⁾	2006 ¹⁾	2005 ¹⁾	2004 ¹⁾	2003	2002	2001	2000	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	Anzahl										in %						
Behandlungsfälle insgesamt²⁾	17 937 101	17 568 576	17 142 476	17 033 775	17 233 624	17 313 222	17 363 164	17 259 596	17 187 527	2,1	2,5	3,1	1,9	1,5	1,2	1,8	2,2
– Männer	8 392 426	8 188 483	7 995 913	7 923 621	7 968 271	7 907 222	7 899 881	7 813 749	7 754 764	2,5	2,4	3,3	2,8	3,6	3,7	4,8	5,6
– Frauen	9 544 617	9 379 967	9 146 276	9 110 081	9 265 287	9 405 898	9 462 283	9 445 553	9 432 580	1,8	2,6	3,0	1,2	-0,3	-0,9	-0,7	-0,6
Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter	17 869 372	17 497 527	17 078 512	16 970 819	17 159 213	17 244 171	17 295 691	17 183 495	17 109 205	2,1	2,5	3,1	2,0	1,5	1,2	1,8	2,3
– Männer	8 354 296	8 149 525	7 960 327	7 889 241	7 929 456	7 871 052	7 864 729	7 774 416	7 713 291	2,5	2,4	3,3	2,8	3,5	3,6	4,8	5,7
– Frauen	9 515 076	9 348 002	9 118 185	9 081 578	9 229 757	9 373 119	9 430 962	9 409 079	9 395 914	1,8	2,5	2,9	1,3	-0,3	-0,9	-0,6	-0,5
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner⁵⁾	21 760	21 270	20 735	20 580	20 799	20 897	20 969	20 869	20 817	2,3	2,6	3,4	2,3	1,8	1,4	1,9	2,2
– Männer	20 762	20 228	19 744	19 553	19 652	19 507	19 510	19 332	19 227	2,6	2,5	3,5	2,9	3,7	3,7	4,6	5,2
– Frauen	22 719	22 270	21 685	21 564	21 897	22 226	22 363	22 336	22 333	2,0	2,7	3,3	1,7	0,2	-0,4	-0,3	-0,3
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner (standardisiert)^{3) 5)}	20 291	20 003	19 651	19 629	19 962	20 030	20 213	20 230	20 293	1,4	1,8	1,9	0,2	-0,1	-1,0	-1,1	-1,4
– Männer	18 263	17 990	17 753	17 744	17 992	17 859	18 051	18 066	18 130	1,5	1,3	1,4	-0,0	0,7	-0,3	-0,4	-0,8
– Frauen	21 883	21 589	21 144	21 122	21 549	21 821	22 015	22 057	22 134	1,4	2,1	2,2	0,2	-1,1	-1,9	-2,1	-2,5
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)⁴⁾	53,2	52,8	52,5	52,1	51,9	52,7	52,3	51,8	51,3	0,7	0,6	1,4	1,8	0,2	1,0	2,0	2,9
– Männer	52,4	52,0	51,6	51,2	51,0	51,9	51,3	50,8	50,3	0,8	0,8	1,5	1,9	0,2	1,3	2,3	3,4
– Frauen	53,9	53,5	53,2	52,9	52,7	53,5	53,1	52,7	52,2	0,7	0,6	1,2	1,6	0,1	0,8	1,6	2,6
Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner⁶⁾																	
– unter 15 Jahre	16 052	15 810	15 427	15 284	14 678	11 386	11 381	11 559	11 748	1,5	2,5	3,4	7,7	38,9	38,9	36,8	34,6
– 15 bis unter 45 Jahre	12 891	12 634	12 361	12 348	12 783	13 512	13 835	13 969	14 146	2,0	2,2	2,3	-1,2	-6,5	-8,7	-9,6	-10,7

Tabelle 19-1
Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr						Veränderung 2008 zu													
	2008 ¹⁾	2007 ²⁾	2006 ³⁾	2005 ⁴⁾	2004 ⁵⁾	Anzahl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	in %					
-45 bis unter 65 Jahre	19544	19339	19319	19498	20319	20319	21879	21802	21735	21372	21372	21879	1,1	0,1	-0,8	-4,8	-9,5	-11,0	-11,3	-11,6
-65 bis unter 85 Jahre	45685	42622	41772	41971	42775	42775	42781	43049	43467	43665	43665	42781	7,2	2,0	1,6	-0,4	-2,4	-1,9	-1,0	-0,4
-85 Jahre und mehr	65415	63964	61604	61171	59913	59913	59980	61067	62305	61838	61838	59980	2,3	3,8	4,6	6,8	3,4	2,7	4,7	6,6
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	8,1	8,3	8,4	8,6	8,6	8,6	9,7	9,4	9,3	9,0	9,0	9,4	-2,4	-1,2	-3,5	-3,5	-7,8	-10,3	-11,6	-14,4
Stundenfälle innerhalb eines Tages	504116	493400	493861	506891	606418	606418	777404	740280	730578	687725	687725	777404	2,2	-0,1	-2,7	-18,6	-28,3	-32,5	-33,3	-36,5
Kurzlieger (1 bis 3 Tage)	6279504	5944592	5631308	5401207	5406254	5406254	4710656	4896539	5072670	5262823	5262823	4710656	5,6	5,6	10,1	10,0	13,0	17,2	21,4	26,2
Sterbefälle	400943	395169	389339	392715	384805	384805	399413	391408	399519	404526	404526	399413	1,5	1,5	0,6	2,7	-2,3	-1,1	1,0	-1,1
Erfassungsgrad (in %)	99,6	99,4	98,9	100,0	100,0	100,0	99,6	99,6	99,6	100,1	100,1	99,6	0,2	0,5	-0,6	-0,6	-0,7	-0,2	-0,2	-0,2

¹⁾ Ab Berichtsjahr 2003 einschließlich gesunder Neugeborener.

²⁾ Behandlungsfälle einschließlich der Patienten mit unbekanntem Geschlecht.

³⁾ Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“.

⁴⁾ Durchschnittsalter 2000 bis 2002 auf Basis einer 10-prozentigen Stichprobe.

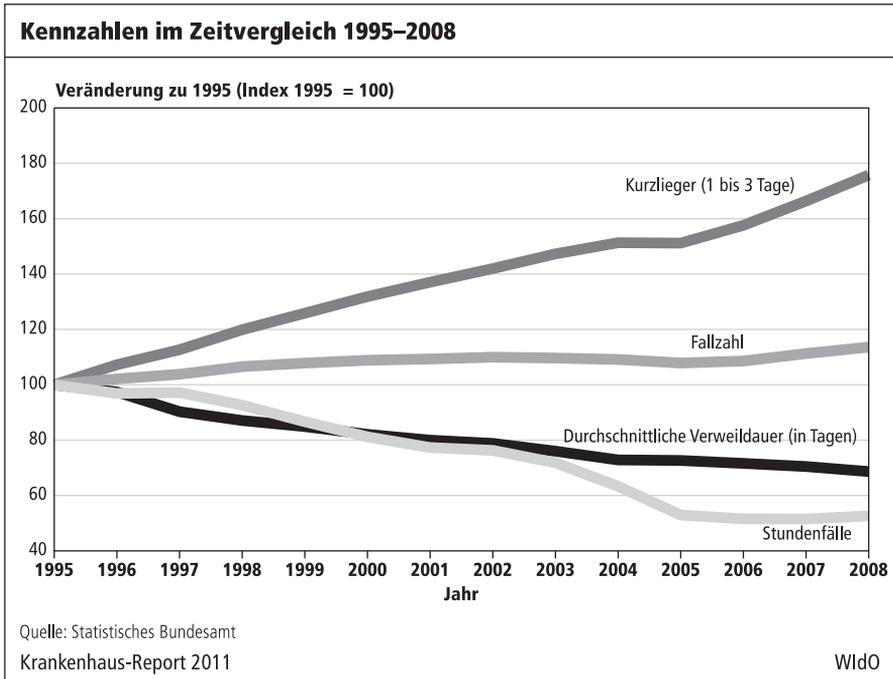
⁵⁾ Ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

Wido

Abbildung 19–1



Zahl der Kurzlieger angestiegen. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklungen direkte Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben (bspw. in Form einer Verschiebung dorthin). In welchem Maße dies geschehen ist, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (vgl. Abbildung 19–1).

19.3 Strukturdaten der Krankenhauspatienten

Sowohl in den Grunddaten und der DRG-Statistik als auch in der Diagnosestatistik wird die Anzahl der entlassenen Patienten ermittelt. Alle Statistiken werden unabhängig voneinander erhoben. Im direkten Vergleich der Diagnosestatistik mit den Grunddaten hat sich gezeigt, dass es in den Jahren 2000 bis 2002 immer eine leichte Untererfassung in den Diagnosedaten gab, die bei 0,4% lag. Lag die Übereinstimmung in den Berichtsjahren 2004/2005 noch bei 100%, ist in allen Folgejahren erneut eine leichte Untererfassung in der Diagnosestatistik zu finden (2008: 99,6%).

19.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2008 waren von den rund 17,94 Millionen Behandlungsfällen 8,39 Millionen männlichen und rund 9,55 Millionen weiblichen Geschlechtes. Die Männer haben demnach einen Anteil von 46,8% und die Frauen von 53,2%. Bezogen auf die standardisierte Bevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durch-

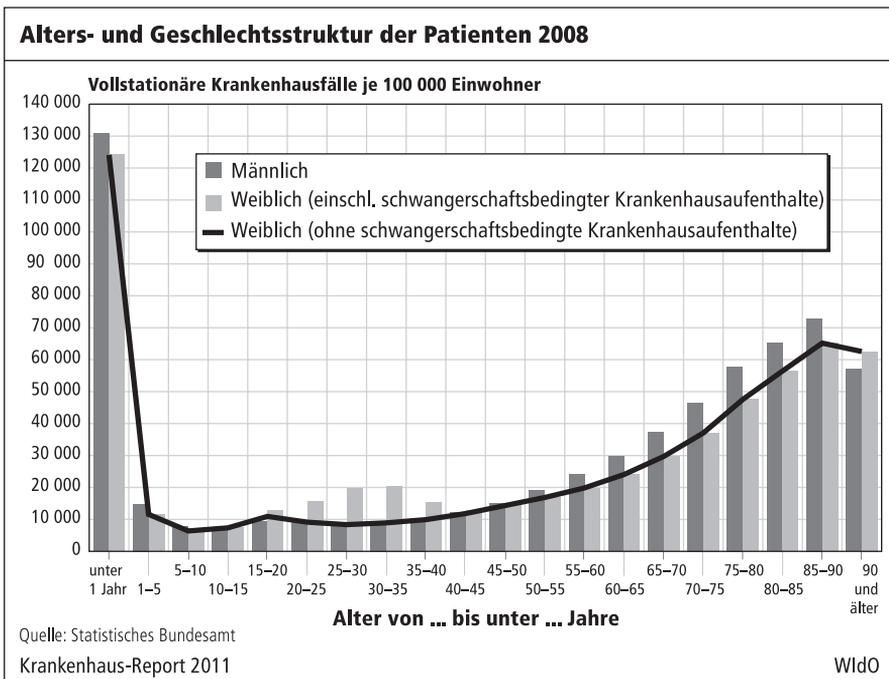
schnittlich 18 263 Männer und 21 883 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengefasst wurden 20 291 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 288 Fälle je 100 000 Einwohner bzw. 1,4% mehr als noch im Vorjahr.

Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich weiter erhöht. Im Jahr 2008 lag es bei 53,2 Jahren, wobei die Frauen mit 53,9 Jahren um 1,5 Jahre älter als die Männer waren. Der Grund hierfür ist der höhere Anteil der Frauen in den hohen Altersgruppen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Behandlungshäufigkeit mit dem Alter steigt. So wurden in der Gruppe der bspw. 15- bis 45-Jährigen 12 891 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, wohingegen es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen 65 415 Personen waren, also über fünfmal so viel.

Die Entwicklung der altersspezifischen Rate je 100 000 Einwohner seit dem Jahr 2000 ist uneinheitlich: Bei den unter 15-Jährigen ist diese Rate zunächst bis 2002 um 3,1% zurückgegangen, seitdem aber ist ein leichter Anstieg der Behandlungsfälle zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen hingegen ist die Zahl bis 2006 kontinuierlich um 11,7% auf 19 319 gesunken, zwischen 2008 und 2006 hingegen ganz leicht um 1,2% angestiegen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2008 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (siehe Abbildung 19–2). Bei den 15- bis 45-Jährigen zeigt sich zwar zunächst, dass mehr

Abbildung 19–2



Frauen als Männer behandelt wurden. Dies ist jedoch auf Fälle zurückzuführen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-Positionen O00-O99) stehen. Rechnet man diese Fälle heraus, wurden nur in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen (10 935 Frauen zu 9 302 Männern) und der über 90-Jährigen (62 555 Frauen zu 57 113 Männern) mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. Die größten Unterschiede sind in folgenden Altersgruppen zu finden: Zum einen wurden bei den 1- bis 5- und bei den 5- bis 10-Jährigen 21,7% bzw. 19,9% weniger Mädchen als Jungen behandelt; zum anderen findet sich ein ähnliches Verhältnis auch in den Altersgruppen der 60- bis 65-, 65- bis 70- und der 70- bis 75-Jährigen (19,3%, 20,4% und 20,3%).

Vergleicht man den Anteil der Absolutzahlen der Behandlungsfälle je Altersklasse, so zeigt sich ebenfalls, dass die männlichen Patienten in der Regel in der Überzahl waren: Zwar machen sie insgesamt nur 46,8% der Patienten aus, in den Altersgruppen der unter 15-Jährigen und der 45- bis 60-Jährigen liegen die Zahlen hingegen bei 54,1% und 53,3%. Lediglich in den Altersgruppen der 15- bis 45-Jährigen (verursacht durch schwangerschaftsbedingte Behandlungen) und der 75-Jährigen und älteren Patienten (verursacht durch den höheren Anteil der Frauen in den hohen Altersklassen) liegen die Zahlen der Männer unter denen der Frauen.

19.3.2 Verweildauer der Patienten

Seit dem Berichtsjahr 2003 wird die Fallzahl im Krankenhaus-Report inklusive der Stundenfälle veröffentlicht. Jeder Stundenfall wird als ein Fall mit einem Berechnungs-/Belegungstag in die Statistik aufgenommen. Dies hat zur Folge, dass die Verweildauer per se sinkt.

In 2008 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 8,1 Tagen. Dies entspricht einem Rückgang um 0,2 Tag (-2,4%) im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt ist die Verweildauer seit dem Jahr 2000 um 16,5% gesunken.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es nur leichte Unterschiede, Männer lagen mit durchschnittlich 8,0 Tagen kürzer im Krankenhaus als Frauen mit durchschnittlich 8,2 Tagen. Der niedrigere Wert bei den Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren ist wiederum auf schwangerschaftsbedingte Behandlungen zurückzuführen. Mit zunehmendem Alter (ab 45 Jahre) liegen Frauen länger als Männer in den Krankenhäusern. Am größten sind die Unterschiede bei den Altersgruppen 75 bis 80 und 80 bis 85; hier lagen Frauen durchschnittlich knapp einen Tag länger im Krankenhaus als Männer.

Insgesamt kann man festhalten, dass ungeachtet des Geschlechts die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern bis zur Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt und nur bei den Hochbetagten leicht abnimmt. Zudem ist nach einer Stagnation der durchschnittlichen Verweildauer in den Jahren 2004/2005 bereits im zweiten Jahr hintereinander ein weiterer Rückgang der Verweildauer zu beobachten.

2008 verbrachten insgesamt über 6,28 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 35,0% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 33,8%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 1,2 Prozentpunkte erhöht. Vergleicht man

Tabelle 19–2

Verweildauer der Patienten 2008

Verweildauer in Tagen	Patienten			Berechnungs- und Belegungstage		
	Anzahl	Anteil in %	kumuliert	Anzahl	Anteil in %	kumuliert
Insgesamt	17 937 101	100,0	–	145 761 987	100,0	–
Stundenfall	204 116	2,8	2,8	204 116	0,3	0,3
1	2 088 671	11,6	14,5	2 088 671	1,4	1,8
2	2 216 390	12,4	26,8	4 432 780	3,0	4,8
3	1 974 443	11,0	37,8	5 923 329	4,1	8,9
4	1 676 859	9,3	47,2	6 707 435	4,6	13,5
5	1 342 826	7,5	54,7	6 714 130	4,6	18,1
6	1 125 042	6,3	60,9	6 750 252	4,6	22,7
7	1 020 243	5,7	66,6	7 143 801	4,9	27,6
8–9	1 478 678	8,2	74,9	12 483 835	8,6	36,2
10–12	1 359 385	7,6	82,4	14 819 028	10,2	46,4
13–14	722 494	4,0	86,5	9 750 348	6,7	53,0
15–21	1 219 032	6,8	93,3	21 222 467	14,6	67,6
22–28	494 213	2,8	96,0	12 166 171	8,3	76,0
29–35	249 268	1,4	97,4	7 896 439	5,4	81,4
36–42	148 273	0,8	98,2	5 765 457	4,0	85,3
43–70	224 029	1,2	99,5	11 944 222	8,2	93,5
71–182	89 307	0,5	100,0	8 204 841	5,8	99,4
183–365	3 263	0,0	100,0	745 757	0,5	99,9
366 u. länger	269	0,0	100,0	198 908	0,1	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

die letzten Berichtsjahre miteinander, wird deutlich, dass immer mehr Patientinnen und Patienten innerhalb von einem bis drei Tagen entlassen werden: Waren es im Jahr 2000 nur 4,71 Millionen Fälle, ist diese Zahl bis zum Jahr 2008 um 33,3% gestiegen. Die Zahlen zeigen, dass es nach wie vor Ziel der Behandlungen ist, die Patienten früher als in den Vorjahren zu entlassen. Damit können sowohl die Kosten als auch die Belastung des eigenen Personals gesenkt werden.

Patienten, die zwar vollstationär aufgenommen werden, bei denen sich jedoch innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig ist bzw. die innerhalb des ersten Tages versterben, werden in der Krankenhausstatistik als Stundenfälle bezeichnet. 2008 gab es insgesamt 504 116 Stundenfälle, dies sind 10 716 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor. Verglichen mit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Stundenfälle jedoch um 35,2% gesunken (Tabelle 19–2; vgl. auch Tabelle 19–1).

Insgesamt 400 943 Personen sind 2008 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen insgesamt (844 439) beträgt der Anteil 47,5%. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung darstellt, da beiden Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik), unterschiedliche Grundgesamtheiten zugrunde liegen. Die Todesursachenstatistik erfasst alle im Berichtsjahr Verstorbenen mit Wohnsitz in Deutschland und damit auch Staatenlose und Ausländer, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben (so genanntes Inländerprinzip). Demgegenüber erfasst die Krankenhausdiagnosestatistik alle Patienten, die im Berichtsjahr in einem deutschen Krankenhaus verstarben, also auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

19.3.3 Regionale Verteilung der Patienten

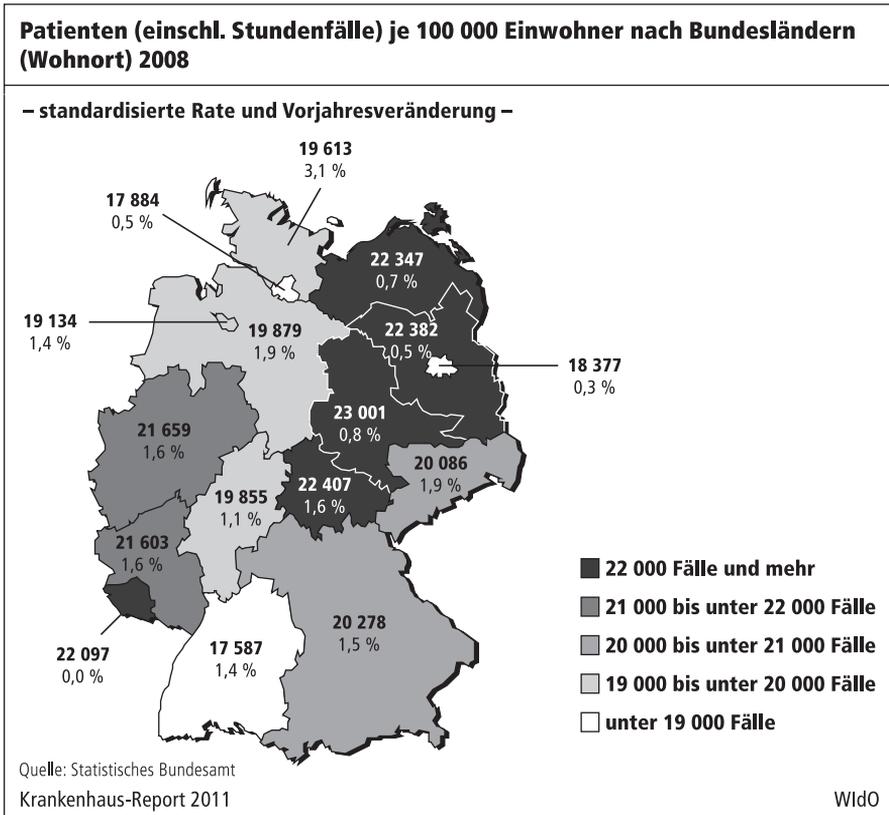
Bei dem Vergleich der Krankenhausfälle nach dem Wohnort der Patienten wird die standardisierte Rate herangezogen, um einen direkten Vergleich der Zahlen zu ermöglichen. Dies geschieht, indem die Fallzahl in eine Rate je 100 000 Einwohner umgerechnet wird. Anschließend wird die Fallzahl alters- und geschlechtsstandardisiert. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Bevölkerung der Bundesländer im Hinblick auf ihre Alters- und Geschlechtsstruktur voneinander unterscheidet. Hierzu wird eine einheitliche Bevölkerungsstruktur in Anlehnung an die Ergebnisse der Volkszählung von 1987 unterstellt, wodurch ein Vergleich der standardisierten Raten der Bundesländer ermöglicht wird. Die standardisierte Fallzahl sagt aus, wie viele Personen wegen einer bestimmten Krankheit vollstationär behandelt werden müssten, wenn die Altersstruktur der gewählten Standardbevölkerung von 1987 vorliegen würde (Abbildung 19–3 und Tabelle 19–3).

Im Vergleich zu 2000 verringerten sich sowohl die standardisierte Fallzahl als auch die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Verweildauer weiter. Insgesamt hat sich die Zahl der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Deutschland nach Wohnort von 2008 zu 2000 um 3,8% verringert. Bei dem überwiegenden Teil der Länder sind die Veränderungsdaten negativ, lediglich in drei der neuen Länder (Brandenburg, Sachsen und Thüringen) ist sie positiv ausgefallen. Insgesamt ist die Spannweite der Änderungsdaten allerdings unterschiedlich groß.

Die größten Rückgänge sind in Baden-Württemberg (–7,2%), Schleswig-Holstein (–7,0%) und im Saarland (–6,8%) zu beobachten, leichte Zuwächse hingegen gibt es mit 1,9% in Brandenburg, mit 1,7% in Thüringen und mit 0,9% in Sachsen.

Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Die Rückgänge betragen zwischen 14,1% (Mecklenburg-Vorpommern) und 25,2% (Berlin). Alle anderen Länder weisen einen Wert innerhalb dieser Spannweiten auf. Dies hat auch Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Ländern. Wie zuvor schon gezeigt, ist sie insgesamt in Deutschland seit dem Jahr 2000 zurückgegangen. Die Veränderungsdaten der Verweildauer der Patientinnen und Patienten nach dem Wohnortprinzip zwischen den Bundesländern variieren hierbei zwischen –7,5% in Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland und –20,8% in Hamburg. In sechs von 16

Abbildung 19-3



Bundesländern ist die durchschnittliche Verweildauer um über 15 % zurückgegangen.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 hat Sachsen-Anhalt mit 23 001 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle aufzuweisen, gefolgt von Thüringen mit 22 407 und Brandenburg mit 22 382 Fällen. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (20 291 Fälle je 100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze werden hierbei von Baden-Württemberg (17 587 Fälle), Hamburg (17 884 Fälle) und Berlin (18 377 Fälle) belegt.

Der Vergleich der Berichtsjahre 2008 zu 2007 zeigt unterschiedliche Veränderungsraten der standardisierten Rate der Krankenhausfälle zwischen den einzelnen Bundesländern. Grundsätzlich ist diese Zahl in allen Ländern angestiegen bzw. unverändert geblieben. In Schleswig-Holstein (+3,1 %), Sachsen (+1,9 %) und Niedersachsen (ebenfalls +1,9 %) liegt sie am höchsten, in Berlin (+0,3 %), Brandenburg und Hamburg (jeweils +0,5 %) liegt sie deutlich darunter. Im Saarland ist diese Zahl unverändert geblieben, da die Anzahl der Fälle nahezu gleich geblieben ist.

Tabelle 19–3

Patienten nach Wohnort 2000 und 2008

Wohnort des Patienten	Patienten ^{1) 2)}	Berechnungs- und Belegungstage ^{1) 2)}	Durchschnittliche Verweildauer ²⁾
		Veränderung 2007/2000 in %	
Deutschland	-3,8	-19,6	-14,8
Baden-Württemberg	-7,2	-21,0	-13,3
Bayern	-6,5	-23,3	-16,6
Berlin	-4,7	-25,2	-20,5
Brandenburg	1,9	-15,4	-14,5
Bremen	-5,1	-23,3	-18,2
Hamburg	-2,6	-23,0	-20,8
Hessen	-1,8	-16,3	-13,1
Mecklenburg-Vorpommern	-4,8	-14,1	-7,5
Niedersachsen	-4,8	-19,4	-13,7
Nordrhein-Westfalen	-2,3	-18,7	-15,2
Rheinland-Pfalz	-3,0	-16,8	-12,5
Saarland	-6,8	-16,0	-7,5
Sachsen	0,9	-20,4	-20,2
Sachsen-Anhalt	-1,4	-15,8	-12,8
Schleswig-Holstein	-7,0	-17,8	-10,3
Thüringen	1,7	-14,6	-14,3

¹⁾ Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“

²⁾ Ohne gesunde Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

19.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

19

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2008 galt die 10. Revision (ICD-10). Die Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben und wird als diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Terminus „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Daher ist diese genaue Definition wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 19–4).

Tabelle 19–4

Patienten nach Diagnosekapiteln 2008

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		
		Insgesamt ¹⁾	Männlich	Weiblich
		je 100 000 Einwohner		
Insgesamt		21 760	20 762	22 719
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	603	595	611
C00-D48	Neubildungen	2 256	2 283	2 231
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	151	126	174
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	588	490	682
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 369	1 505	1 238
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	846	910	784
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	385	341	427
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	180	172	188
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 248	3 490	3 016
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 319	1 484	1 160
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2 158	2 200	2 118
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	300	327	274
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 929	1 692	2 157
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 151	1 016	1 281
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 231	–	2 231
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	221	247	197
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	130	145	117
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	911	847	973
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 125	2 128	2 122
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	742	760	725

¹⁾ Altersspezifische Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

19.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 19.3.1 erläuterte Entwicklung der Behandlungsfälle durchzieht nicht jedes Diagnosekapitel. Die Zahlen zwischen den Kapiteln variieren zum Teil erheblich. Doch zunächst ist es hilfreich, eine Art Rangliste der Kapitel der ICD nach Behandlungsfällen zu erstellen. Wie im vorherigen Berichtsjahr auch waren

die Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) die bedeutendsten Krankheiten in Deutschland. Über 2,68 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von rund 15% an allen Kapiteln entspricht. Im Vergleich zu 1996 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 3,3% erhöht.

An zweiter Stelle folgen Krankheiten des Kapitels C00 bis D48 (Neubildungen). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit insgesamt über 1,86 Millionen Fällen (10,4% an allen Behandlungsfällen) die wichtigsten Diagnosen dar. Im Vergleich zu 1996 ist die Zahl um über 2,8% zurückgegangen. An dritter Stelle liegen Krankheiten des Verdauungssystems (K00 bis K93) mit fast 1,78 Millionen Fälle und einem Anteil von 9,9% an allen Diagnosen. Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Diagnosen ist die Anzahl der Behandlungsfälle der Krankheiten des Verdauungssystems im Vergleich der Jahre 2008 und 1996 stark gestiegen, und zwar um 17,6% (Tabelle 19–5).

Weitere hier beobachtbare Veränderungen stellen die Raten anderer Kapitel dar: Den höchsten Zuwachs von 91,4% (1996: 364 344 Fälle und 2008: 697 242 Fälle) findet man bei den Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99). An diesen Wert kommt keine Steigerungsrate der anderen ICD-Kapitel heran. Die infektiösen und parasitären Krankheiten (A00 bis B99) haben sich innerhalb der Dekade um 69,1% erhöht und auch die Diagnose „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96) stieg um 53,9% im Vergleich zum Jahr 1996 an.

Wichtiges Indiz für die Qualität der Krankenhausdiagnosestatistik ist die Anzahl und der Anteil derjenigen Fälle, die keine Diagnoseangabe beinhalten. 1996 wurden noch 50 165 Behandlungsfälle ohne Diagnoseangabe gezählt, was einem Anteil von 0,3% entspricht. Im Jahr 2008 ist diese Zahl auf 7 830 gesunken und hat einen kaum mehr messbaren Anteil in Höhe von unter 0,04%. Vor allem die Entwicklung der letzten Jahre zeigt deutlich, dass die Datenqualität der Krankenhausdiagnosestatistik erheblich verbessert werden konnte und nun auf ein Niveau gestiegen ist, bei dem man von vollständiger Erfassung aller Fälle und deren Zuordnung zu einer Diagnose sprechen kann. Dies beweist auch, dass die Dokumentation in den Krankenhäusern optimiert wurde. Auffällig ist jedoch, dass die Zahl der Fälle ohne Diagnoseangabe seit dem Jahr 2006 (hier gab es nur 509 Fälle ohne Diagnoseangabe) wieder stark zunimmt auf zunächst 2 974 im Jahr 2007 und nunmehr 7 830 im Jahr 2008.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate), haben sich bezogen auf 100 000 Einwohner „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, von 1996 auf 2008 um fast 76,3% erhöht. Die Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99) haben in dieser Zeit um 72,6% zugenommen. Starke Rückgänge von 38,9% sind nur bei den Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) und den Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) mit 25,2% festzustellen. Im direkten Vergleich dazu sind andere Krankheitsgruppen fast unverändert geblieben (bspw. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50 bis D90) mit lediglich +3,0%) (Tabelle 19–6).

Tabelle 19–5

Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln 2008, 2007, 2003 und 1998

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten ¹⁾			
		2008	2007	2003	1998
	Insgesamt	17 937 101	17 568 576	17 313 222	16 825 974
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	497 236	483 969	409 155	300 425
C00-D48	Neubildungen	1 861 651	1 856 121	1 924 063	2 036 312
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	124 128	118 966	116 319	113 681
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	483 972	473 444	486 261	477 270
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 127 971	1 093 641	993 732	885 011
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	697 242	678 937	691 001	392 950
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	317 711	313 552	369 288	432 012
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	148 215	147 839	162 730	188 801
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 675 770	2 627 928	2 748 657	2 811 995
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 086 070	1 088 890	1 102 542	1 107 721
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 777 641	1 736 084	1 786 271	1 584 922
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	246 942	239 995	241 431	243 277
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	1 589 775	1 523 927	1 394 152	1 159 034
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	948 869	934 813	1 067 921	1 125 631
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	936 854	942 250	1 006 106	1 151 431
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	182 212	174 471	108 409	111 827
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	108 505	106 111	117 737	123 005
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	751 836	693 522	537 788	673 106
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1 755 071	1 709 480	1 721 509	1 699 757
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	611 456	621 616	325 464	181 915
Z38	darunter: gesunde Neugeborene	482 162	489 434	–	–

¹⁾ Berichtsjahre 2003 und 1998 ohne Z38: gesunde Neugeborene a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Tabelle 19–6

Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 1996 zu 2008* – standardisierte Raten

Diagnoseklasse/Behandlungsanlass		Veränderung 1996/2008 in %
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	62,2
C00-D48	Neubildungen	-15,3
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	3,0
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-7,0
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	37,2
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	72,6
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-38,9
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-19,9
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	-12,6
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	-3,1
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	6,7
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4,8
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	32,6
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	-25,2
O00-O99 ¹⁾	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-5,4
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	76,3
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	-5,0
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	22,7
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	-4,5
Z00-Z99 ¹⁾	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	-22,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

19.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2008 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38), sie wurde insgesamt 482 162 Mal gezählt. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist leider bei dieser Position nicht möglich, da die gesunden Neugeborenen zum ersten Mal mit dem Berichtsjahr 2004 erfasst wurden.

Mit 350 710 Behandlungsfällen war die Herzinsuffizienz (I50) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 15 519 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor (335 191 Behandlungsfälle).

Bei den weiblichen Patienten war die Position „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38) die häufigste Diagnose. Auf sie entfallen über 240 513 Fälle. Mit

weitem Abstand folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in über 186 090 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Bei dieser Diagnose war das Durchschnittsalter der Patientinnen mit 80 Jahren am höchsten. Die Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) war in 149 919 Fällen der Behandlungsgrund, das Durchschnittsalter betrug 61 Jahre. Die Gallensteine (Cholelithiasis – K80) folgen mit rund 137 761 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren mit 57 Jahren jünger als die bisher genannten.

Bei den männlichen Patienten ergibt sich ein etwas anderes Bild. Das erste Mal seit Aufzeichnungen der Diagnosedaten liegen die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) mit 245 971 Fällen an erster Stelle, noch vor den Lebendgeborenen nach dem Geburtsort mit 241 649 Fällen. Dies bedeutet einen Anstieg um über 5%. Im Vergleich dazu ist die Zahl der Lebendgeborenen in etwa gleich geblieben. Die Angina Pectoris war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden rund 169 917 Fälle behandelt.

Über alle Diagnosen hinweg liegt das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 53,9 und das der Männer bei 52,4 Jahren (vgl. Tabelle 19–7).

Beim Vergleich der Anzahl der Behandlungsfälle nach den Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass beide Geschlechter unterschiedlich von Krankheiten betroffen sind und nur bei wenigen Kapiteln eine annähernde Übereinstimmung entsprechend der Verteilung der Frauen und Männer in der Bevölkerung festzustellen ist. Grundsätzlich zeigt der Aufbau der Bevölkerung, dass von den über 82 Millionen Einwohnern ca. 51% Frauen und ca. 49% Männer sind.

Die größten Übereinstimmungen anhand der absoluten Zahl der Behandlungsfälle ergeben sich demnach in den Kapiteln Neubildungen (C00 bis D48) und Verletzungen, Vergiftungen und „Bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (S00 bis T98). In diesen Kapiteln folgt die Verteilung der Behandlungsfälle den entsprechenden Anteilen in der Bevölkerung. Dagegen sind Männer überdurchschnittlich häufig bei den Krankheiten des Atmungssystems (J00 bis J99) und „Bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96) vertreten. Hier liegt der Anteil mit 55,2% bzw. 54,7% deutlich über dem eigentlichen Bevölkerungsanteil. Ausgenommen das Kapitel Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dominieren Frauen im Diagnosekapitel E00 bis E90 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten). Hier liegt ihr Anteil mit 59,1% insgesamt 8 Prozentpunkte über dem eigentlichen Anteil in der Bevölkerung. Aber auch die Kapitel Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50 bis D90), Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) sowie Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) betreffen mit einem Anteil von 56,5% bis 59% eher Frauen als Männer (Abbildung 19–4).

Zum Abschluss werden die Hauptdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet. Dabei wird nach folgenden Altersgruppen differenziert: Unter 15-Jährige, 15- bis 45-Jährige, 45- bis 65-Jährige und über 65-Jährige.

Sowohl bei den Mädchen wie auch bei den Jungen im Alter unter 15 Jahren wurde 2008 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (240 513 Fälle bei Mädchen und 241 649 bei Jungen). Mit weitem Abstand rangieren die chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (30 935 Fälle bei Mädchen und 36 720 bei Jungen) und die intrakraniellen Verletzungen (30 599 Fälle bei Mädchen und 40 264 bei Jungen) dahinter.

Tabelle 19–7

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
		Insgesamt	8 392 426	8,0	52,4
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	245 971	8,2	44
2	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	241 649	3,7	0
3	I20	Angina pectoris	169 917	5,0	66
4	I50	Herzinsuffizienz	164 620	11,3	74
5	K40	Hernia inguinalis	150 612	3,4	56
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	143 728	6,0	66
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	133 635	8,7	67
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	129 637	8,1	66
9	S06	Intrakranielle Verletzung	126 348	4,4	34
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	113 833	5,3	66
Frauen					
		Insgesamt	9 544 617	8,2	53,9
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	240 513	3,7	0
2	I50	Herzinsuffizienz	186 090	11,5	80
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	149 919	7,2	61
4	K80	Cholelithiasis	137 761	6,7	57
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	133 470	5,8	70
6	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	131 602	11,9	69
7	I63	Hirnfarkt	113 600	13,1	76
8	S72	Fraktur des Femurs	112 691	16,9	80
9	O70	Dammriss unter der Geburt	109 843	3,6	30
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	105 008	7,0	73

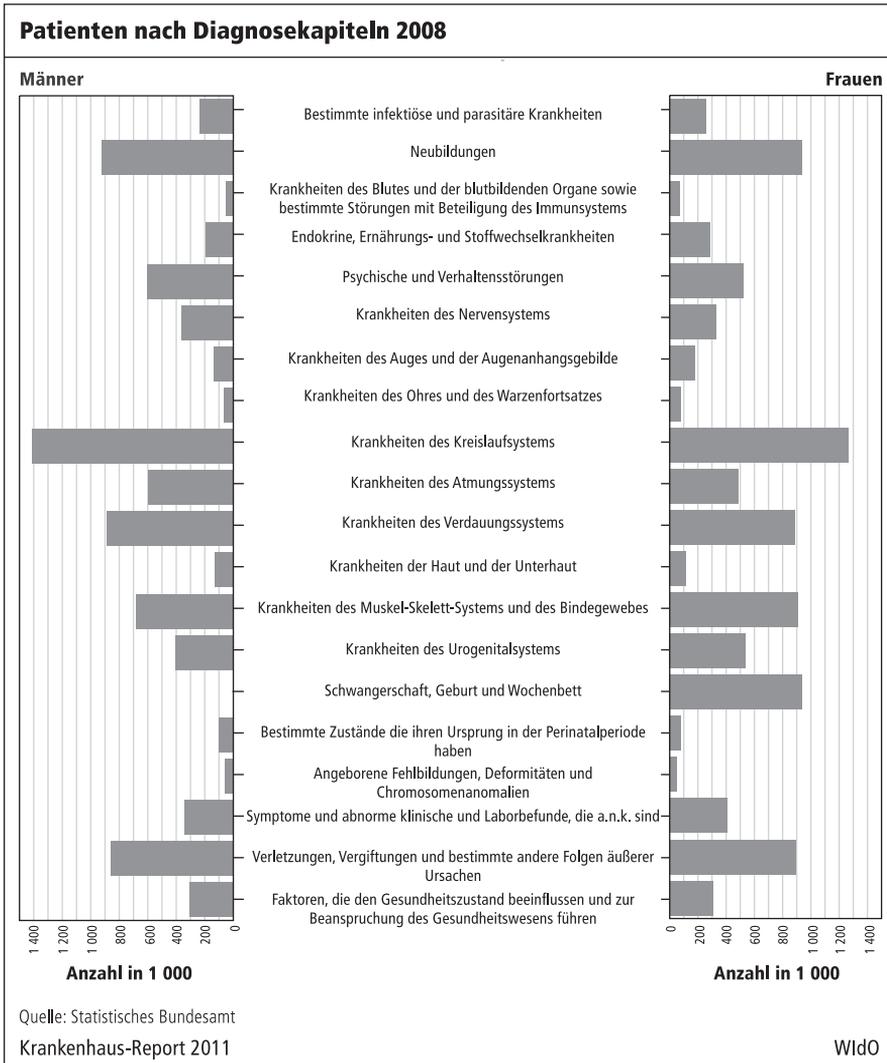
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

In der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen unterscheidet sich das Bild. Bei den Frauen dominieren deutlich die Diagnosen mit Bezug auf das gebärfähige Alter: Mit 109 753 Fällen steht hier der Dammriss unter der Geburt an erster Stelle. Dahinter liegen die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (69 235 Fälle) und die Spontangeburt eines Einlings (59 064 Fälle). Bei den Männern

Abbildung 19-4

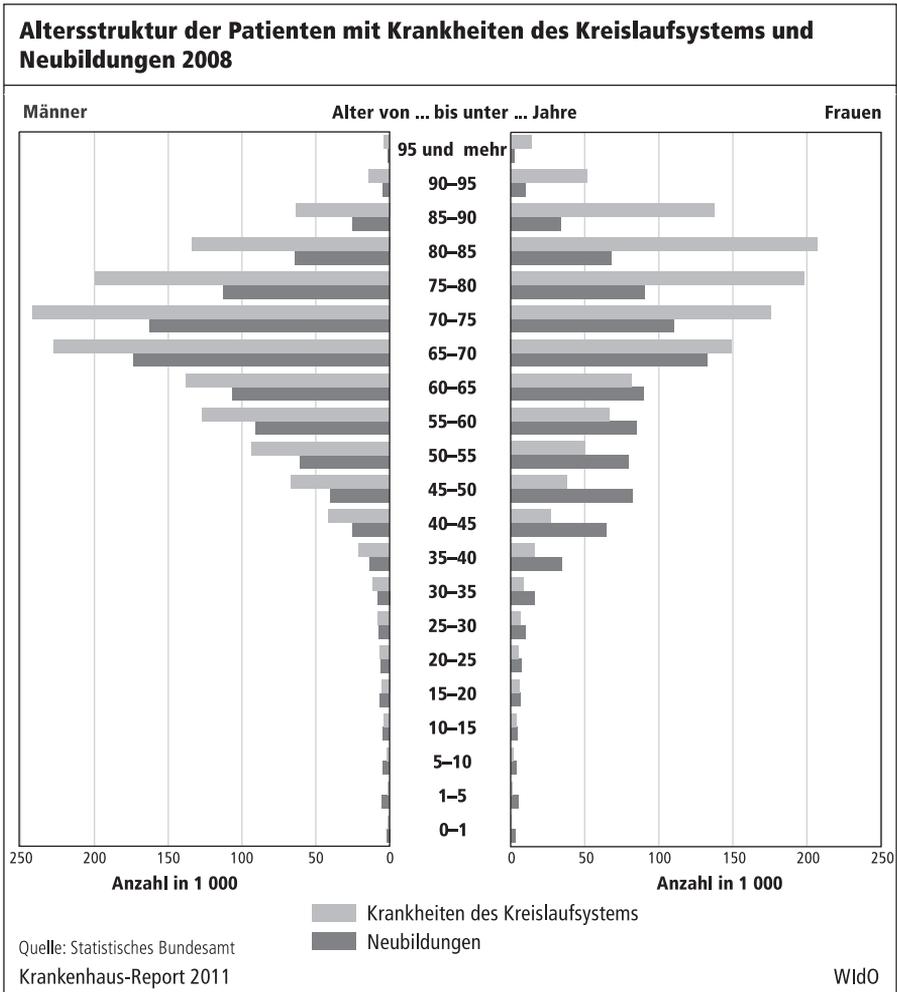


hingegen sind die Krankenhausaufenthalte hauptsächlich durch psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (116 130 Fälle), intrakranielle Verletzungen (42 147 Fälle) sowie Schizophrenie (36 414 Fälle) bedingt.

Die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (112 367 Fälle) sind es auch, die Männer im Alter zwischen 45 und 65 Jahren ins Krankenhaus bringen. Die Angina Pectoris liegt an zweiter Stelle (61 224 Fälle), gefolgt von der Hernia Inguinalis mit 52 256 Fällen. Bei den Frauen ist die bösartige Neubildung der Brustdrüse in 68 321 Fällen verantwortlich für eine stationäre Behandlung. Die Cholelithiasis (45 298 Fälle) und das Leiomyom des Uterus (43 993 Fälle) liegen dahinter.

In der letzten hier erwähnten Altersgruppe (65 und älter) ist es die Herzinsuffizienz, die sowohl bei den Männern (137 129 Fälle) wie auch bei den Frauen (174 153

Abbildung 19–5



Fälle) die am meisten verbreitete Hauptdiagnose darstellt. Bei den Frauen liegen die Fraktur des Femurs mit 102 613 Fällen und der Hirninfarkt mit 98 266 Fällen dahinter. Bei den Männern sind es weitere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die einen Krankenhausaufenthalt vonnöten machen: Angina Pectoris (100 720 Fälle) und die chronische ischämische Herzkrankheit (89 699 Fälle).

Bei den genannten Altersgruppen gibt es bis auf wenige Ausnahmen keine großen Ausreißer bei den Diagnosen. Bei den Frauen sorgen einzig die durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgelösten Fälle für hohe Zahlen in der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen (Abbildung 19–5).

19.4.3 Verweildauer bei bestimmten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäusern Behandelten sinkt insgesamt (vgl. Tabelle 19–8). Bezogen auf die Diagnosekapitel der ICD trifft diese Entwicklung fast ausnahmslos auf alle Bereiche zu. Lediglich bei Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen (S00 bis T98) ist die durchschnittliche Verweildauer konstant geblieben. Insgesamt betrug die Verweildauer im Jahr 2008 im Schnitt 8,1 Tage und liegt damit um 0,2 Tage unter dem Vorjahr. Verglichen mit dem Jahr 2000 beträgt der Rückgang sogar 1,6 Tage.

Die Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer über die Kapitel hinweg ist unterschiedlich. Die längste Verweildauer weisen nach wie vor die psychischen und Verhaltensstörungen auf (F00 bis F99), hier betrug sie 20,3 Tage. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand die Diagnosen aus dem Bereich der „Bestimmten Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96) mit 9,6 Tagen durchschnittlicher Verweildauer. Am kürzesten mussten Patienten im Krankenhaus liegen, die wegen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) behandelt wurden. Sie konnten im Schnitt schon nach weniger als vier Tagen (3,6) nach Hause gehen. Nur unwesentlich länger – nämlich 3,7 Tage – verblieben Personen im Krankenhaus, die aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99) behandelt wurden. Mit 4,5 Tagen liegen die Behandlungsfälle aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an dritter Stelle (O00 bis O99).

Bei der Untersuchung der Veränderungsdaten bieten sich zwei Vergleiche an, zum einen der Vergleich zum Vorjahr (2008 zu 2007), zum anderen der längerfristige Vergleich zum Jahr 2000. Bezogen auf den Vergleich mit dem Vorjahr ergibt sich folgendes Bild: Grundsätzlich sind die Veränderungsdaten moderat ausgefallen. Die größte Veränderung betrifft das Kapitel Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 bis L99). Sie sind um 4,6 % auf 8,3 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Bei einem Vergleich über die letzten Jahre (2008 zu 2000) ergibt sich folgendes Bild: Bei allen Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu 2000 gesunken ist. Den größten Rückgang verzeichnen Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 bis R99): Hier konnte die Verweildauer um 34,8 % gesenkt werden. Der Rückgang bei „Bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96) betrug 31,4 %. Auch die Verweildauer bei den Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 bis L99) ist mit über 29,1 % zurückgegangen.

Den geringsten Rückgang verzeichnen mit 8,6 % die Neubildungen (C00 bis D48) und mit 11,8 % die Krankheiten des Atmungssystems (J00 bis J99).

Insgesamt wurden 66,6 % der Patienten (fast 12 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich dieser Anteil um 1,1 Prozentpunkte. Diese Patientengruppe verursachte 27,6 % aller Berechnungs- und Belegungstage. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 86,5 % der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen. Mit 53 % fiel somit über die Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage in dieser

Tabelle 19–8

Verweildauer der Patienten nach Diagnosekapiteln 2007–2008, 2003 und 2000 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer					Veränderungsrate		
		in Tagen					2008 zu 2007	2008 zu 2003	2008 zu 2000
		2008	2007	2003	2000				
Insgesamt		8,1	8,3	9,0	9,7	-2,4	-10,0	-16,5	
A00–B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,6	7,8	8,2	9,1	-2,6	-7,3	-16,5	
C00–D48	Neubildungen	8,5	8,7	9,2	9,3	-2,3	-7,6	-8,6	
D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7,6	7,7	8,4	9,3	-1,3	-9,5	-18,3	
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,7	9,0	9,6	10,5	-3,3	-9,4	-17,1	
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	20,3	20,8	22,8	23,8	-2,4	-11,0	-14,7	
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	7,1	7,2	7,9	9,3	-1,4	-10,1	-23,7	
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	3,6	3,7	4,0	4,2	-2,7	-10,0	-14,3	
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5,2	5,4	6,0	6,7	-3,7	-13,3	-22,4	
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	8,6	8,8	9,3	10,3	-2,3	-7,5	-16,5	
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,5	7,6	8,0	8,5	-1,3	-6,3	-11,8	
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	6,9	7,2	7,8	8,5	-4,2	-11,5	-18,8	
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,3	8,7	10,2	11,7	-4,6	-18,6	-29,1	
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,7	9,0	10,0	11,5	-3,3	-13,0	-24,3	
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	5,9	6,0	6,0	6,7	-1,7	-1,7	-11,9	
O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,5	4,6	5,1	5,4	-2,2	-11,8	-16,7	
P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	9,6	10,0	13,7	14,0	-4,0	-29,9	-31,4	
Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	6,2	6,3	6,9	7,5	-1,6	-10,1	-17,3	

Tabelle 19-8
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer				Veränderungsrate		
		in Tagen				2008 zu 2007	2008 zu 2003	2008 zu 2000
		2008	2007	2003	2000			
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,5	4,7	5,6	6,9	-4,3	-19,6	-34,8
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,9	8,1	8,7	9,3	-2,5	-9,2	-15,1
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*	3,7	3,8	3,7	5,0	-2,6	0,0	-26,0

¹⁾ Ab Berichtsjahre 2003 und 2000 ohne gesunde Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2011

Wido

Verweildauer an. Die Anzahl der Langlieger (mit einer Verweildauer von über einem Jahr) lag 2008 bei 269 (2007: 274) und ist damit leicht gesunken.

19.4.4 Regionale Verteilung der Diagnosen

Im Folgenden werden die in den Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose auf Länderebene analysiert. Die Auswertung der Daten nach dem Wohnort und nicht nach dem Behandlungsort der Patienten gibt Aufschluss über die Anzahl der Einwohner eines Bundeslandes, die wegen bestimmter Erkrankungen vollstationär behandelt wurden. Sie ist damit wichtig für epidemiologische Aussagen. Der Wohnort der Patienten lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Behandlungsort zu, denn es ist gängige Praxis, dass sich Patienten auch in anderen Bundesländern einer vollstationären Krankenhausbehandlung unterziehen.

Um den demografischen Effekt auszuschließen, werden auch hier die standardisierten Daten herangezogen. Demnach ließen sich die meisten Patienten je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt behandeln (23 001 Fälle je 100 000 Einwohner), auf den Plätzen zwei und drei folgen Thüringen mit 22 407 Fällen und Brandenburg mit 22 382 Fällen (vgl. Tabelle 19–9). Bezogen auf diese Quote weist Baden-Württemberg mit 17 587 Fällen je 100 000 Einwohner den niedrigsten Wert auf und lag somit um 13,3% unter dem Bundesdurchschnitt (20 291 Fälle je 100 000 Einwohner).

Auch bei den standardisierten Raten bezogen auf die einzelnen Diagnosekapitel ergeben sich Unterschiede auf regionaler Ebene. Demnach wiesen die Saarländer mit 3 107 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) auf und lagen damit um 17,1% über dem Bundesdurchschnitt (2 644 Fälle). An zweiter Stelle liegt Thüringen mit 3 098 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner (Abbildung 19–6).

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen (C00 bis D48) betrug 1 916 Fälle je 100 000 Einwohner. Baden-Württemberg (1 676 Fälle) und Niedersachsen (1 720 Fälle) lagen um 12,5% und 10,2% unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 213 Fällen und Thüringen mit 2 174 Fällen je 100 000 Einwohner.

Rund 2 219 Patienten je 100 000 Einwohner mussten sich im Jahr 2008 wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Thüringen behandeln lassen. Sachsen-Anhalt liegt mit 2 164 Patienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 1 954 wird insbesondere von den Ländern Hamburg (1 616) und Baden-Württemberg (1 652) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosengruppe sind psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99). Insgesamt neun Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 358 Patienten. Mit 1 661 Fällen je 100 000 Einwohner liegt Bremen an der Spitze und damit über 22,3% über dem Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein (1 649) und Saarland (1 614) liegen weit über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber stehen Baden-Württemberg und Hessen mit 12,7% und 6,0% unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland.

Tabelle 19-9
Patienten nach Krankheitsklassen und Wohnort je 100 000 Einwohner 2008 – standardisierte Rate

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ⁽¹⁾																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
	Insgesamt (standard. Rate)	20 291	17 587	20 278	18 377	22 382	19 134	17 884	19 855	22 347	19 879	21 659	21 603	22 097	20 086	23 001	19 613	22 407
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	596	488	595	466	682	538	519	544	808	596	628	708	746	646	775	522	719
C00-D48	Neubildungen	1 916	1 676	1 867	1 876	2 213	1 873	1 724	1 879	2 127	1 720	2 035	2 025	2 068	2 056	2 134	1 769	2 174
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	130	118	119	127	167	128	114	129	173	125	134	126	125	138	159	126	135
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	503	432	521	471	640	443	357	486	673	470	513	456	534	522	670	434	633
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 358	1 186	1 287	1 359	1 376	1 661	1 347	1 277	1 547	1 325	1 484	1 338	1 614	1 297	1 457	1 649	1 359
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	762	580	766	625	800	676	714	726	873	719	883	875	975	674	766	757	965
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	324	263	288	381	317	234	444	292	369	322	331	328	414	380	341	412	375
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	169	146	148	134	228	163	141	180	241	191	173	173	192	169	237	131	189
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 653	2 253	2 564	2 617	3 082	2 150	2 172	2 559	2 974	2 539	2 904	2 837	3 107	2 452	3 008	2 480	3 098
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 277	1 062	1 244	1 101	1 465	1 350	1 220	1 236	1 503	1 308	1 403	1 321	1 372	1 199	1 715	1 133	1 352
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 954	1 652	1 906	1 823	2 068	1 734	1 616	1 936	2 076	1 927	2 155	2 124	2 154	1 920	2 164	1 788	2 219
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	295	230	294	272	317	300	260	303	333	286	327	291	260	307	390	271	325
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 690	1 407	1 840	1 403	1 885	1 617	1 494	1 636	1 569	1 687	1 842	1 826	1 573	1 510	1 668	1 780	1 816
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 044	891	1 009	964	1 186	886	840	1 047	1 094	1 006	1 151	1 100	1 053	1 069	1 236	999	1 072
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 691	2 579	2 545	2 281	2 882	2 526	2 035	2 769	2 994	2 780	2 824	2 795	2 568	2 838	2 977	2 673	2 929
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	289	273	280	297	314	287	291	274	325	283	284	336	348	310	305	297	293
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	153	142	146	166	174	147	117	140	166	142	163	160	168	164	185	139	175
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	848	765	920	511	807	750	646	871	864	855	849	1 110	1 130	844	1 048	802	868

Tabelle 19–9

Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ^{1,2)}																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 993	1 780	2 215	1 703	2 211	1 969	1 664	1 913	2 172	1 969	1 967	2 102	2 003	2 108	2 235	1 916	2 265
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	916	873	920	876	1 006	892	853	945	978	941	934	884	919	900	1 035	749	932

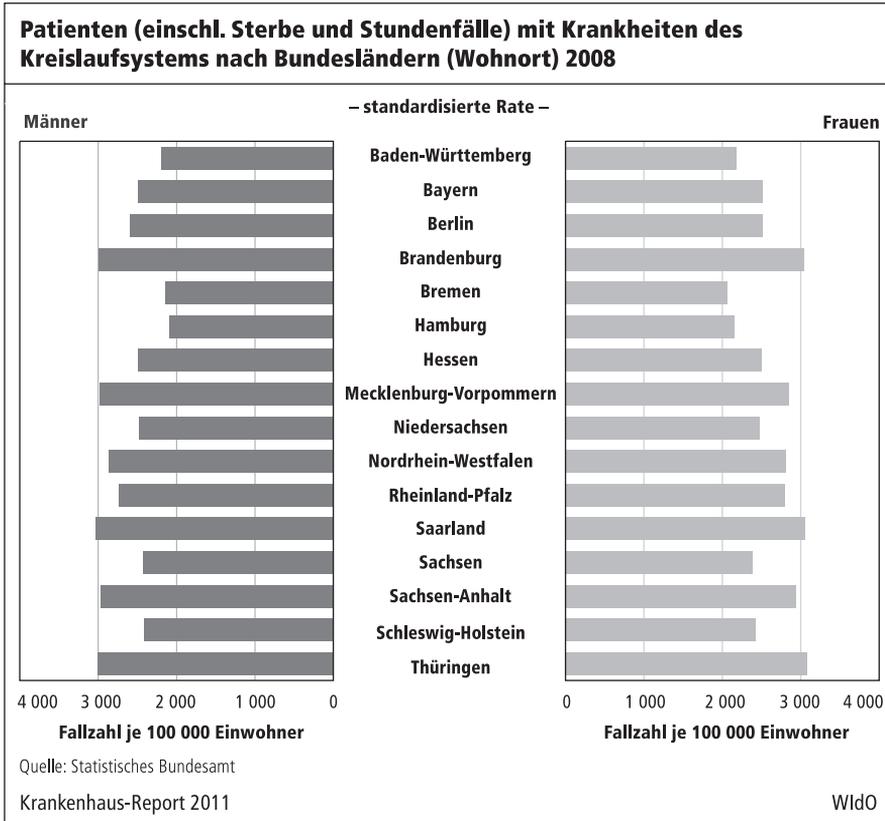
¹⁾ Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

²⁾ Das Kapitel 000-099 wurde anhand der weiblichen Bevölkerung standardisiert.

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2011

Wido

Abbildung 19–6



19.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2008

Die Anteile der Diagnosen der Patienten haben sich im Zeitverlauf unterschiedlich entwickelt. Die Zahl bestimmter Diagnosen ist angestiegen, andere Diagnosen verzeichneten dagegen einen Fallrückgang. Für einen Vergleich der Diagnosen der Patienten werden die Veränderungen der Diagnosen auf dreistelliger Ebene in den Jahren 2001 bis 2008 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezogen, die im Jahr 2008 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden die zehn Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsraten vom Jahr 2008 gegenüber 2001. Bei Interesse an allen Positionen auf dreistelliger oder vierstelliger Ebene können diese gegen Entgelt als Sonderauswertung beim Statistischen Bundesamt angefordert werden (gesundheitsstatistiken@destatis.de).

In Tabelle 19–10 werden die zehn Diagnosen mit den größten Veränderungsraten dargestellt. Auffällig dabei ist, dass sich besonders unter den Diagnosen mit dem stärksten Rückgang mehrere „sonstige“ Positionen und Diagnosen aus dem Bereich „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ finden. Ursächlich für einen Rückgang bei diesen Diagnosen kann unter anderem ein besseres Kodieren sein, wie es vor

Tabelle 19-10

Die 10 Hauptdiagnosen mit den größten relativen Zuwächsen und Rückgängen 2008/2001¹⁾

Rang	ICD-Pos.	Anzahl	Die 10 größten relativen Zuwächse 2008/2001										Veränderung in Prozent									
			2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	08/07	07/06	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	08/01				
1	O70	109843	112001	109393	110459	110459	106387	82105	43820	3474	-1,9	2,4	-1,0	3,8	29,6	87,4	1161,4	3061,9				
2	O71	35361	34212	33954	33551	30576	22991	11248	1174	3,4	0,8	1,2	9,7	33,0	104,4	858,1	2912,0					
3	Z01	11405	10447	8374	7980	7415	5425	2847	694	9,2	24,8	4,9	7,6	36,7	90,6	310,2	1543,4					
		Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose																				
4	P08	13632	11602	9694	8555	5512	1576	753	840	17,5	19,7	13,3	55,2	249,7	109,3	-10,4	1522,9					
		P08 Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht																				
5	O69	18536	19413	19974	19940	20015	15887	8688	1611	-4,5	-2,8	0,2	-0,4	26,0	82,9	439,3	1050,6					
		O69 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen																				
6	Z45	23263	22144	20449	19429	13447	8306	4760	2629	5,1	8,3	5,2	44,5	61,9	74,5	81,1	784,9					
		Z45 Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes																				
7	O75	12848	11653	11185	11222	10006	9209	7193	1841	10,3	4,2	-0,3	12,2	8,7	28,0	290,7	597,9					
		O75 Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert																				
8	M42	33270	33819	28769	24073	17571	8927	5741	4832	-1,6	17,6	19,5	37,0	96,8	55,5	18,8	588,5					
		M42 Osteochondrose der Wirbelsäule																				
9	O68	69349	68870	65953	64336	61499	47132	29850	12205	0,7	4,4	2,5	4,6	30,5	57,9	144,6	468,2					
		O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetal distress) (fetaler Gefährenzustand)																				
10	O99	29202	26546	23508	20177	17158	14086	8826	5353	10,0	12,9	16,5	17,6	21,8	59,6	64,9	445,5					
		O99 Sonst. Krankh. der Mutter, d. anderenorts klassifizierbar sind, d. jed. Schwang., Geb. u. Wochenb. kompl.																				

Tabelle 19-10
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Anzahl										Veränderung in Prozent									
		2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	08/07	07/06	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	08/01				
1	O80	59138	63615	65305	73325	99198	168757	298970	451471	-7,0	-2,6	-10,9	-26,1	-41,2	-43,6	-33,8	-86,9				
2	I64	14901	19582	25884	31567	41384	69871	84485	99374	-23,9	-24,3	-18,0	-23,7	-40,8	-17,3	-15,0	-85,0				
3	N95	11427	12617	14243	15969	21656	39144	46218	48611	-9,4	-11,4	-10,8	-26,3	-44,7	-15,3	-4,9	-76,5				
4	O02	11888	13160	14097	16894	25154	40892	45311	47697	-9,7	-6,6	-16,6	-32,8	-38,5	-9,8	-5,0	-75,1				
5	O82	26496	26991	27320	32305	43403	61601	86287	101077	-1,8	-1,2	-15,4	-25,6	-29,5	-28,6	-14,6	-73,8				
6	N92	23012	25296	25818	27738	36555	57146	61835	63766	-9,0	-2,0	-6,9	-24,1	-36,0	-7,6	-3,0	-63,9				
7	H26	16037	16440	18998	17131	19791	26764	33895	44358	-2,5	-13,5	10,9	-13,4	-26,1	-21,0	-23,6	-63,8				
8	D48	17588	19656	21066	23669	32976	43872	48636	48600	-10,5	-6,7	-11,0	-28,2	-24,8	-9,8	0,1	-63,8				
9	I25	199556	201442	202502	206133	249629	355264	433786	480661	-0,9	-0,5	-1,8	-17,4	-29,7	-18,1	-9,8	-58,5				
10	C85	17186	18878	22558	24790	26454	29964	34118	36445	-9,0	-16,3	-9,0	-6,3	-11,7	-12,2	-6,4	-52,8				

*) nur Diagnosen mit mindestens 10.000 Fällen im Jahr 2008

 Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2011

WHO

allem das DRG-Patientenklassifikationssystem erfordert. Methodische Hintergründe darüber findet man im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 8.

Bezogen auf die Diagnosekapitel weisen wie im Jahr zuvor Krankenhausaufenthalte, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen (O00 bis O99), die größten Veränderungsraten auf. In der Liste der zehn Einzeldiagnosen mit den größten positiven Veränderungsraten seit 2001 gehörten im Jahr 2008 insgesamt sechs der zehn Diagnosen zu diesem Kapitel.

Parallel zu den größten Rückgängen einiger Diagnosen aus dem Kapitel O00 bis O99 verzeichnen andere Diagnosen aus demselben Kapitel die größten Zuwächse: Um 3062% ist beispielsweise die Zahl der Fälle bezogen auf die Position O70 (Dammriss unter der Geburt) angestiegen. Den zweiten Platz belegt ebenfalls eine Diagnose aus diesem Kapitel. Die sonstigen Verletzungen unter der Geburt (O71) sind um 2912% angestiegen, gefolgt von der Position Z01 (Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose) mit einem Zuwachs von 1543%.

Diese Parallelität der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass es nicht zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation bei einzelnen Diagnosen gekommen ist, sondern lediglich zu einer Verlagerung und genaueren Dokumentation. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der DRG-Statistik, die im folgenden Kapitel 20 aufgezeigt werden.

19.6 Ausblick

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Durch die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Ergebnisse dient die Diagnosestatistik auch der epidemiologischen Forschung.

Durch die zusätzlichen Angaben aus der DRG-Statistik (Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) wird die traditionelle Krankenhausdiagnosestatistik komplettiert und stellt einen wichtigen Mehrwert für den gesamten Bereich der Krankenhausstatistik dar. Beide Statistiken zusammen ermöglichen Auswertungen auf der allgemeinen Diagnoseseite einerseits und über weitere Merkmale wie OPS-Schlüssel, Nebendiagnosen und Entgelten andererseits. Auf sie wird im folgenden Kapitel gesondert eingegangen.

Langfristig ist zu überlegen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, die traditionelle Diagnosestatistik durch die DRG-Statistik zu ersetzen. Damit dies möglich wird, ist eine Erweiterung der DRG-Statistik um Merkmale der Diagnosestatistik auch zu Qualitätssicherungsmaßnahmen vonnöten.

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht 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 2008, 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) und den Hauptdiagnosegruppen (MDCs) werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

Apart from basic, cost and diagnosis data of German hospitals, the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (Krankenhausentgeltgesetz; KHEntgG) are another important data source which have been provided by the Federal Statistical Office since 2005. The article presents key results of inpatient care of the year 2008 complementing the information of the conventional official hospital statistics. It focusses on type and frequency of inpatient surgery and medical procedures and on important primary diagnoses, supplemented by their respective secondary diagnoses, taking department-specific aspects into consideration. The Federal Statistical Office published this differentiated information on hospital services rendered and in particular on DRGs billed by the hospitals and major diagnostic categories (MDCs), for the first time for 2007. The articles presents selected results. The article also presents selected results of the services provided in hospitals, in particular DRGs and main diagnostic categories (MDCs).

20.1 Vorbemerkung

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

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

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Informationen zum Beispiel zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden. Seit dem Berichtsjahr 2007 kann darüber hinaus auf Ergebnisse beispielsweise zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2008 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 18 und 19 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

¹ Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Art. 1 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17. März 2009 ist die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in seinen Grundstrukturen bis zum Jahresende 2009 und die entsprechende budgetneutrale Umsetzung ab 2013 festgelegt.

² Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet unter www.destatis.de/publikationen heruntergeladen werden. Auch sind Sonderauswertungen auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich.

20.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Dies gilt bis 2008 ebenfalls für Einrichtungen der Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Sie übermitteln Daten spezieller Merkmale insbesondere zu ihren Ausbildungsstätten nach § 21 KHEntgG nur, soweit sie ausbilden (§ 17a Abs. 11 KHG).

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2008 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 661 Krankenhäusern und umfassen rund 16,9 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2008 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

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

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

20.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2008 insgesamt rund 16,9 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 323 700 Fällen 1,9% mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,1 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um weitere 0,2 Tage ab. 53,6% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,4% männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 53,6 Jahre alt (Frauen 54,2 Jahre, Männer 53,0 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 20 400 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch.

Wohnortbezogen⁵ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (24 000), in Thüringen (23 600) und in Brandenburg (22 900). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (16 600 Fälle), Baden-Württemberg (17 300 Fälle) und Berlin (18 000 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 20–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach Agglomerationsräumen, verstärkten Räumen und ländlichen Räumen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁶ Hauptsächlich bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Räumen (22 100 Fälle) deutlich höher als in Agglomerationsräumen (20 000 Fälle) und verstärkten Räumen (20 500 Fälle). Regional betrachtet waren in ländlichen Räumen vor allem von Brandenburg (27 100), Thüringen (25 200) und Sachsen-Anhalt (25 100) die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen. In verstärkten Räumen lagen Bremen (24 100) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (23 800) und Brandenburg (23 500) an der Spitze. Die vordersten Plätze in Agglomerationsräumen nahmen das Saarland (22 900), nochmals Brandenburg (22 000) und darüber hinaus Nordrhein-Westfalen (21 900) ein (Abbildung 20–1).

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

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

6 Für die Regionsgrundtypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

Regionsgrundtyp 1 – Agglomerationsräume: Oberzentrum über 300 000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km²;

Regionsgrundtyp 2 – Verstärkte Räume: Dichte größer als 150 Einwohner/km² oder Oberzentrum über 100 000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km²;

Regionsgrundtyp 3 – Ländliche Räume: Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100 000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100 000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

Tabelle 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2008

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	1 922 573	1 861 284	17 312
Bayern	2 584 665	2 510 393	20 050
Berlin	692 412	617 538	18 032
Brandenburg	508 772	578 065	22 854
Bremen	189 067	127 438	19 249
Hamburg	402 457	294 090	16 601
Hessen	1 172 768	1 209 088	19 920
Mecklenburg-Vorpommern	381 257	378 105	22 610
Niedersachsen	1 492 686	1 574 240	19 774
Nordrhein-Westfalen	3 955 631	3 918 345	21 808
Rheinland-Pfalz	842 303	881 727	21 834
Saarland	242 703	235 364	22 770
Sachsen	933 144	916 684	21 798
Sachsen-Anhalt	553 624	576 119	24 031
Schleswig-Holstein	513 336	527 142	18 588
Thüringen	536 782	537 256	23 585

*auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

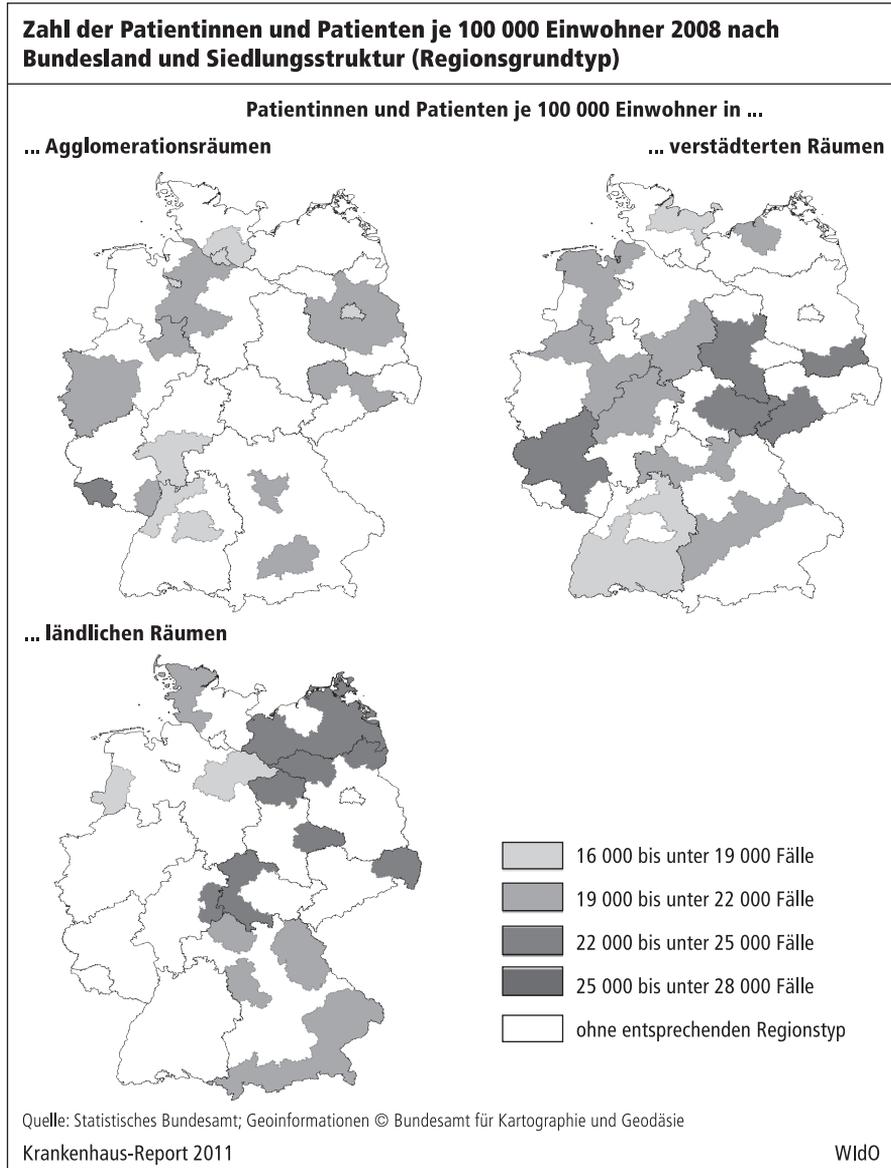
WIdO

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 470 500 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 2008 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,8 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 6,1 Mill. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 36,1 % der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2008 bei 55,4 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 37,3 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 84,1 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen.

Abbildung 20–1



Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4,5%). Entgegen ärztlichen Rat wurde die Behandlung in 1,9% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,2% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,2% der Fälle (Abbildung 20–3).

Abbildung 20–2

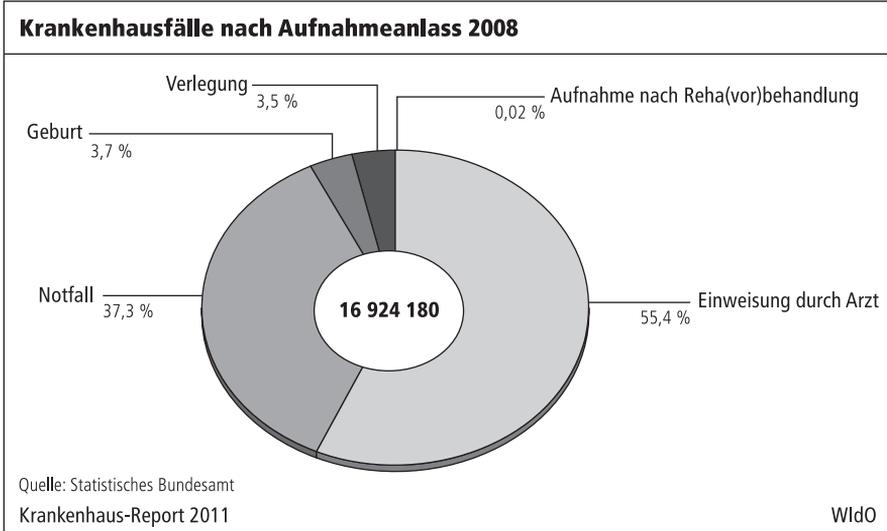
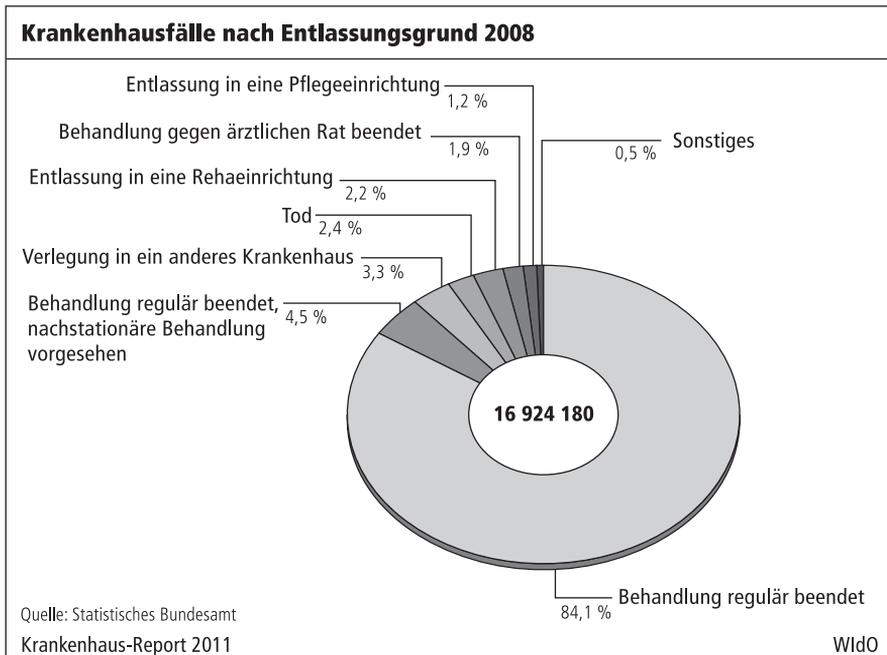


Abbildung 20–3



20.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁷ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdia gnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁸ zu kodieren.

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

In Bezug auf die Hauptdiagnosegruppe wurden die Patientinnen und Patienten am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,7 Mill. Fälle) sowie aufgrund von Neubildungen (1,9 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,8 Mill. Fälle) behandelt. Während bei den Männern diese Rangfolge die gleiche ist, stehen bei den Frauen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems an zweiter Stelle die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, gefolgt von Neubildungen sowie den Krankheiten des Verdauungssystems.

Wenn man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) nicht berücksichtigt, war mit 351 200 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) wie im Jahr zuvor die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren an erster Stelle die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) und die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose primär auf die Implantation eines Herzschrittmachers und

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

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

Tabelle 20–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2008

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			351 160	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			3 046 020	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	173 208	5,7
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	165 347	5,4
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	144 591	4,7
4	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	135 590	4,5
5	N18	Chronische Niereninsuffizienz	132 850	4,4
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			32 424	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7 343	22,6
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 166	6,7
3	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1 778	5,5
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 669	5,1
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1 381	4,3

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

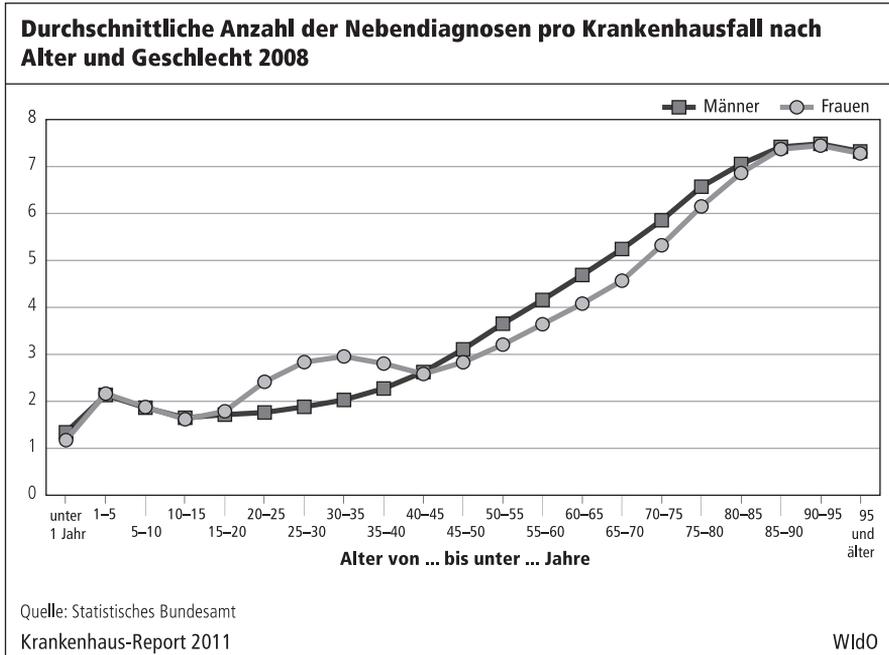
WIdO

Defibrillators (5-377), die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie die chirurgische Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-893) (Tabelle 20–2).

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

Im Jahr 2008 wurden auf einem leicht höheren Niveau als im Vorjahr durchschnittlich 4,3 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 20–4).

Abbildung 20–4



Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – deutlich mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter an. Regional nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen in Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 4,7) sowie in Berlin (4,6) deutlich höher als in Hessen (3,9) und Rheinland-Pfalz (4,1).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) und dem Typ-II-Diabetes, dem nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (E11). Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls bei den Männern, bei den Frauen liegt an zweiter Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) noch vor den sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) und der Schwangerschaftsdauer (O09). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 20–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20b bis 20–d) zu finden.

Tabelle 20-3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2008

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			72 299 873	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 887 844	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 226 400	3,1
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 049 831	2,8
4	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 600 979	2,2
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 554 622	2,2
6	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1 421 547	2,0
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 297 143	1,8
8	I50	Herzinsuffizienz	1 274 963	1,8
9	N18	Chronische Niereninsuffizienz	1 221 118	1,7
10	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 186 601	1,6
11	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 106 214	1,5
12	E66	Adipositas	968 159	1,3
13	O09	Schwangerschaftsdauer	906 741	1,3
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	816 104	1,1
15	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	681 752	0,9
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	671 256	0,9
17	Z37	Resultat der Entbindung	655 159	0,9
18	D62	Akute Blutungsanämie	648 761	0,9
19	E86	Volumenmangel	636 066	0,9
20	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	592 862	0,8
21	R15	Stuhlinkontinenz	585 833	0,8
22	E03	Sonstige Hypothyreose	583 960	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	569 806	0,8
24	K29	Gastritis und Duodenitis	509 777	0,7
25	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	481 767	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

20.5 Operationen und medizinische Prozeduren

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

Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.⁹ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren¹⁰. Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2008 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 41,8 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,5 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (2,8), des Saarlandes und in Berlin (jeweils 2,7) behandelt wurden, am höchsten. Am niedrigsten lagen sie in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen (jeweils 2,3). Die Betrachtung nach dem Wohnort der Behandelten zeigt dagegen nur geringfügige Unterschiede.

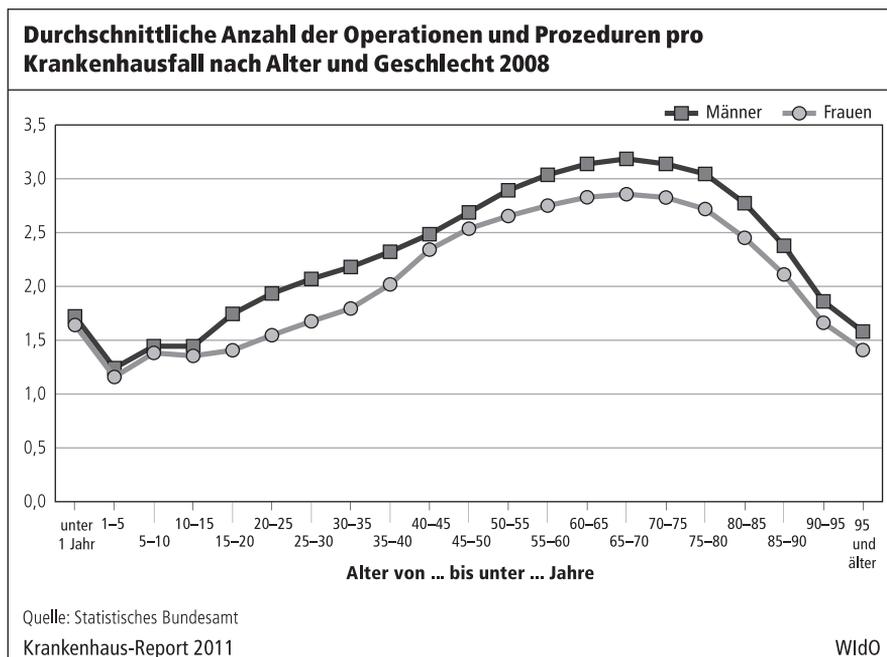
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen stieg die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei Frauen und Männern bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2008 bei den 65- bis unter 70-Jährigen mit durchschnittlich 2,9 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,2 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei den Kindern und Jugendlichen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2008 bei den über 95-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

⁹ Die Klassifikation wird seit 1993 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach den §§ 295 und 301 SGB V im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben und bereitgestellt. Der OPS ist überwiegend numerisch-hierarchisch strukturiert und weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Die Hierarchieklassen umfassen Kapitel, Bereichsüberschriften, 3-Steller, 4-Steller, 5-Steller und 6-Steller.

¹⁰ Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Abbildung 20–5



Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern ab 15 Jahren deutlich über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 20–5).

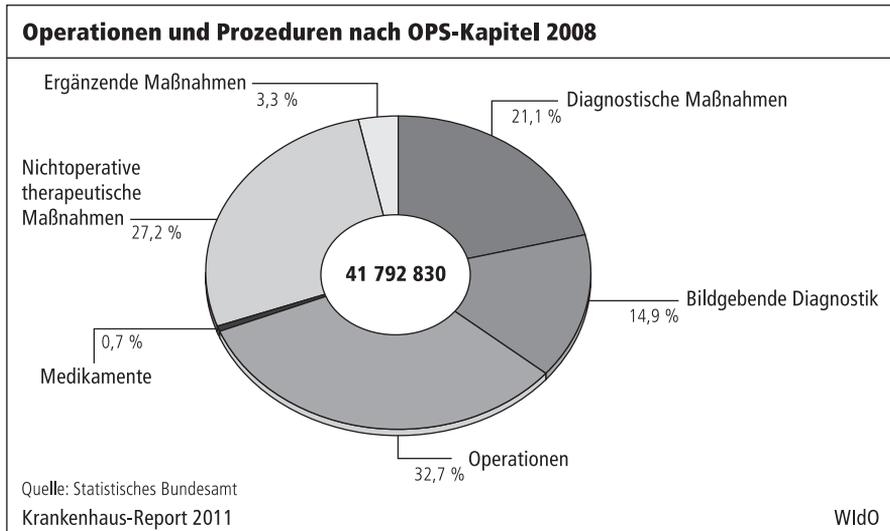
Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), *Operationen* (z. B. an den Bewegungsorganen), *Medikamente* (z. B. Verabreichung zur Krebsimmuntherapie, bei 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 Eingriffen 27,2% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (11,4 Mill.), 21,1% auf diagnostische Maßnahmen (8,8 Mill.) und 14,9% auf die bildgebende Diagnostik (6,2 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (13,7 Mill.) mit einem Anteil von 32,7% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der bildgebenden Diagnostik mit einem Zuwachs von 6,8% (Abbildung 20–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 20–4.

Insgesamt ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit geringen jährlichen Zuwächsen und Raten zwischen 40,2% im Jahr 2005 und 40,6% im Jahr 2007 weitestgehend stabil

Abbildung 20–6



geblieben. Im Jahr 2008 wurde die 40%-Marke jedoch mit 39,7% und sinkenden Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr erstmals unterschritten.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften die Operationen an den Bewegungsorganen (3,7 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,2 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (1,1 Mill.).

Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen¹¹ Allgemeine Chirurgie (29,2%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12,6%) sowie der Orthopädie (9,5%) erbracht (Tabelle 20–5 und Abbildung 20–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgte bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (241 600 Fälle), der sonstige Kaiserschnitt (167 600 Fälle) und andere Operationen am Darm (162 400 Fälle). Bei Männern lagen bei den operativen Eingriffen an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruches (Hernia inguinalis–157 700 Fälle), gefolgt von der arthroskopischen Operation am Gelenknorpel und an den Menisken (140 100) sowie der chirurgischen Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (131 600). Tabelle 20–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die 36% aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 20–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2008 erbracht wurden. Diese decken rund 70% aller operativen Eingriffe ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei

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

Tabelle 20-4
Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2008

Operation/Prozedur ¹ nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					
	Insgesamt	0-20	20-40	40-60	60-85	85 und älter
Weiblich						
Insgesamt	20901 330	1 564 101	2 903 574	4 578 944	10 217 583	1 637 124
Diagnostische Maßnahmen	4 210 316	3 21 620	3 90 818	9 49 749	2 20 674 8	3 41 379
Bildgebende Diagnostik	3 026 964	85 110	2 34 046	6 64 993	1 73 6 819	3 05 996
Operationen	7 379 635	3 70 740	1 49 6 290	1 92 0 538	3 20 0 308	3 91 7 59
Medikamente	118 585	4 989	7 310	35 377	68 650	2 259
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	5 271 966	4 31 717	4 19 268	9 55 810	2 89 6 984	5 68 185
Ergänzende Maßnahmen	886 255	3 46 294	3 52 440	5 2 174	1 07 824	2 7 523
Unbekannte Operation/Maßnahmen	7 609	3 631	3 402	303	250	23
Männlich						
Insgesamt	20 889 061	1 812 256	1 753 953	5 416 878	11 202 120	7 03 852
Diagnostische Maßnahmen	4 603 332	3 36 788	3 35 957	1 20 2 288	2 57 2 851	1 55 448
Bildgebende Diagnostik	3 219 653	1 00 959	2 55 435	8 41 798	1 89 8 555	1 22 906
Operationen	6 296 937	4 79 010	8 17 056	1 84 0 230	2 99 2 180	1 68 461
Medikamente	156 883	6 341	7 832	46 444	94 638	1 628
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 104 928	5 35 240	3 27 887	1 44 6 305	3 54 9 511	2 45 984
Ergänzende Maßnahmen	501 136	3 48 966	9 602	39 538	93 623	9 406
Unbekannte Operation/Maßnahmen	6 192	4 952	184	275	762	19

¹⁾ ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Tabelle 20-5
Operationen 2008 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt		Weiblich	Männlich	Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Weiblich	Männlich	Weiblich
		Anzahl	Anzahl						
5	Operationen	13677709	6296937	7379635	2,9	2,6	3,2	2,6	3,2
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	595314	303318	291950	6,6	6,1	7,2	6,1	7,2
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	195608	54791	140816	6,1	7,2	5,7	7,2	5,7
5-08-5-16	Operationen an den Augen	499690	235258	264429	3,1	4,5	1,9	4,5	1,9
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	137383	77176	60205	-0,6	-1,4	0,4	-1,4	0,4
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	429740	266134	163591	2,7	2,0	4,0	2,0	4,0
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	326356	175475	150870	-1,1	-0,9	-1,4	-0,9	-1,4
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	111094	73844	37240	1,8	1,3	2,8	1,3	2,8
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	129755	83115	46635	7,3	7,4	7,1	7,4	7,1
5-35-5-37	Operationen am Herzen	334262	217782	116467	1,2	1,6	0,4	1,6	0,4
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	632019	338716	293200	-18,7	-22,1	-14,4	-22,1	-14,4
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	165767	54920	110827	13,5	5,3	18,1	5,3	18,1
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2164669	1111790	1052745	3,2	3,8	2,6	3,8	2,6
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	547802	349339	198421	2,6	2,5	2,6	2,5	2,6
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	229065	228372	/	0,2	0,2	-	0,2	-
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	651577	-	651577	-0,8	-	-0,8	-	-0,8
5-72-5-75	Geburthilfliche Operationen	767255	-	767255	2,2	-	2,2	-	2,2
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	71054	44637	26417	4,2	4,8	3,2	4,8	3,2
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3689711	1708579	1980638	5,7	5,7	5,8	5,7	5,8
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	195821	5275	190526	5,9	3,0	6,0	3,0	6,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1057714	584257	473280	5,9	6,0	5,8	6,0	5,8
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	746053	384159	361853	9,6	9,5	9,6	9,5	9,6

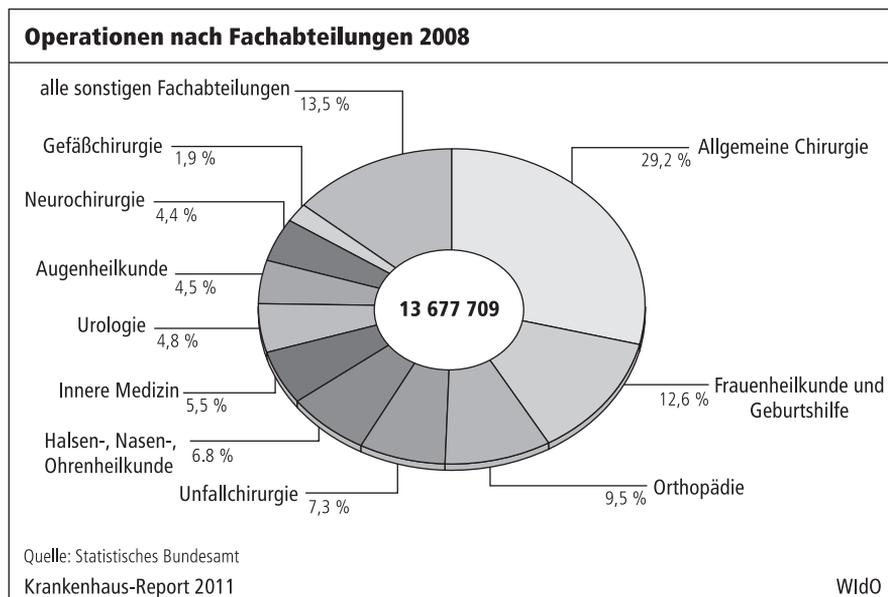
¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

Wido

Abbildung 20–7



den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen (390 100 Fälle), arthroskopische Gelenkoperationen (360 400 Fälle) sowie der endoprothetische Gelenk- und Knochenersatz (310 200 Fälle). Bei den Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (394 000 Fälle), Operationen an Haut und Unterhaut (336 900 Fälle) sowie an anderen Knochen (325 300) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Viersteller: Zusatztabellen 20–e bis 20–g; Dreisteller: Zusatztabellen 20–h bis 20–j) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei den minimal-invasiven Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerztherapie (53,7%), bei anderen Operationen am äußeren Ohr (45,4%) sowie der Osteosynthese und dem Knochenersatz an der Wirbelsäule (34,5%). Der stärkste Rückgang war bei anderen Operationen an den Nasennebenhöhlen (60,5%) und an Blutgefäßen (59,0%) sowie bei der chirurgischen Inzision der Vulva (34,5%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich der stärkste Zuwachs bei anderen Operationen an Lunge und Bronchus (19,6%) sowie bei Operationen am Lymphgewebe (14,8%) und an der Wirbelsäule (14,5%). Zu den operativen Eingriffen mit dem höchsten Rückgang gehörten andere Operationen an Blutgefäßen (38,4%) sowie Operationen an der Vulva (6,8%) und an den Koronargefäßen (5,9%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20–k und 20–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2008 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^{1) 2)}	13 677 709	100,0
1	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	285 601	2,1
2	5-469 Andere Operationen am Darm	278 827	2,0
3	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	241 622	1,8
4	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	233 626	1,7
5	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	228 448	1,7
6	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	209 487	1,5
7	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	208 912	1,5
8	5-511 Cholezystektomie	190 023	1,4
9	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	179 971	1,3
10	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	168 343	1,2
11	5-749 Andere Sectio caesarea	167 555	1,2
12	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	157 872	1,2
13	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	156 928	1,1
14	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	156 772	1,1
15	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	154 722	1,1
16	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	153 815	1,1
17	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	148 332	1,1
18	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	147 574	1,1
19	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	139 618	1,0
20	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	133 253	1,0
21	5-144 Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	131 114	1,0
22	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	131 035	1,0
23	5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]	130 884	1,0
24	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	130 830	1,0
25	5-470 Appendektomie	129 848	0,9
26	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	119 340	0,9
27	5-738 Episiotomie und Naht	118 882	0,9
28	5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	115 724	0,8
29	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	114 596	0,8
30	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	114 154	0,8

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

Wido

Tabelle 20–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2008 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen¹⁾²⁾	13 677 709	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	754 450	5,5
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	666 086	4,9
3	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	617 387	4,5
4	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	540 648	4,0
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	531 534	3,9
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	483 095	3,5
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	417 715	3,1
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	374 419	2,7
9	5-46 Andere Operationen an Dün- und Dickdarm	356 564	2,6
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	338 031	2,5
11	5-21 Operationen an der Nase	298 294	2,2
12	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	295 146	2,2
13	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	295 120	2,2
14	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dün- und Dickdarm	282 186	2,1
15	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	277 231	2,0
16	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	267 805	2,0
17	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	259 170	1,9
18	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	257 600	1,9
19	5-57 Operationen an der Harnblase	257 385	1,9
20	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	213 966	1,6
21	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	189 950	1,4
22	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	188 503	1,4
23	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	187 345	1,4
24	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	183 776	1,3
25	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	168 593	1,2
26	5-65 Operationen am Ovar	168 171	1,2
27	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	165 626	1,2
28	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	160 795	1,2
29	5-49 Operationen am Anus	157 024	1,1
30	5-14 Operationen an der Linse	152 491	1,1

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) 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. ab 2009 der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Eine Erfassung und der entsprechende Nachweis dieser Leistungen erfolgt deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 18 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

20.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden¹².

Danach wurden 90,9% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 89,8% und bei den Frauen 91,8%. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 7,8% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3% nur noch sehr selten (Tabelle 20–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,4 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,3 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 6,5 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,4 Tagen (Abbildung 20–8).

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 4,7 Mill. Fällen (27,7%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mill. Fällen (16,7%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (11,9%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,5 Tage, in der Chirurgie 7,6 Tage und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,7 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 271 100 Fällen Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf

¹² Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 20–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2008 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	15 387 473	90,9	7 052 558	89,8	8 334 383	91,8
Zwei Fachabteilungen	1 323 090	7,8	683 793	8,7	639 189	7,0
Drei und mehr	213 617	1,3	112 939	1,4	100 651	1,1

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

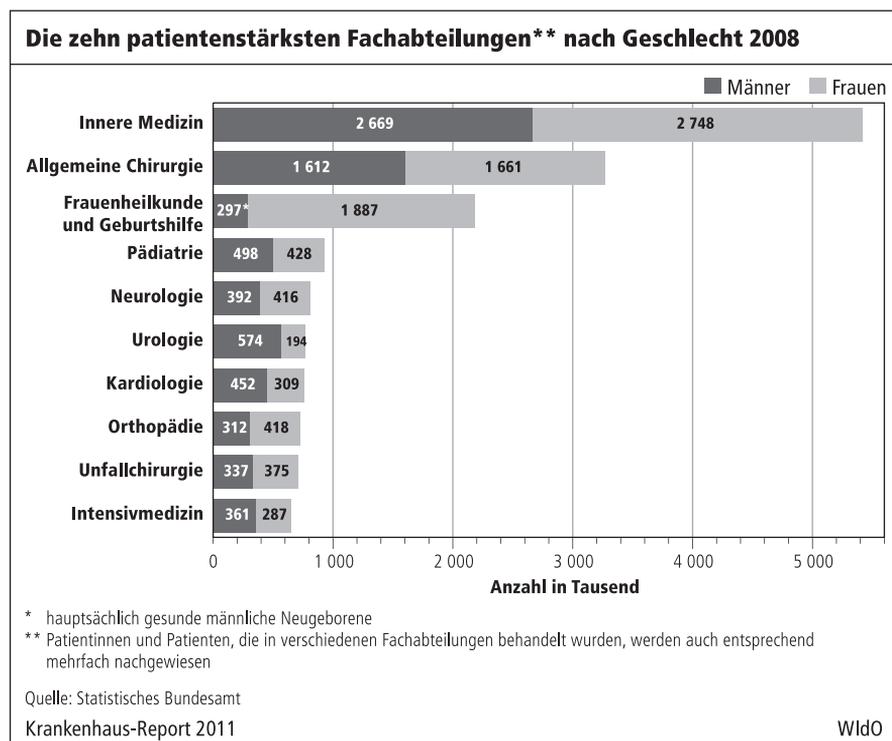
Krankenhaus-Report 2011

WlDO

5,8 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,1 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90 % der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) mit 160 200 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,4 % aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit

Abbildung 20–8



rund 65 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen, aber auch noch mit fast 30 % die 45- bis unter 65-jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 5,5 Tagen.

Die Herzerkrankung Angina Pectoris (I20) war für 3,3 % der Behandlungsfälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 4,7 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (64,9 %) bzw. zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (30,9 %) (Tabelle 20–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 9,6 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 746 100 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 der Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377). Zwischen 84,7 % und 69,8 % der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 20–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,8 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,6 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosehauptgruppen in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,5 % wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (156 100 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 3,3 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter (44,4 %) bzw. zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (35,2 %).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3 % und 150 200 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (36,6 %) sowie 65 Jahre und älter (35,8 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war mit 3,5 % die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 97 700 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,5 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (59,1 %).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 7,2 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 4 Mill. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle stand die Gallenblasenentfernung (5-511), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530) und anderen Operationen am Darm (5-469). Mit Anteilen zwischen 54,3 % und 39,0 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

Tabelle 20–9
Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2008

Rang Pos.	ICD- Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten						
		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
				0–15	15–45	45–65	65 und älter	
		Anzahl		Anzahl				
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt								
1	I50	Herzinsuffizienz	7,5	4 687 418	10 193	594 243	1 130 184	2 952 794
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	11,1	271 081	0	2 052	25 060	243 969
3	I20	Angina pectoris	5,5	160 166	8	11 550	44 629	103 979
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhoffimmern	4,7	154 135	0	6 429	47 638	100 068
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6,3	148 053	1	5 282	34 360	108 410
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	10,4	134 548	312	9 757	20 780	103 699
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8,5	126 074	0	4 786	32 749	88 539
8	R55	Synkope und Kollaps	9,8	124 806	0	2 566	28 861	93 379
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	5,4	112 493	277	16 602	21 927	73 687
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	10,8	111 660	6	4 613	27 757	79 284
11	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4,1	104 955	1 060	51 189	43 652	90 53
12	K29	Gastritis und Duodenitis	4,6	85 285	0	1 870	26 369	57 046
13	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	5,3	83 104	77	18 464	21 450	43 113
14	R07	Hals- und Brustschmerzen	7,8	75 830	0	1 483	27 593	46 754
15	I63	Hirninfrakt	2,9	75 555	39	18 411	28 563	28 542
			11,2	66 390	0	914	8 386	57 090
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt								
1	K40	Hernia inguinalis	7,6	2 819 744	84 751	689 847	833 161	1 211 985
2	K80	Cholelithiasis	3,3	156 071	1 579	30 289	54 897	69 306
3	K35	Akute Appendizitis	6,3	150 188	170	41 241	55 023	53 754
			5,5	97 726	14 426	57 727	16 067	9 506

Tabelle 20-9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			Anzahl
					0-15	15-45	45-65	
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt								
4	S06	Intrakranielle Verletzung	7,6	2 819 744	84 751	689 847	833 161	1 211 985
5	S72	Fraktur des Femurs	2,7	87 545	11 775	34 298	14 639	26 833
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15,3	75 981	561	3 227	7 604	64 589
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	10,8	72 825	2	2 470	22 175	48 178
8	I70	Atherosklerose	9,1	72 096	2 545	22 347	24 549	22 655
9	E04	Atherosklerose	14,2	69 706	1	848	18 138	50 719
10	K57	Sonstige nichttoxische Struma	4,4	68 562	51	18 777	33 649	16 085
11	K56	Divertikulose des Darms	11,8	65 746	11	7 788	26 233	31 714
12	S52	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,5	63 224	1 043	9 402	14 742	38 037
13	I83	Fraktur des Unterarmes	4,9	63 169	6 537	10 266	15 766	30 600
14	S82	Varizen der unteren Extremitäten	3,7	54 370	9	9 566	23 651	21 144
15	M16	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8,7	50 120	2 763	8 501	11 217	27 639
		Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	13,8	47 501	0	954	12 265	34 282

¹⁾ Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

Wido

Tabelle 20–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2008

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
Innere Medizin							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			9554 634	6 643	859 293	2 524 056	6 164 637
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	746 072	432	44 248	1 731 63	5 282 229
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,0	133 934	5	10 538	29 934	93 457
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,4	85 220	1	2 412	20 406	62 401
3	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,4	55 321	4	966	7 506	46 845
4	5-469 Andere Operationen am Darm	7,1	52 661	2	2 613	13 090	36 956
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	33 258	7	1 989	10 342	20 920
6	5-431 Gastrostomie	4,0	29 767	3	767	4 188	24 809
7	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,7	27 369	1	2 298	10 378	14 692
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,6	26 842	4	1 527	6 345	18 966
9	5-893 Chirurgische [Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	3,1	23 102	13	799	5 338	16 952
10	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,9	21 736	2	458	2 573	18 703
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			7 222 405	76 522	1 210 502	2 230 049	3 705 332
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	3 989 669	57 262	827 869	1 328 830	1 775 708
1	5-511 Cholezystektomie	4,3	1 72 860	163	42 869	62 423	67 405
2	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	4,0	1 60 011	1 925	30 780	56 191	71 115
3	5-469 Andere Operationen am Darm	3,7	1 49 150	727	20 625	46 860	80 938
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,2	1 26 172	494	29 686	54 958	41 034
5	5-470 Appendektomie	2,8	1 12 305	16 275	67 506	17 778	10 746
6	5-893 Chirurgische [Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	1 03 584	1 210	18 333	28 500	55 541

Tabelle 20–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren		
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65 und älter
Allgemeine Chirurgie						
Insgesamt Operationen und Prozeduren						
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,0	81 681	810	12 799	23 915
8	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,0	81 054	9	15 333	36 868
9	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	2,0	79 114	65	7 007	24 113
10	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,9	74 640	2	1 072	13 969

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Ohne Duplikate

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

⁴⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

20.7 Fallzahlen und Erlöse nach DRGs

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalisierten Preisen vergütet werden.¹³ Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) und den abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) zur Verfügung.

Bei der Betrachtung nach der jeweiligen Hauptdiagnosegruppe MDC lagen im Jahr 2008 an erster Stelle die Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,1%), gefolgt von Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (14,7%) sowie den Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (12,3%). Die größten Zuwächse gegenüber dem Vorjahr erfolgten im Kapitel Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen (5,5%). An zweiter Stelle lag die Prä-MDC (5,3%), die vorwiegend Beatmungsfälle und Transplantationen zusammenfasst, gefolgt von infektiösen und parasitären Krankheiten (4,5%). Die deutlichsten Rückgänge wiesen die MDCs Psychiatrische Krankheiten und Störungen (9,3%), Polytrauma (7,0%) und HIV (3,9%) auf (Abbildung 20–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (535 900 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (421 400 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (339 500 Fälle) waren im Jahr 2008 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 20–10). Von den rund 1 100 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 24% und die fünfzig häufigsten DRGs 41% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,2% rein medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,6% operative Behandlungen (Partition O) und 4,2% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A).

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in Hauptabteilungen in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (2,0%) gefolgt von Kniegelenksimplantationen (1,7%) sowie Eingriffen an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,2%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 342 400 Patientinnen und Patienten zusammengenommen

13 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 freiwillig teilnehmender 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.

Abbildung 20–9

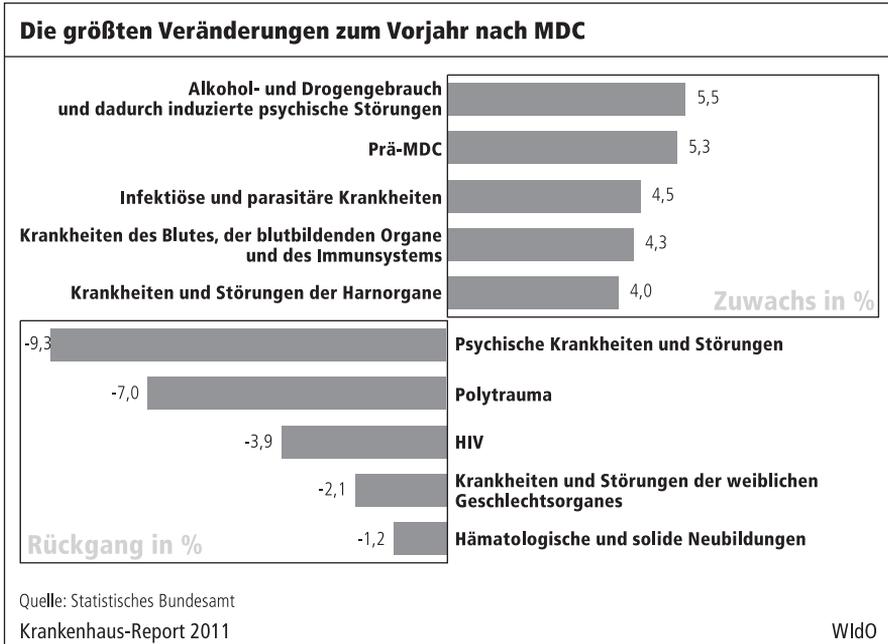


Abbildung 20–10

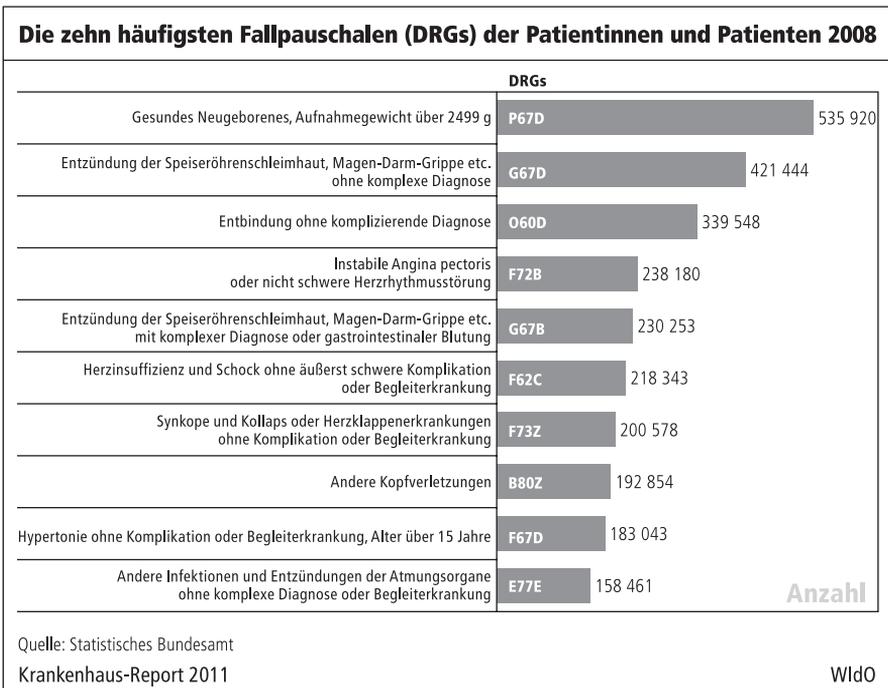


Tabelle 20–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen in Hauptabteilungen 2008

DRG	Bezeichnung	Fälle	Anteil an allen Fällen		Erlös-volumen ¹⁾	
			in %	in 1 000 EUR	in %	in 1 000 EUR
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	145 096	0,9	957 860	2,0	
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	114 605	0,7	818 352	1,7	
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe am Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	82 720	0,5	572 329	1,2	
G67D	Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose	414 992	2,6	528 317	1,1	
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	213 574	1,3	517 963	1,1	

¹⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösvolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit Landesbasisfallwert und Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

4,8 % der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,3 Mrd. Euro (Tabelle 20–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit Langzeitbeatmung (A18Z) sowie die Behandlung von Schwerstunfallverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer aufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 212,6 Mill. Euro in Hauptabteilungen im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von rund 1 400 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,4 % am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient hochgerechnet rund 194 000 Euro (Tabelle 20–12).

Tabelle 20–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs in Hauptabteilungen 2008

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation ¹⁾	Fälle	Anteil an allen Fällen		Erlös-volumen ²⁾	
				in %	in 1 000 EUR	in %	in 1 000 EUR
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	68,986	146	0,001	28 326	0,06	
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	62,282	469	0,003	81 472	0,17	
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	49,730	743	0,005	102 763	0,21	
P61A	Neugeborenes mit Aufnahme-gewicht unter 600 g und signifi-kanter Operation	44,193	171	0,001	21 124	0,04	
A07A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff sowie Beatmung zwischen 1 000 und 1 799 Stunden	37,832	1 057	0,007	111 583	0,23	

¹⁾ Bewertungsrelation bei Versorgung in Hauptabteilung. Die Bewertungsrelation ist das Erlösäquivalent, das auf der Grundlage einer Kostenkalkulation für jede Fallpauschale festgelegt ist. Multipliziert mit dem jeweilig gültigen Landesbasisfallwert (bzw. je nach Vereinbarung mit dem krankenhausindividuell ausgehandelten Basisfallwert) ergibt unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen z. B. für Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauer den abzurechnenden Preis der Fallpauschale

²⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit Landesbasisfallwert und Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Teil V

Krankenhaus-Directory

(Kapitel 21)

This page intentionally left blank

21 Krankenhaus-Directory 2009

DRG-Krankenhäuser im letzten Jahr der Budgetkonvergenz

Im diesjährigen Directory deutscher Krankenhäuser gehen neben Eckdaten aus den Budgetvereinbarungen¹ auch Informationen zu QSR-Behandlungsergebnissen² aus den Jahren 2006–2008 für AOK-Versicherte in den drei Leistungsbereichen „Einsetzen einer Endoprothese bei Coxarthrose“ (Hüft-EP), „Einsetzen einer Endoprothese oder osteosynthetische Versorgung nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch“ sowie „Einsatz eines künstlichen Kniegelenks bei Gonarthrose“ (Knie-TEP) ein. Insgesamt finden 1 588 Krankenhäuser Eingang, von denen zu 1 475 Einrichtungen eine Budgetvereinbarung des Jahres 2009 vorliegt.

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2009 mit einem anderen Krankenhaus fusioniert oder wurden geschlossen.

Betten

Jedes Krankenhaus wird nach seiner Bettenzahl klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- <50 = unter 50 Betten
- <100 = 50 bis unter 100 Betten
- <200 = 100 bis unter 200 Betten
- <500 = 200 bis unter 500 Betten
- <1 000 = 500 bis unter 1 000 Betten
- >1 000 = über 1 000 Betten

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2009, andernfalls aus den Vorjahren. Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 bilden mit 37% der hier dargestellten Einrichtungen die größte Gruppe, gefolgt von der Größenklasse 100 bis unter 200 mit 25% und kleiner 50 mit 23%. Lediglich 4% der dargestellten Häuser weisen mehr als 1 000 Betten auf.

Träger

In dieser Spalte wird die Trägerschaft des Krankenhauses mit folgenden Abkürzungen geschlüsselt:

¹ Die Aufbereitung erfolgt aus den Unterlagen zur Verhandlung von DRG-Krankenhäusern, den „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

² Die Abkürzung QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“.

ö für öffentlich
 fg für freigemeinnützig
 p für privat

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2009, Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 42 % der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen mit 32 %. Die restlichen 25 % befinden sich in privater Trägerschaft.

Notfall (nur im Internetportal)

In dieser Spalte findet sich ein „N“, sofern für das Krankenhaus im Jahr 2009 ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde (siehe im Internetportal unter www.krankenhaus-report-online.de).

Z-Bax (Zahlbasisfallwert)

Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, der multipliziert mit der Bewertungsrelation den Preis einer DRG-Fallpauschale festlegt. Für die Vergütung der Krankenhausfälle einer laufenden Periode ist der Zahlbasisfallwert maßgeblich, der auch Transferzahlungen aus vergangenen Perioden, sogenannte Erlösausgleiche, berücksichtigt. Außerdem dient der Zahlbasisfallwert auch der sachgerechten Umsetzung unterjährig vereinbarter Gesamtjahreswerte. Der gemittelte Zahlbasisfallwert (Z-Bax) ist ein Indikator für das tatsächlich herrschende Preisniveau des Jahres für Krankenhausleistungen, die nach DRGs vergütet werden.³ Der Z-Bax umfasst alle relevanten Zu- und Abschlagstatbestände. Deren Vergütung wird ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert, ausgedrückt (Friedrich et. al. 2010).⁴

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2009 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2009, und es somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz in diesem Jahr ausgenommen ist.

Casemix

Der Casemix ist die Summe aller Bewertungsrelationen einer Einrichtung. Jedes Krankenhaus wird anhand des vereinbarten Casemix klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

³ Der bundesweite Z-Bax steht wochenaktuell unter www.wido.de als Download zur Verfügung.

⁴ Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Der tagesbezogene Investitionszuschlag wird näherungsweise über die mittlere Verweildauer der vereinbarten DRGs ermittelt. Die berücksichtigten Zuschläge im Z-Bax lauten z. Zt.: Zuschlag Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP), Zuschlag Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen (AZV), Zuschlag Ausbildungsfinanzierung, Investitionszuschlag, Zuschlag Qualitätssicherungszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag Zentren und Schwerpunkte, Zuschlag Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für Anschubfinanzierung Integrierter Versorgung, Abschlag Mehrleistungen in 2009, Abschlag Nichtteilnahme am Datenträgeraustausch, Abschlag Nichtteilnahme an Notfallversorgung, Sanierungsabschlag, Ausgleiche, Kappung, Konvergenzverlängerung und Konvergenz Besondere Einrichtungen.

- <1 000 = unter 1 000 Bewertungsrelationen
- <5 000 = 1 000 bis unter 5 000 Bewertungsrelationen
- <10 000 = 5 000 bis unter 10 000 Bewertungsrelationen
- <20 000 = 10 000 bis unter 20 000 Bewertungsrelationen
- <50 000 = 20 000 bis unter 50 000 Bewertungsrelationen
- >50 000 = über 50 000 Bewertungsrelationen

CMI (Casemix-Index)

Der Casemix-Index (CMI) beschreibt die mittlere Fallschwere eines Krankenhauses. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Casemix (Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses) und der Gesamtzahl der über DRGs abgerechneten Fälle eines Krankenhauses. Der hier ausgewiesene CMI enthält keine teilstationären DRGs.

Abw. CMI Land (nur im Internetportal)

Für jede Einrichtung erfolgt ein Vergleich zwischen individuellem CMI mit dem entsprechenden Landeswert (siehe im Internetportal unter www.krankenhausreport-online.de). Die Abweichungen werden mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

- +++ = Abweichung vom Landeswert von über 20%
- ++ = Abweichung vom Landeswert von 10% bis unter 20%
- + = Abweichung vom Landeswert von 0% bis unter 10%
- = Abweichung vom Landeswert von 0% bis über -10%
- = Abweichung vom Landeswert von -10% bis über -20%
- = Abweichung vom Landeswert von unter -20%

Leistungsdichte Basis-DRGs

Es wird jeweils angegeben, mit wie vielen Basis-DRGs (A-DRGs) jeweils 25 % und 50 % aller Leistungen eines Hauses erreicht werden. Basis-DRGs stellen eine Obergruppe für eine oder mehrere DRGs dar, die durch die gleichen Diagnosen- und/oder Prozedurencodes definiert sind. DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch, d. h. durch eine Schweregradunterteilung. In der G-DRG-Version 2009 existieren 573 Basis-DRGs.

Im Internetportal befindet sich eine zusätzliche Spalte für die Zahl der Basis-DRGs zu 75 % aller Leistungen.

TOP 3 MDC

In einer weiteren Annäherung an das DRG-Leistungsspektrum eines Hauses werden die drei jeweils stärksten MDCs mit ihrer Nummer sowie dem jeweiligen Prozentanteil an sämtlichen DRG-Leistungen dokumentiert⁵. Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

⁵ Im Internetportal findet sich die erweiterte Darstellung der TOP 5 MDCs.

- 2 Fehler-DRGs und sonstige DRGs
- 1 Pre-MDC
 - 1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
 - 2 Krankheiten und Störungen des Auges
 - 3 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
 - 4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
 - 5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
 - 6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
 - 7 Krankheiten und Störungen am hepatobiliären System und Pankreas
 - 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
 - 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
- 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
- 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 15 Neugeborene
- 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
- 17 Hämatologische und solide Neubildungen
- 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens

Partitionen in % (Verteilung über die Partitionen)

Eine MDC kann in drei Partitionen aufgeteilt sein:

- DRGs liegen in der chirurgischen Partition, wenn sie eine Prozedur beinhalten, für die ein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der anderen Partition beinhalten Prozeduren, die in der Regel diagnostische Maßnahmen abbilden und für die kein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der medizinischen Partition beinhalten keine relevanten Prozeduren.

Die Abkürzungen der Partitionen bedeuten Folgendes:

- o = operativ
- a = andere
- m = medizinisch

In der Printversion wird lediglich der prozentuale Anteil von Fällen in der operativen Partition dargestellt. Im Internetportal sind für jedes Krankenhaus alle drei Partitionen ausgewiesen.

Budget-Anteile ZE/SE

Für Leistungen, die mit DRGs noch nicht sachgerecht vergütet werden, können die Vertragspartner individuelle Leistungskomplexe und Entgelte vereinbaren. Dazu gehören im Jahr 2009 u. a. 41 DRGs, zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrichtungen und teilstationäre Behandlung⁶. Die Spalte Budgetanteil SE beschreibt den Anteil solcher tages- oder fallbezogenen Leistungen am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil ist von der Vergütung nach DRGs sowie der Budgetkonvergenz ausgenommen.

Zusatzentgelte können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 73 vom InEK kalkulierten und bundeseinheitlich vergüteten Zusatzentgelte hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden.

Bes. Leist. (B/N/H/P)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern sind Leistungsbereiche vereinbart, die nach der Fallpauschalenverordnung Besondere Einrichtungen (FPVBE) 2009 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2009 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB) vereinbart wurden. „H“ kennzeichnet Krankenhäuser, in denen Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. „P“ markiert Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung.

Infozeile Bundesland

Die Darstellung ist sortiert nach Bundesländern und dem Namen des Standortes. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile die gewichteten Mittelwerte CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG, Top MDC, Budgetanteile von Zusatzentgelten und Sonstigen Entgelten sowie die Anzahl der Krankenhäuser mit vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt (Tabelle 22–1).

QSR-Behandlungsergebnisse

Das QSR-Verfahren der AOK ist ein Verfahren zur Qualitätssicherung von Krankenhausbehandlungen. Die Abkürzung QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Im QSR-Verfahren kann durch die konsequente Analyse der Behandlung und des Überlebensstatus bis zu einem Jahr nach der Erstoperation auch die langfristige Behandlungsqualität gemessen werden. Es gehört damit zu den verlässlichsten Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland. Zur Berechnung der Qualitätsindikatoren werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten verwendet. Diese werden den Krankenkassen automatisch vom Krankenhaus übermittelt, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung zu stellen oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor (vgl. Heller 2010).

⁶ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Tabelle 21-1
Budgetanteile nach Bundesländern

	Anzahl		CMI	Partitionen in %			Leistungsdichte Basis-DRGs			Top 3 MDC			Budgetanteile in %		n. Notfall			bes. Leistungen		
	KHs	VB		O	A	M	0,25	0,5	1	2	3	ZE	SE	B	N	H	P			
Baden-Württemberg	191	187	1,087	39	3	56	13	48	5:15 %	8:14 %	6:12 %	2,7	3,1	17	13	51	4	37		
Bayern	292	287	1,038	39	3	57	14	47	8:17 %	5:15 %	6:12 %	2,9	4,9	13	68	113	11	31		
Berlin	50	34	1,185	43	6	50	16	56	8:15 %	5:13 %	6:11 %	3,5	2,2	13	9	8	1	6		
Brandenburg	47	46	1,057	35	5	59	13	47	5:17 %	8:16 %	6:12 %	2,5	1,5	0	1	17	0	14		
Bremen	12	12	1,089	38	4	56	14	51	8:15 %	5:14 %	6:12 %	3,3	4,2	11	0	5	1	0		
Hamburg	27	16	1,120	44	5	50	13	45	8:18 %	6:14 %	5:9 %	1,5	2,9	7	0	0	0	0		
Hessen	120	104	1,072	38	5	56	14	49	5:15 %	8:15 %	6:12 %	1,9	3,0	24	10	13	2	13		
Mecklenburg-Vorpommern	30	2	1,456	42	6	50	16	53	5:22 %	8:11 %	1:8 %	4,7	1,8	0	3	0	0	1		
Niedersachsen	172	172	1,057	37	4	58	13	44	5:15 %	8:15 %	6:12 %	2,2	1,6	25	1	51	1	9		
Nordrhein-Westfalen	346	328	1,064	37	5	57	14	47	5:16 %	8:15 %	6:13 %	2,2	1,5	14	23	70	2	45		
Rheinland-Pfalz	67	66	1,013	37	4	58	13	44	5:17 %	8:15 %	6:13 %	1,8	1,9	6	8	4	0	10		
Saarland	20	20	1,088	35	5	59	14	45	5:17 %	8:12 %	6:12 %	2,7	1,5	0	0	0	0	5		
Sachsen	77	77	1,076	37	4	58	13	46	5:15 %	8:14 %	6:13 %	2,9	2,0	0	5	38	1	21		
Sachsen-Anhalt	44	41	1,059	34	5	60	13	46	5:16 %	8:13 %	6:13 %	2,5	2,3	0	0	12	0	14		
Schleswig-Holstein	49	43	1,085	36	5	58	13	47	5:17 %	8:13 %	6:12 %	2,9	2,6	1	4	11	0	3		
Thüringen	44	40	1,090	36	5	58	14	47	5:16 %	8:15 %	6:13 %	2,5	2,1	0	6	18	0	8		

Krankenhaus-Report 2011

WIGD

Ab April 2010 wurden erstmals klinikbezogene QSR-Ergebnisse zu drei Leistungsbereichen aus der Endoprothetik im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste frei zugänglich veröffentlicht. Beginnend in vier Regionen wurde das Angebot schrittweise regional ausgeweitet und umfasst im September 2010 Kliniken in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen (AOK-Bundesverband 2010).

Im diesjährigen Krankenhaus-Directory sind für diese Kliniken Fallzahlen und Bewertungen in den folgenden drei Leistungsbereichen enthalten:

- Einsetzen einer Endoprothese bei Coxarthrose (Hüft-EP)
- Einsetzen einer Endoprothese oder osteosynthetische Versorgung nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch sowie
- Einsatz eines künstlichen Kniegelenks bei Gonarthrose (Knie-TEP)

Für das Einsetzen einer Hüft-Endoprothese bei Gelenkverschleiß (Coxarthrose) wurden insgesamt 155 429 Fälle in die Auswertung einbezogen, die in 922 deutschen Krankenhäusern behandelt wurden. Bei der Versorgung von Oberschenkelbrüchen gehen 117 053 Fälle aus 1 009 Krankenhäusern in die Auswertung ein; bei den Knie-TEPs bei Gonarthrose sind es 161 505 Fälle aus 902 Kliniken.

Fälle

Hier ist die Zahl der je Klinik und Leistungsbereich berücksichtigten Fälle angegeben.

Ergebnis

In dieser Spalte wird die im QSR-Verfahren berechnete Qualitätsbewertung für den jeweiligen Leistungsbereich in drei Kategorien ausgewiesen. Dabei stehen drei Punkte für überdurchschnittliche Qualität, zwei Punkte für durchschnittliche Qualität und ein Punkt für unterdurchschnittliche Qualität. Ein QSR-Behandlungsergebnis wird nicht dargestellt, wenn das Krankenhaus die für eine Berichterstattung notwendige Mindestanzahl von 30 Fällen unterschreitet (weil der Eingriff gar nicht oder zu selten in dem Krankenhaus vorgenommen wird) oder in dem entsprechenden Bundesland noch keine QSR-Berichterstattung erfolgt (Bayern, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland).

Die Bewertung kommt folgendermaßen zustande: In die Datenauswertung werden anonymisierte Daten von AOK-Patienten einbezogen, die sich in den Jahren 2006 bis 2008 einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Gelenks an Hüfte bzw. Knie unterzogen haben und die zum Behandlungszeitpunkt mindestens 20 Jahre alt waren. Es werden auch nur die Patienten berücksichtigt, die sich im Vorjahreszeitraum nicht bereits einem Eingriff in diesem Leistungsbereich unterzogen haben. Die Krankheitsgeschichte eines Patienten wird bis zu einem Jahr nach der Erstoperation nachverfolgt, um auch die langfristige Qualität der Behandlung einschätzen zu können. Sind AOK-Patienten wegen der hier dargestellten Komplikationen (Indikatoren) innerhalb eines Zeitraums von bis zu 365 Tagen nach ihrer Entlassung aus dem ersten Krankenhausaufenthalt wieder in einem Krankenhaus aufgenommen worden, geht dies in die Auswertung ein, ebenso wie der Tod des Patienten binnen 90 Tage nach Operation. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Patient im

erstbehandelnden Krankenhaus oder in einer anderen Klinik oder auch zu Hause verstorben ist. Gleichmaßen werden Wiederaufnahmen berücksichtigt, unabhängig davon, ob sie im gleichen oder einem anderen Krankenhaus erfolgen. Bei diesen Komplikationen handelt es sich beispielsweise um ungeplante erneute Eingriffe, das Ausrenken des künstlichen Gelenks, Wundinfektionen, Thrombosen usw. Es werden sowohl Komplikationen berücksichtigt, die während des Krankenhausaufenthalts vorkamen, als auch jene, die im Anschluss an die Behandlung bis zu einem Jahr nach der Operation aufgetreten sind. Diese Komplikationen sind nicht in jedem Fall durch verminderte medizinische Qualität verursacht. So kann z. B. eine Thrombose nach einer Operation auch ohne medizinische oder pflegerische Mängel auftreten. Vorhandene Qualitätsmängel machen das Auftreten von Komplikationen aber wahrscheinlicher. Daher weisen die Qualitätsindikatoren auf (mögliche) Qualitätsmängel hin, beweisen diese aber nicht.

Um einen fairen Vergleich von Krankenhäusern zu ermöglichen, werden statistische Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet. Damit soll sichergestellt werden, dass nur gleichartige Behandlungsfälle miteinander verglichen werden. Dafür werden das Alter und das Geschlecht der behandelten Patienten berücksichtigt, da sich diese beiden Faktoren auf den Behandlungserfolg auswirken können. So wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Patientengruppen, die in den jeweiligen Krankenhäusern behandelt werden, gegebenenfalls unterschiedlich sind. Zur Bewertung der Qualität, die in einem Leistungsbereich durch ein Krankenhaus erbracht wird, werden ein so genannter SMR-Wert⁷ und der dazugehörige Vertrauensbereich berechnet. Der SMR-Wert gibt das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Anzahl Komplikationen an. Ein SMR von 1,0 bedeutet, dass so viele Komplikationen wie erwartet eingetreten sind.

Die Qualität der Behandlung wird im QSR-Verfahren der AOK mithilfe mehrerer Einzelindikatoren⁸ und dem Gesamtergebnis („Ergebnis“) abgebildet. Das Gesamtergebnis ergibt sich nicht direkt aus dem SMR-Wert, sondern erstens aus der Sicherheit – festgemacht am Vertrauensbereich des SMRs –, mit der das SMR erhöht bzw. erniedrigt ist und zweitens wie die Klinik relativ zu allen anderen abschneidet. Die Ergebnisse der Gesamtbewertung sind anhand der Vertrauensbereiche bewertet worden. Das Ziel hierbei ist es, nicht allein den SMR-Wert, sondern auch die Sicherheit der statistischen Aussage zu berücksichtigen. Dabei gilt: Je kleiner der obere Grenzwert des Vertrauensbereichs ist, desto zuverlässiger ist statistisch gesehen die Aussage, dass das SMR erniedrigt ist, also weniger Komplikationen eingetreten sind als bei den behandelten Patienten zu erwarten gewesen wäre. Die 20 Prozent der Krankenhäuser mit den niedrigsten Obergrenzen des Vertrauensbereichs werden der Kategorie „überdurchschnittlich“ zugeordnet. Dies sind die Krankenhäuser, die mit großer Sicherheit zu denen gehören, die überdurchschnitt-

⁷ SMR steht für standardisiertes Mortalitätsratio und ist eine epidemiologische Maßzahl, mit der untersucht wird, ob sich eine beobachtete Fallzahl (z. B. von Sterbefällen) von einer erwarteten Fallzahl unterscheidet.

⁸ Die Darstellung der Einzelindikatoren für die berichts-fähigen Krankenhäuser können im AOK-Krankenhausnavigator unter folgendem Link eingesehen werden: <http://weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de> Nach Auswahl des Behandlungswunsches „Hüfte“ oder „Knie“, der Angabe einer Postleitzahl oder eines Ortes kann die Suche nach einem oder mehreren Krankenhäusern gestartet werden.

liche Qualität erbringen. Umgekehrt sind die 20 Prozent mit den höchsten Untergrenzen des Vertrauensbereichs die Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen (Kategorie „unterdurchschnittlich“). Alle übrigen Krankenhäuser liegen im „durchschnittlichen“ Bereich.

Insgesamt werden nur die Krankenhäuser ausgewiesen, in denen unter Anwendung der oben genannten Auswahlkriterien mindestens 30 AOK-Patienten versorgt wurden. Dies erhöht die Verlässlichkeit der Ergebnisse. Für die Berechnung der Ergebnisse spielt zudem die Anzahl der beobachteten Ereignisse in einem Krankenhaus eine Rolle. Wenn Komplikationen auftreten, werden diese berücksichtigt. Wenn bei einem Krankenhaus für einen Indikator weniger als fünf Ereignisse vorliegen, kann das theoretisch auch zufallsbedingt sein. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser aufgrund von zufälligen Ereignissen eine unterdurchschnittliche Bewertung erhalten, werden Kliniken mit weniger als fünf Ereignissen auf eine durchschnittliche Bewertung umgesetzt. Sie erhalten dann zwei Punkte statt nur einem, weil man nicht mit Sicherheit sagen kann, dass es sich um vermeidbare Komplikationen handelt. Das gleiche Prinzip wird bei den Einzelindikatoren angewendet. Bei der Gesamtbewertung erhöht sich die statistische Aussagekraft zusätzlich dadurch, dass alle Komplikationen, die getrennt in die Einzelindikatoren einfließen, hier gemeinsam berücksichtigt werden. Fälle mit mehreren Komplikationen werden einfach gezählt. Auch hier ist die Anzahl der Komplikationsfälle und deren Anteil an allen behandelten Patienten für die Gesamtbewertung entscheidend.

Aktualisierung Krankenhaus-Directory 2009

Im Jahr 2011 wird im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de eine aktualisierte Fassung des Krankenhaus-Directorys 2009 zur Verfügung gestellt.

Literatur

- AOK-Bundesverband. AOK macht Klinikvergleich durch langfristige Routinedaten möglich.
http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_04591.html (14. September 2010).
- Friedrich J, Leber WD, Wolff J. Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 122–47.
- Heller G. Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 239–53.

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP				
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P		Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis
									3	7	8:69%		5:10%	6:4%	41	0,2	1,3					135		272
Sana-Kliniken Bad Wildbad	Bad Wildbad	<50	p	3289	<5000	1,221	3	7	8:69%	5:10%	6:4%	41	0,2	1,3					272	●●				
Acura Kliniken Baden-Baden GmbH	Baden-Baden	<200	p	2967	<5000	1,427	1	1	8:98%	1:0%	9:0%	0	9,6	0,0		P								
DRK-Klinik Baden-Baden	Baden-Baden	<50	fg	2980	<5000	1,291	2	5	8:91%	1:7%	21:1%	95	0,0	0,0					338	●●●				
Krankenhaus Ebersteinburg	Baden-Baden	<50	fg	2982	<1000	0,815	2	6	5:28%	1:24%	6:11%	0	0,5	0,0										
Stadtklinik Baden-Baden	Baden-Baden	<500	ö	2924	<20000	0,951	10	35	6:17%	8:11%	1:10%	34	1,3	0,1		N		134	●●●●	150	●●			
Neurologische Klinik Seizer	Baisersbrunn	<200	p																					
Zollernalb Klinikum gGmbH Kreisklinik Balingen	Balingen	<500	ö	3268	<10000	0,829	7	22	8:20%	6:15%	5:14%	21	0,6	0,2				332	●●●●	175	●			
Kliniken Landkreis Biberach	Biberach	<1000	p	3049	<50000	0,939	10	31	8:17%	5:16%	6:13%	34	0,5	0,0				272	●●	457	●●●●			
Krankenhaus Bietigheim Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Bietigheim- Bissingen	<500	ö	3008	<20000	0,899	7	27	6:19%	5:13%	8:12%	35	0,8	0,1		P		176	●●	171	●●			
Kreis Krankenhaus	Blaubeuren	<200	ö	3275	<5000	0,785	5	22	6:15%	8:14%	5:10%	36	0,2	0,0				52	●●	103	●●			
Gefäßklinik Dr. Berg GmbH	Blaustein	<50	p	2759	<1000	0,499	1	1	5:91%	6:8%	9:2%	98	0,0	0,0										
Kreis Krankenhaus Brackenheim	Brackenheim	<200	ö	3120	<5000	0,844	7	19	6:22%	5:19%	8:10%	33	0,0	0,0				64	●●					
Helios Rosmann Klinik Breisach	Breisach	<200	p	2822	<10000	1,276	5	18	8:53%	6:11%	5:7%	48	1,8	0,0				58	●●	418	●●			
Rechbergklinik Bretten	Bretten	<500	ö	3061	<10000	0,906	9	30	5:16%	6:16%	8:12%	29	0,6	0,0				77	●●	137	●●			
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal	Bruchsal	<500	ö	2912	<20000	0,948	10	34	6:17%	5:15%	8:12%	38	0,3	0,0		P		166	●●	225	●●●●			
Kreis Krankenhaus Buchen Krskas. Neckar-Odenwaldkreis	Buchen	<500	ö	2968	<10000	0,823	8	25	5:15%	8:14%	6:13%	30	0,3	0,0				95	●●	92	●●●●			
Kreis Krankenhaus Bühl	Bühl	<200	ö	2911	<10000	0,907	7	21	8:19%	5:14%	6:13%	32	1,1	0,1				83	●●	78	●●			
Kreis Klinikum Calw-Nagord	Calw	<500	ö	3041	<20000	0,890	9	33	6:16%	5:14%	8:11%	34	0,9	0,1				158	●●	232	●●			
Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH Klinikum Crailsheim	Crailsheim	<500	fg	3037	<10000	0,833	7	21	6:17%	5:15%	8:13%	28	0,3	0,0				120	●●	130	●●			
GRM Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreiskrankenhaus Eberbach	Eberbach	<200	ö	3040	<5000	0,942	9	24	11:16%	6:14%	5:14%	42	0,6	0,0		N		177	●●	51	●●●●			
Kreis Krankenhaus	Ehingen	<200	ö	3052	<10000	0,834	6	23	8:14%	6:12%	5:12%	32	1,3	0,0				289	●●●●	94	●●			
St.-Anna-Vrmgrund-Klinik Ellwangen	Ellwangen	<500	ö	3026	<10000	0,855	8	24	6:16%	5:11%	8:11%	36	0,2	0,0		N	P	47	●●	90	●●●●			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP				
							25%	50%	1-8%	1-8%	1-8%		O	ZE	SE	B	N	H	P		Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis
									1:88%	1:88%	1:88%		8	0,0	77,4									
BDH-Klinik Elzach GmbH	Elzach	<50	fg	3070	<1000	2,858	1	2	1:88%	21:2%	8	0,0	77,4											
Kreiskrankenhaus Emmendingen	Emmendingen	<500	ö	3095	<10000	0,845	7	22	5:17%	8:12%	32	0,6	0,1											
Städtische Kliniken Esslingen	Esslingen	<1000	ö	3053	<50000	1,042	9	34	5:21%	6:11%	36	1,9	0,3											
Filderklinik	Filderstadt	<500	fg	2614	<10000	0,758	2	12	14:22%	15:17%	18	2,3	2,8											
Kreiskrankenhaus Forbach	Forbach	<50	ö	3050	<5000	0,865	5	12	5:24%	6:23%	30	0,1	0,0											
Evang. Diakoniekrankenhaus Freiburg	Freiburg	<500	fg	2915	<10000	0,862	3	13	6:23%	14:15%	43	0,4	0,1											
Klinik für Tumorbologie	Freiburg	<50	p	4609	<5000	0,836	2	5	6:26%	9:15%	5	9,3	0,8											
Klinik für Internistische Onkologie	Freiburg	<500	fg	2845	<10000	1,256	6	21	8:31%	6:16%	57	0,4	0,0											
Loretto-Krankenhaus	Freiburg	<50	fg	2774	<1000	0,600	1	2	5:45%	9:25%	95	0,0	0,0											
St.-Elisabeth-Krankenhaus mit Kinderabteilung St.-Hedwig	Freiburg	<500	fg	2980	<20000	0,840	4	18	8:16%	6:13%	38	0,7	0,6											
Universitätsklinikum Freiburg	Freiburg	>1000	ö	2927	>50000	1,570	20	61	8:12%	1:12%	49	6,4	4,4											
Kreiskrankenhaus Freudenstadt	Freudenstadt	<500	ö	3063	<20000	0,846	8	26	5:17%	6:13%	28	0,9	0,0											
Klinikum Friedrichshafen GmbH	Friedrichshafen	<500	ö	2961	<20000	0,973	8	27	5:18%	8:15%	32	1,6	0,0											
Hegau-Jugendwerk GmbH	Gailingen	<500	fg									0,0	100,0											
Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH Helfenstein Klinik Geislingen	Geislingen	<500	ö	3074	<10000	0,924	8	27	6:16%	8:16%	32	1,5	0,1											
Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Tagesklinik Göppingen	Göppingen	<500	p	2957	<5000	1,043	3	5	1:79%	8:7%	1	7,4	22,8											
Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH Klinik am Eichert Göppingen	Göppingen	<1000	ö	3028	<50000	1,102	11	40	5:17%	8:14%	35	2,8	0,4											
Phlebologisch-Chirurgische Klinik Dr. Pflug/Dr. Schnek	Göppingen	<50	p	2827	<1000	0,416	1	1	5:81%	6:9%	99	0,0	0,0											
Krankenhausverband Hardheim-Wallduern	Hardheim	<50	ö	3099	<5000	0,590	7	21	6:22%	8:17%	31	0,1	0,0											
Bethanien Krankenhaus Heidelberg Geriatriisches Zentrum gGmbH	Heidelberg	<200	fg	2954	<5000	1,275	4	12	1:28%	4:15%	0	2,2	0,3											

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse													
							25%	50%	8-32%	14-31%	15-26%		O	ZE		SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis	Knie-TEP	Fälle	Ergebnis
Frauenklinik St. Elisabeth	Heidelberg	<50	fg	3275	<5000	0,460	1	3	8-32%	14-31%	15-26%	50	0,0	0,0															
Krankenhaus Salem	Heidelberg	<500	fg	3029	<10000	0,865	4	13	6-26%	14-11%	11-10%	45	0,1	0,0	N														
Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg gMBH	Heidelberg	<200	p	2880	<5000	0,915	6	15	5-36%	1-24%	4-10%	0	2,1	20,2															
Nierenzentrum Heidelberg	Heidelberg	<50	fg	2962	<5000	1,035	2	4	11-47%	-1-17%	5-9%	13	13,9	0,3															
St. Vincentius der Evng. Stadtmission Heidelberg gMBH	Heidelberg	<50	fg	2900	<5000	0,989	3	12	17-16%	5-14%	6-13%	1	7,6	0,0	N														
St.-Josefs-Krankenhaus	Heidelberg	<500	fg	3009	<10000	0,973	6	22	5-20%	6-12%	8-11%	44	0,3	1,0				138	●●●●	46	●●								
Stiftung Orthop. Uniklinik Heidelberg*	Heidelberg	<500	ö	2956	<20000	1,779	4	9	8-94%	9-2%	21-1%	86	1,2	29,2	N			225	●●●●	286	●●								
Thoraxklinik – Heidelberg gMBH	Heidelberg	<500	ö	2876	<20000	1,405	1	1	4-92%	-1-2%	5-1%	25	3,3	1,0	N														
Universitätsklinikum Heidelberg	Heidelberg	>1000	ö	2954	>50000	1,668	18	59	5-16%	1-11%	3-10%	49	6,0	8,5	N			225	●●●●	286	●●								
Klinikum Heidenheim	Heidenheim	<1000	ö	3040	<20000	0,995	10	35	5-16%	6-13%	8-12%	34	1,7	0,2	N			222	●●●●	236	●●								
Chirurgische Privatklinik Dr. Mitsch, Dr. Kdinaur, Dr. med. Andreas Simprendorfer	Heilbronn	<50	p	2794	<1000	0,580	2	5	6-39%	8-33%	7-13%	99	0,0	0,0															
Dr. med. E. Klein GmbH	Heilbronn	<50	p	2934	<1000	0,687	1	3	11-57%	12-41%	6-1%	84	0,0	0,0															
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH	Heilbronn	<1000	ö	2914	<50000	1,002	10	37	5-13%	6-12%	3-11%	37	1,7	0,7	N			267	●●●●	85	●								
Klinikum am Gesundbrunnen	Heilbronn	<200	p																										
Stadt Krankenhaus Herbolzheim GmbH	Herbolzheim	<200	p																										
Kreiskrankenhaus Herrenberg	Herrenberg	<500	ö	2908	<10000	0,816	5	21	6-18%	5-17%	14-12%	35	0,4	0,0				122	●●	168	●●								
Oberschwaben-Klinik gMBH Ravensburg, Krankenhaus Isny/Leutkirch	Isny	<200	fg	3102	<5000	1,018	6	18	8-40%	5-14%	6-9%	36	0,5	0,1				78	●●●●	104	●●								
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gMBH	Karlsbad	<1000	p	3050	<20000	1,551	6	18	8-45%	5-20%	1-16%	44	4,9	24,5	B			57	●●●●	230	●●								
Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe	Karlsruhe	<500	fg	3127	<20000	0,966	5	24	3-12%	6-12%	14-11%	45	1,3	0,3	P			94	●●●●	33	●●								
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH	Karlsruhe	<50	p	2803	<20000	4,551	1	2	5-94%	-1-4%	8-1%	96	13,8	0,0	N														
Paracelsus-Klinik Karlsruhe	Karlsruhe	<200	p	3049	<10000	0,968	9	24	8-28%	6-18%	5-11%	41	0,2	0,0				108	●●	132	●								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse			
							25%	50%	8:15%	5:15%	2:10%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
St.-Vincentius Krankenhäuser	Karlsruhe	<1000	fg	2922	<50000	1,013	8	30	8:15%	5:15%	2:10%	55	1,1	0,0				460	128	585	
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH	Karlsruhe	>1000	ö	2976	>50000	1,116	14	50	5:13%	6:11%	1:10%	39	3,6	1,4	B	N	P	64	172	69	
Epilepsiezentrum Kork	Kehl	<200	fg										0,0	100,0	B						
Ortenau Klinikum Kehl	Kehl	<200	ö	3167	<5000	0,793	8	27	6:16%	5:14%	1:10%	24	0,4	0,0				49	49		
Herzzentrum Bodensee GmbH Klinik für Kardiologische Herz- und Gefäßchirurgie	Konstanz	<50	p	2889	<10000	2,312	2	4	5:98%	-1:1%	4:0%	61	1,5	0,0							
Klinikum Konstanz	Konstanz	<500	ö	3315														38	125		
Vincentius-Krankenhaus AG Konstanz	Konstanz	<50	fg	2943	<5000	2,230	1	2	8:99%	21:0%	9:0%	94	0,0	0,0				447		424	
MediClin Herzzentrum Lahr / Baden	Lahr	<50	p	3110	<20000	3,105	2	5	5:96%	-1:2%	18:0%	67	2,5	0,0							
Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim	Lahr	<500	ö	2939	<50000	1,060	10	34	5:19%	8:14%	1:11%	40	1,1	0,7	N			229	211	117	
Kreiskrankenhaus	Langenau	<50	ö	2928	<5000	0,881	3	9	8:29%	5:17%	6:15%	53	0,9	0,0				171	40	295	
Kreiskrankenhaus Leonberg	Leonberg	<500	ö	2896	<20000	0,940	9	29	5:19%	6:16%	8:13%	36	0,3	0,0				104	143	137	
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH	Lörrach	<1000	ö	3110	<20000	1,077	9	28	8:22%	5:17%	6:16%	31	1,0	0,0				250	215	284	
St.-Elisabethen-Krankenhaus	Lörrach	<500	fg	2798	<10000	0,651	3	10	14:19%	15:15%	6:11%	30	0,7	0,7							
Klinik Löwenstein gGmbH Zentrum für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie	Löwenstein	<500	ö	2868	<10000	1,164	1	4	4:78%	5:6%	3:3%	17	1,3	1,2							
Klinikum Ludwigsburg Kliniken Ludwigsburg-Bietighcim gGmbH	Ludwigsburg	>1000	ö	2958	<50000	1,055	10	34	6:14%	1:14%	5:13%	36	2,4	0,5			P	63	247		
Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH	Mannheim	<500	fg	3022	<20000	1,023	8	28	6:12%	5:12%	14:10%	41	0,3	0,2	N			146	106	217	
Klinikum Mannheim gGmbH	Mannheim	>1000	ö	2989	>50000	1,142	14	47	6:12%	1:11%	8:10%	38	3,7	5,1	B	N		294	135	347	
Theresienkrankenhaus und St.-Hedwig-Klinik GmbH	Mannheim	<1000	fg	2927	<50000	0,964	9	33	5:20%	8:16%	6:13%	40	0,6	0,3	N			186	182	202	
Krankenhaus Marbach Kliniken Ludwigsburg-Bietighcim gGmbH	Marbach	<200	ö	3093	<5000	0,837	3	13	8:24%	1:18%	6:16%	27	0,1	0,0				95		131	
Orthopädische Klinik Markgröning gGmbH	Markgröningen	<500	ö	2849	<20000	1,672	3	6	8:96%	1:3%	9:1%	94	1,8	3,8				410		422	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC		Part. in %	Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse						
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25% 50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Klinik für Kindemurologie und Sozialpädiatrie Kinderzentrum Maulbronn gGmbH	Maulbronn	<50	fg						0,0	100,0	B								
St.-Lukas-Klinik gGmbH	Meckenbeuren	<50	fg	2884	<1000	0,858	1	3	17,5	0,0									
Kreiskrankenhaus Möckmühl	Möckmühl	<50	ö	3021	<5000	0,864	8	21	42	0,5	0,0	110	●	52	●●	131	●●		
Johannes-Anstalten Mosbach	Mosbach	<50	fg		<1000	0,611	3	11	0	14,9	0,0								
Kreiskrankenhaus Mosbach	Mosbach	<200	ö	3031	<10000	0,824	7	24	30	0,3	0,0	91	●●●	141	●●●	157	●●		
Steinlach-Klinik Dr. med. B. Essler	Mössingen	<50	p	2877	<1000	0,896	3	11	56	0,0	0,0								
Enzkreis-Kliniken Mühlacker	Mühlacker	<200	ö	3099	<10000	0,853	5	21	34	0,3	0,0	291	●●	106	●●	257	●●		
Helios Klinik Müllheim	Müllheim	<200	p	3093	<10000	0,895	8	26	35	0,3	0,0			62	●●				
AlbKlinik Münsingen	Münsingen	<200	ö	2921	<5000	0,934	7	21	35	0,1	0,1	183	●●	74	●●	108	●●		
Klinikum Schwäbisch Gmünd – Margarten-Hospital	Mutlangen	<1000	ö	3026	<20000	1,000	5	24	38	1,4	0,1	195	●●●	178	●●●	158	●		
Fachkrankenhaus Neckargemünd gGmbH	Neckargemünd	<200	p	3278	<5000	1,369	1	3	81	6,4	25,7								
Neresheim gGmbH SRH Fachkrankenhaus	Neresheim	<50	p								B								
Enzkreis-Kliniken Neuenbürg	Neuenbürg	<50	ö	3069	<5000	0,848	6	23	28	0,5	0,0	56	●●	76	●●	75	●●		
Klinik Öschelbronn	Niefen-Öschelbronn	<50	fg	2713	<5000	0,766	2	5	0	11,7	0,6								
Klinikum Kirchheim-Nürtingen-Plochingen	Nürtingen	<1000	ö	3007	<50000	0,997	9	28	36	1,0	0,1	424	●●●	371	●●	522	●●		
Ortenau Klinikum Oberkirch	Oberkirch	<200	ö	3147	<5000	0,762	5	15	24	0,0	0,0	69	●●●	43	●	130	●●●		
Städtisches Krankenhaus Stadtkasse	Oberrdorf	<200	ö	2999	<5000	0,791	8	22	24	0,7	0,2			72	●●				
Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach	Offenburg	<1000	ö	2985	<50000	1,133	13	41	42	2,7	0,4	392	●●●	152	●●	523	●●●		
St.-Josefsklinik	Offenburg	<500	fg	3064	<10000	0,830	4	22	31	0,1	0,0			56	●●				
Hohenloher Krankenhaus gGmbH	Öhringen	<500	ö	3063	<10000	0,846	6	24	27	0,5	0,0	191	●●	189	●●	220	●●●		
Paracelsus-Krankenhaus Ruit	Ostfildern	<500	p	2906	<20000	0,971	9	33	49	0,7	0,0	261	●●●	104	●●	327	●●●		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP					
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H		P	HiFT-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis
							Fälle	Ergeb-nis	Fälle	Ergeb-nis	Fälle		Ergeb-nis	Fälle	Ergeb-nis	Fälle	Ergeb-nis	Fälle		Ergeb-nis	Fälle	Ergeb-nis	Fälle	Ergeb-nis
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Schwetzingen	Schwetzingen	<500	ö	2981	<20000	0,985	11	32	5:20%	8:19%	6:13%	39	0,8	0,0			P	161	●●	186	●●	204	●●●	
Klinik GmbH Sigmaringen Kreiskrankenhaus Sigmaringen	Sigmaringen	<500	ö	2989	<20000	0,924	9	30	6:15%	5:14%	8:11%	38	0,7	0,2	N	P		412	●●	256	●●	368	●●●	
Klinikum Sindelfingen-Böblingen gGmbH	Sindelfingen	<1000	ö	2966	<50000	1,060	8	30	8:15%	5:14%	6:12%	36	1,4	0,1	N			920	●●●	308	●●	745	●	
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Singen	<1000	ö	2972	<50000	0,976	8	29	5:14%	6:13%	8:12%	33	1,5	0,1				44	●●	174	●●●	30	●●	
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Sinsheim	Sinsheim	<500	ö	3034	<10000	0,906	7	24	6:14%	5:13%	8:13%	34	0,5	0,0				155	●●	217	●●	209	●●	
Klinik St. Blasien GmbH	St. Blasien	<50	p	2819	<5000	1,426	1	2	4:89%	-1:5%	5:3%	5	0,0	12,5										
Krankenhaus Stockach	Stockach	<50	ö	2995	<5000	0,826	5	16	8:30%	5:17%	6:16%	37	0,1	0,0										
Charlottenklinik für Augenheil-kunde	Stuttgart	<50	fg	2812	<5000	0,739	1	3	2:100%			88	0,0	0,0										
Diakonie-Klinikum Stuttgart Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe GmbH	Stuttgart	<500	fg	2868	<20000	1,335	5	19	8:32%	10:12%	11:11%	60	4,0	0,2	N	P		731	●●●	74	●●	335	●●●	
Karl-Olga-Krankenhaus GmbH	Stuttgart	<500	p	2907	<20000	1,224	8	27	8:33%	5:13%	6:12%	58	0,8	0,1	N			558	●●●	100	●●●	770	●●●	
Klinikum Stuttgart	Stuttgart	>1000	ö	3052	>50000	1,170	14	49	1:11%	6:11%	8:11%	43	4,8	2,9	N	H	P	234	●●	158	●	307	●	
Krankenhaus Bethesda	Stuttgart	<200	fg	3021	<10000	1,063	8	23	6:21%	8:20%	5:14%	44	0,3	0,0				83	●●	100	●●	102	●●	
Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH	Stuttgart	<50	p	2838	<5000	0,928	2	6	4:56%	5:14%	20:6%	3	2,6	1,3	N									
Marien-Hospital	Stuttgart	<1000	fg	2923	<50000	1,059	12	41	3:18%	6:12%	8:12%	51	2,1	3,9	B	N	P	135	●●	121	●●●	101	●●	
Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart	<1000	fg	2872	<50000	1,292	4	15	4:28%	5:19%	14:9%	30	6,0	1,7	N	P				130	●●	37	●●	
Sana-Herzchirurgische Klinik Stuttgart GmbH	Stuttgart	<50	p	2906	<10000	5,062	1	2	5:91%	-1:5%	15:2%	99	8,1	0,0	N									
Sport-Klinik Stuttgart	Stuttgart	<50	fg	2752	<5000	1,071	2	4	8:99%	18:0%	21:0%	98	1,0	0,0									88	●
St.-Anna-Klinik	Stuttgart	<200	fg	3155	<5000	0,489	2	6	14:27%	6:20%	15:17%	60	0,0	0,0										
Kreiskrankenhaus Tauberbischofs-heim	Tauberbischofs-heim	<500	ö	3050	<5000	0,915	7	22	8:21%	5:20%	6:18%	34	0,6	0,0			P	101	●●	82	●●●	113	●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP				
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P		Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis		Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Klinik Tettnang GmbH	Tettnang	<200	p	2913	<10000	1,032	6	25	8:19%	6:13%	14:11%	53	1,1	0,0				131	68	116				
Helios Klinik Trisee-Neustadt	Trisee-Neustadt	<200	p	2983	<10000	0,884	6	24	6:15%	8:15%	14:13%	32	0,3	0,1				112	75	105				
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Tübingen	<500	p	2968	<10000	1,599	5	13	8:69%	3:13%	1:5%	88	1,4	12,1				228	291	237				
TropenKlinik Paul-Lechler-Krankenhaus	Tübingen	<200	fg	3133	<5000	0,947	5	14	4:18%	5:16%	6:13%	0	1,0	0,0										
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	>1000	ö	2947	>50000	1,452	18	60	1:11%	5:11%	2:9%	48	6,2	3,4	N	H		315		298				
Kreiskrankenhaus Tuttlingen	Tuttlingen	<500	ö	3059	<20000	0,922	9	30	5:15%	8:15%	6:14%	35	0,5	0,6	N			288	275	214				
Helios Krankenhaus Überlingen GmbH	Überlingen	<500	p	2976	<10000	0,914	10	31	8:21%	6:15%	5:9%	42	0,2	0,0				112	91	91				
Agaplesion Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH	Ulm	<50	fg	3234	<5000	1,384	3	9	1:27%	5:16%	4:14%	0	0,1	0,0										
Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Ulm	<500	ö	2758	<20000	1,070	14	44	3:17%	8:14%	6:13%	54	3,3	0,5	N			62	30	38				
Chirurg. und Orthop. Klinik Dr. Georg Berrele KG	Ulm	<50	p												B			78		118				
RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH	Ulm	<500	p	2851	<10000	1,570	4	10	8:54%	1:37%	2:2%	47	2,4	17,5				436		375				
Universitätsklinikum Ulm Bereich Finanzen	Ulm	>1000	ö	3052	>50000	1,342	13	53	5:12%	8:9%	6:8%	44	4,9	1,6	N	P		71	169	75				
Krankenhaus Vaihingen Kliniken Ludwigsburg-Bietighelm gGmbH	Vaihingen	<200	ö	3567	<5000	0,772	6	19	5:27%	6:19%	8:12%	25	0,0	0,0					38					
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	Villingen-Schwenningen	<1000	ö	2939	<50000	1,123	14	44	5:17%	8:16%	6:13%	42	1,8	0,7	N	P		501	387	568				
Ameos Krankenhausgesellschaft Baden mbH	Vogtsburg	<50	p	3334	<5000	0,714	1	6	20:27%	5:19%	4:11%	0	0,0	0,0										
Chirurgische Privatklinik Waiblingen GmbH	Waiblingen	<50	p	2821	<5000	0,610	2	4	8:80%	3:9%	6:5%	98	0,0	0,0				49		126				
Kreiskrankenhaus Waiblingen	Waiblingen	<500	ö	2908	<20000	0,841	5	20	5:20%	6:14%	8:9%	26	0,7	0,0				38	216					
Bruder-Klaus-Krankenhaus	Waldkirch	<200	fg	3052	<5000	0,996	6	20	8:38%	6:16%	5:14%	39	0,4	0,1				77	54	114				
Spital Waldshut GmbH	Waldshut-Tiengen	<500	fg	3031	<10000	0,833	10	30	6:15%	5:14%	8:12%	31	0,3	0,0				192	135	103				
Fachkliniken Wangen	Wangen	<200	p	2906	<5000	1,124	2	4	4:82%	5:3%	-1:3%	15	3,1	19,5										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse									
							25%	50%	8:10%	8:14%	6:14%	8:10%		14:9%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis	Knie-TEP	Ergebnis
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Wangen	Wangen	<200	fg	2992	<10000	0,888	8	30	6:14%	8:10%	14:9%	41	1,9	0,6				65	●●										
Krankenhaus 14 Nothelfer	Weingarten	<200	ö	3065	<10000	0,814	5	17	8:18%	6:15%	14:13%	45	0,1	0,0				53	●●										
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreis-Krankenhaus Weinheim	Weinheim	<500	ö	2944	<10000	0,880	7	24	6:18%	5:18%	8:15%	35	0,2	0,0				82	●●●					55 ●●●					
Klinikum am Weissenhof	Weinsberg	<1000	ö	3121	<5000	0,933	2	4	1:83%	8:7%	19:3%	0	1,3	0,8															
Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH	Wertheim	<500	ö		<10000	0,902	8	27	5:18%	6:16%	8:12%	34	0,2	0,0				100	●●●					128 ●●					
Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Wimmenden	Wimmenden	<500	ö	2809	<5000	1,033	2	5	1:78%	8:6%	19:4%	0	0,6	0,3															
Ortenau Klinikum Wolfach	Wolfach	<50	ö	3072	<5000	0,888	8	21	5:21%	6:20%	8:18%	31	0,5	0,0				100	●●●					103 ●●					
Parkinson-Klinik Wolfach	Wolfach	<50	p	3615	<5000	1,276	1	1	1:100%	19:0%			0,0	25,3															
Bayern		251		2875		1,038	14	47	8:17%	5:15%	6:12%	39	2,89	4,91															
Krankenhaus Aichach	Aichach	<200	ö	2942	<5000	0,804	9	28	8:22%	5:14%	6:13%	31	0,9	0,0				60	●					77 ●●					
Krankenhaus Lauf/Hersbruck Krankenhaus Nuemberger Land gGmbH	Altdorf	<50	ö	3004	<5000	0,727	2	10	20:23%	6:22%	5:15%	10	0,7	0,0															
Kreis-Krankenhaus Alt-/Neuötting	Altötting	<500	ö	3005	<20000	0,950	9	34	8:16%	6:14%	5:12%	38	1,3	1,2				347	●					294 ●●					
Kreis-Krankenhaus Alzenau	Alzenau	<200	ö	2861	<5000	0,946	8	24	8:22%	5:22%	6:21%	42	0,5	0,0				116	●●					170 ●●					
Vital-Klinik GmbH & Co. KG	Alzenau	<50	p	3269	<1000	0,960	1	1	9:74%	5:18%	23:4%	24	0,0	0,0															
Klinikum St. Marien Amberg	Amberg	<1000	ö	2926	<50000	0,996	11	38	5:16%	8:12%	6:12%	35	1,9	1,1				139	●●					211 ●●●					
Bezirksklinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	3128	<1000	0,659	3	6	1:62%	8:20%	23:4%	0	3,4	33,9															
Klinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	3116	<20000	0,996	10	34	5:18%	8:14%	6:12%	39	1,4	1,8				185	●●					208 ●●					
Rangauklinik Ansbach GmbH	Ansbach	<50	fg	3088	<5000	0,787	1	2	4:89%	5:5%	-1:2%	4	0,0	18,0															
Capio Deutsche Klinik Aschaffenburg GmbH	Aschaffenburg	<50	p	2833	<5000	0,715	1	3	3:38%	5:34%	8:21%	96	0,0	0,0				170	●●					197 ●●					
Klinik am Ziegeberg Frauenklinik Aschaffenburg	Aschaffenburg	<50	p	2887	<5000	0,407	1	2	14:41%	15:33%	13:20%	40	0,0	0,0															
Klinikum Aschaffenburg	Aschaffenburg	<1000	ö	3001	<50000	1,069	12	36	8:15%	6:14%	5:12%	35	2,0	1,1				172	●					159 ●●					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse	
							25%	50%	1-1%	8-99%	9-0%		O	ZE	SE	B	N	H
Orthopädische Kinderklinik	Aschau	<50	fg	2960	<5000	1,434	1	2	8:99%	1:1%	9:0%	57	0,0	0,0				
St.-Johannes-Klinik Auerbach	Auerbach	<50	ö	2981	<1000	0,796	5	14	5:23%	6:14%	4:13%	3	0,0	0,2				
Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg	Augsburg	<200	fg	2910	<5000	0,685	5	16	5:26%	11:20%	12:12%	52	1,5	0,0				
Hessing-Stiftung Fachklinik für Orthopädie	Augsburg	<500	fg	2768	<10000	1,448	2	6	8:97%	1:2%	9:0%	75	0,3	0,0				610 ●●
Josefinum-Kinderkrankenhaus Erländingsklinik	Augsburg	<500	fg	3015	<10000	0,615	2	5	14:29%	15:23%	6:11%	25	0,3	0,2				
Klinik Vincentinum Augsburg GmbH	Augsburg	<500	fg	2984	<10000	0,808	5	15	8:35%	3:17%	6:13%	67	1,0	0,0				62 ●● 575 ●●●●
Krankenhauszweckverband Augsburg/Zentralklinikum	Augsburg	>1000	ö	3051	>50000	1,161	18	52	5:14%	6:12%	1:11%	36	4,8	1,5				60 ● 358 ●● 41 ●●
Asklepios Klinikum Bad Abbach	Bad Abbach	<500	p	2925	<10000	1,466	3	6	8:96%	1:1%	9:1%	61	3,8	0,0				595 ●●● 813 ●
Kreiskrankenhaus Bad Aibling	Bad Aibling	<200	ö	2993	<10000	0,805	6	25	8:18%	6:16%	5:10%	31	0,0	0,1				52 ●● 94 ●● 85 ●●●●
Schön Klinik Bad Aibling GmbH & Co. KH	Bad Aibling	<200	p										0,0	100,0				
Schön Klinik Harthausen GmbH & Co. KG	Bad Aibling	<50	p	2967	<5000	1,479	2	4	8:97%	1:1%	21:0%	65	1,2	0,0				396 ●●●● 434 ●●●●
Capio Franz von Prümmer-Klinik	Bad Brückenau	<50	p	3003	<5000	0,893	5	20	8:32%	6:16%	5:11%	26	1,5	0,0				32 ●●
Simssee-Klinik GmbH	Bad Endorf	<50	p	2858	<1000	0,880	1	1	8:90%	1:5%	21:3%	0	0,0	50,1				
Fachklinik Johannesbad Bad Füssing	Bad Füssing	<50	p	2825	<5000	0,895	1	2	8:70%	1:29%	23:1%		0,0	0,0				
Rheumaklinik Ostbayern	Bad Füssing	<50	ö	2985	<1000	0,811	1	2	8:92%	1:3%	4:1%	1	1,8	0,0				
Reha-Zentrum Passauer Wolf	Bad Griesbach -Therne	<50	p										0,0	100,0				
Fachklinik Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn	<50	p										0,0	100,0				
St.-Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Bad Kissingen	<500	p	3144	<20000	0,881	8	28	6:19%	5:18%	8:11%	27	1,3	0,0				96 ●●●● 134 ●●●● 63 ●●
Herz- u. Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt	Bad Neustadt	<500	p	3002	<50000	2,665	4	9	5:90%	1:3%	-1:2%	67	3,4	0,3				
Klinik für Handchirurgie Herz- und Gefäßklinik GmbH	Bad Neustadt	<50	p	3214	<5000	0,958	1	1	8:76%	1:9%	21:7%	95	0,0	0,0				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale	Bad Neustadt	<200	p	2820	<5000	1,550	2	5	1: 74%	8: 14%	3: 4%	2	1,6	34,9						
Rhön-Saale Klinik gGmbH	Bad Neustadt	<500	ö	2950	<10000	0,892	8	23	6: 20%	8: 18%	5: 9%	34	0,8	0,0	B	111	163	169		
Georg-von-Liebig-Krankenhaus	Bad Reichenhall	<50	p	2900	<1000	0,993	1	1	9: 91%	23: 2%	1: 2%	16	1,0	0,0	B					
Klinik für Schlafstörungen Dr. med. Nikolaus Netzer Dr. med. Wolfgang Paa	Bad Reichenhall	<50	p										0,0	100,0	B					
Kliniken des Landkreises Berchtesgadener Land GmbH Kreiskrankenhaus Bad Reichenhall	Bad Reichenhall	<500	ö	3056	<20000	0,945	8	27	8: 19%	6: 14%	5: 13%	34	0,5	0,4		123	123			
Medical Park Bad Rodach GmbH Co. KG Phase D Aklubereich	Bad Rodach	<50	p										0,0	100,0	B					
Asklepios Stadtklinik Bad Tölz GmbH	Bad Tölz	<500	p	3244	<20000	0,999	10	34	8: 18%	6: 13%	5: 12%	39	0,9	0,1	N	152	109	118		
Kilian-Klinik Dr. Becker Klinikgesellschaft mbh & Co. KG	Bad Windsheim	<50	p	2742	<1000	3,383	1	2	1: 81%	-1: 14%	8: 2%	14	1,1	64,9						
Klinik Bad Windsheim-Uffenheim, Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim	Bad Windsheim	<500	ö	3232	<10000	0,893	8	26	8: 30%	6: 16%	5: 11%	45	0,5	0,0		395	106	431		
Klinikum Bamberg	Bamberg	>1000	ö	2976	<50000	0,985	10	37	8: 15%	5: 14%	6: 13%	32	3,5	1,3	B	178	258	243		
Bezirkskrankenhaus Bayreuth des Bezirks Oberfranken	Bayreuth	<500	ö	2843	<1000	0,664	3	7	1: 57%	4: 15%	8: 12%		2,6	7,5	P					
Klinikum Bayreuth GmbH	Bayreuth	>1000	ö	2874	<50000	1,145	7	34	5: 23%	6: 16%	8: 8%	33	4,8	0,6	N	161	298	183		
Klinikum Bayreuth GmbH Krankenhaus Hohe Warte*	Bayreuth	<500	ö	2798	<10000	1,390	4	12	1: 46%	8: 21%	11: 13%	28	2,2	33,9	B	184	117	117		
CID Asthmazentrum Berchtesgaden	Berchtesgaden	<50	fg										0,0	100,0	B					
Kreiskrankenhaus Berchtesgaden	Berchtesgaden	<200	ö	2960	<5000	1,138	5	16	8: 39%	5: 16%	6: 13%	31	0,8	0,2		276	68	275		
Mariame-Strauß-Klinik Behandlungsz. Kempfenhausen für Multiple-Sklerose-Kranke gGmbH	Berg	<200	fg										2,4	97,6	B					
Medical Park Chiemsee / Loipl GmbH & Co. KG Betriebsstätte Loipl	Bischofswiesen	<50	p										0,0	100,0	B					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	8:34%	5:13%	6:7%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP
Wertachkliniken Bobingen u. Schwabmünchen gKU Klinik Bobingen	Bobingen	<200	ö	3093	<5000	0,822	8	20	8:34%	5:13%	6:7%	41	0,3	0,0				41	97	106
Kreis Klinik Bogen	Bogen	<200	ö	2938	<10000	0,836	6	19	8:22%	6:14%	5:11%	37	0,2	0,0				68	43	123
Veramed-Klinik am Wendelstein KG	Brannenburg	<50	p	3269		0,000							68,7	31,3	B					
Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Haus St. Josef Buchloe	Buchloe	<200	ö	2862	<5000	0,985	6	20	8:30%	5:17%	6:16%	37	0,1	0,0				173		273
Therapiezentrum Burgau gGmbH	Burgau	<50	fg										0,0	100,0	B					
Kreis Klinik Burghausen	Burghausen	<200	ö	2997	<5000	0,818	7	22	8:20%	6:17%	5:15%	30	0,7	0,0				66		
Krankenhaus Burglengenfeld	Burglengenfeld	<200	ö	3274	<10000	0,869	8	26	6:17%	5:15%	8:12%	32	0,3	0,2	N			65		
Kliniken des Landkreises Cham	Cham	<500	ö	3225	<20000	0,795	9	28	5:17%	8:14%	6:13%	32	0,2	1,0	B			215	177	330
Klinikum Coburg gGmbH	Coburg	<1000	ö	2947	<50000	1,166	9	33	5:27%	6:14%	8:8%	40	2,6	0,1	N	H		48	197	
Amper Kliniken AG	Dachau	<500	p	3256	<20000	0,969	12	36	8:13%	5:12%	6:11%	38	1,2	1,5	N			118	182	182
Bezirksklinikum Mainkofen	Deggendorf	<1000	ö	2978	<5000	0,997	2	5	1:81%	19:5%	8:4%	1	0,9	46,5	B					
Klinikum des Landkreises Deggendorf	Deggendorf	<500	ö	2810	<50000	1,150	10	34	5:14%	6:13%	8:11%	37	2,3	1,4	B	N		143	189	190
Kreis Klinik St. Elisabeth, Dillingen	Dillingen	<200	ö	3027	<10000	0,838	9	30	8:15%	6:14%	5:13%	43	0,4	0,0				208	108	139
Kreis Klinikum Dingolfing-Landau – Krankenhaus Dingolfing	Dingolfing	<200	ö	2923	<5000	0,843	8	27	8:20%	5:11%	6:11%	36	0,2	0,0	N			60	45	88
Verbundkrankenhaus Dinkelsbühl-Feichtwangen	Dinkelsbühl	<500	ö	3219	<10000	0,887	8	26	8:19%	6:16%	5:15%	29	0,5	0,0				224	116	302
Klinik Donaustauf	Donaustauf	<200	ö	2949	<5000	1,116	2	3	4:85%	-1:5%	5:4%	12	0,2	1,9	N	P				
Donau-Ries-Klinik Donaauwörth	Donaauwörth	<500	ö	3049	<10000	0,889	10	30	8:18%	6:16%	5:11%	38	0,4	0,0				134	116	174
Bezirksklinikum Obermain	Ebensfeld	<500	ö	3011	<10000	1,180	2	7	4:51%	8:38%	5:4%	31	2,7	4,1	P			382		378
Klinik Fränkische Schweiz gGmbH Ebermannstadt	Ebermannstadt	<50	ö	2971	<5000	1,049	4	11	5:58%	6:11%	4:8%	25	0,2	0,0						
Haßberg-Kliniken Haus Ebern	Ebern	<50	ö	2784	<5000	0,914	4	16	5:28%	8:18%	6:13%	30	0,3	0,0				31		
Kreis Klinik Ebersberg gemennützige GmbH	Ebersberg	<500	ö	3192	<20000	0,954	11	36	8:20%	5:13%	6:12%	41	1,8	3,6	B	N	P	95	132	139

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP		
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	
Kreis Krankenhaus Eggenfelden	Eggenfelden	<500	ö	3202	<20000	0,829	7	26	4:15%	5:16%	8:14%	31	0,4	0,0				376	●●●●	208	●●	482	●●●●	
Kliniken im Naturpark Altmühltal Klinik Eichstätt	Eichstätt	<200	ö	2934	<10000	0,925	8	27	5:21%	8:22%	6:13%	38	2,1	0,0	N			126	●●●●	66	●	109	●●	
Kreis Krankenhaus Erding	Erding	<500	ö	3033	<20000	0,923	9	33	3:11%	8:16%	6:14%	31	0,8	0,0	N			128	●●●●	179	●	122	●	
Klinikum am Europakanal	Erlangen	<500	ö	2904	<5000	1,201	2	5	6:17%	1:66%	8:20%	1	0,4	61,8				293	●●●●			377	●●	
Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH	Erlangen	<500	fg	2870	<20000	1,151	9	26	2:11%	8:22%	5:14%	54	1,7	0,1	N			49	●●●●	159	●	57	●●	
Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	>1000	ö	2949	>50000	1,379	15	53	6:18%	5:17%	5:10%	46	6,5	5,7	B	N	H	173	●●●●	179	●●	189	●●	
Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH, Klinik Erlenbach	Erlenbach	<500	p	3162	<20000	0,900	8	27	6:18%	8:25%	8:13%	33	0,9	0,0				173	●●●●	43	●●			
Krankenhaus Eschenbach	Eschenbach	<50	ö	3070	<5000	0,752	5	19	4:7%	8:25%	5:13%	26	0,0	0,0										
Klinik Feldafing	Feldafing	<50	p	2937	<5000	0,979	1	2	6:5%	4:7%	6:5%	52	2,6	23,5										
Städtisches Krankenhaus Forchheim	Forchheim	<500	ö	3166	<10000	0,945	8	25	6:17%	8:19%	5:9%	36	0,5	0,8	N			127	●●●●	159	●	133	●●	
Klinikum Freising GmbH	Freising	<500	ö	3202	<20000	0,861	9	26	6:17%	5:17%	8:13%	25	4,1	2,9	B	N	P	188	●●●●	203	●●●●	200	●●●●	
Kreis Krankenhaus Freyung	Freyung	<200	ö	3022	<5000	0,727	7	20	3:13%	8:15%	5:12%	28	1,4	0,0										
Salzachklinik Fridolfing	Fridolfing	<50	ö	2954	<5000	0,629	6	22	5:17%	6:18%	4:14%	19	0,0	0,0										
Krankenhaus Friedberg	Friedberg	<200	ö	2961	<10000	0,829	7	22	6:22%	5:13%	8:12%	32	0,2	0,0				74	●●●●	87	●	101	●●●●	
Klinikum Fürstenfeldbruck	Fürstenfeldbruck	<500	ö	3005	<20000	0,975	10	34	5:14%	8:20%	6:13%	36	1,7	1,9	B	N		62	●●●●	208	●	85	●●	
Klinikum Fürth	Fürth	<1000	ö	2952	<50000	0,909	8	30	6:13%	5:14%	4:13%	31	0,6	0,8	N			181	●●●●	269	●●	216	●●	
Krankenhaus St. Georg Fürth im Wald	Fürth im Wald	<50	nb												B			80	●●●●			173	●●	
Fachklinik Enzensberg	Füssen	<200	p	3010	<1000	0,773	1	1	1:5%	8:95%			0,0	75,3	B									
Kreiskliniken Ostallgäu Haus Füssen	Füssen	<200	ö	3059	<5000	0,830	8	27	5:15%	8:17%	6:10%	32	0,1	0,0										
Klinik Dr. Beger	Garmisch-Parten- kirchen	<50	p	2915	<1000	0,766	1	1	8:99%	23:0%	1:0%		0,0	0,0										
Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH	Garmisch-Parten- kirchen	<500	ö	2980	<50000	1,120	9	33	8:24%	5:16%	6:13%	41	1,8	1,1	B	N		758	●●●●	132	●●	459	●●●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%					O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP		
Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission e.V.	Garmisch-Partenkirchen	<200	fg									0,0	100,0											
Asklepios Fachkliniken München-Gauting	Gauting	<500	p	3024	<10000	0,915	1	2	4: 92%	-1: 1%	9: 1%	14	7,2	16,4										
GEOMED-KLINIK Krankenhaus Betriebs-gmbH	Gerolzhofen	<200	ö	2957	<5000	0,940	9	24	8: 24%	6: 19%	5: 15%	40	0,3	0,0					36	●●	103	●●		
WolfartKlinik	Grafelfing	<50	p	3001	<5000	0,707	3	8	8: 51%	14: 12%	6: 11%	79	0,4	0,0							216	●●●	143	●●
Kreis Krankenhaus Grafenau	Grafenau	<200	ö	3058	<5000	0,954	7	23	6: 19%	5: 17%	11: 14%	40	0,5	0,4							142	●●	323	●●●
Bezirkskrankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	2908	<10000	1,789	3	7	1: 62%	8: 27%	-1: 3%	48	2,7	11,6	B	N	P							
Kreis Krankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	2931	<10000	0,917	9	30	5: 22%	8: 15%	6: 14%	36	1,0	0,0							173	●●	124	●●●
Kreis Klinik Gunzenhausen	Gunzenhausen	<200	ö	3143	<10000	1,026	9	24	8: 32%	5: 25%	1: 7%	38	1,1	0,0							273	●●	177	●●
Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH	Haar	<1000	ö	2917	<5000	1,830	3	8	1: 62%	8: 11%	-1: 7%	7	0,4	12,5										
Klinikum München-Ost																								
Hassberg-Kliniken Haus Hassfurt	Haßfurt	<200	ö	2896	<10000	0,785	7	23	5: 19%	6: 16%	8: 13%	31	0,1	0,0							67	●●	72	●●
Krankenhaus Agatharied GmbH	Hausham	<500	ö	2996	<20000	0,959	9	30	5: 20%	8: 17%	6: 14%	32	1,2	0,1							132	●●	141	●●●
Kreis Krankenhaus Hemau	Hemau	<50	ö	3090	<1000	0,596	3	11	5: 26%	4: 16%	6: 12%			0,0	0,0									
Privatklinik Dr. Schindlbeck GmbH & Co. KG	Hensching	<200	p	3072	<5000	0,907	6	17	5: 38%	6: 11%	1: 10%	10	2,7	0,0										
PsoriSol Therapiezentrum	Hersbruck	<200	p	2700	<5000	0,979	1	1	9: 89%	21: 8%	23: 1%	1	0,8	0,0										
m&t-Fachklinik Herzogenaurach GmbH/Akutenkrankenhaus	Herzogenaurach	<50	p																					
Kreis Krankenhaus Höchststadt	Höchststadt	<50	ö	2917	<5000	0,856	6	20	5: 20%	6: 19%	8: 15%	28	0,2	0,0									69	●
Sana Klinikum Hof GmbH	Hof	<500	p	3162	<20000	0,986	10	34	6: 16%	5: 13%	8: 10%	29	2,6	0,3							189	●●	217	●●
Fachklinik Ichenhausen	Ichenhausen	<50	p	2759	<1000	0,647	1	3	4: 40%	8: 28%	1: 17%			0,0	58,9	B								
IllertalKlinik Illertissen	Illertissen	<50	ö	3281	<5000	0,568	3	10	14: 19%	15: 15%	5: 15%	17	0,2	0,2										
Kliniken Oberallgäu gGmbH, Klinik Immenstadt	Immenstadt	<200	ö	2992	<10000	0,887	9	28	5: 21%	8: 20%	6: 13%	44	1,9	0,0									111	●●
Klinikum Ingolstadt	Ingolstadt	>1000	ö	2976	<50000	1,105	11	39	5: 14%	8: 13%	6: 13%	36	3,8	3,9	B	N	P				374	●●●	183	●●●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse										
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb-nis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis	Knie-TEP	Ergeb-nis
Priv-Klinik Dr. Maul	Ingolstadt	<50	p	2981	<5000	0,772	6	16	8:40%	13:16%	6:15%	70	0,0	0,0											
Gesundheitsportal Karstadt	Karstadt	<50	fg	2828	<5000	0,547	6	22	6:18%	5:13%	8:13%	31	0,3	0,0	N							55	●		
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	Kaufbeuren	<500	ö	2860	<5000	0,852	2	5	1:76%	8:8%	19:4%	0	6,3	3,8	P										
Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu	Kaufbeuren	<500	ö	2950	<20000	0,972	8	31	5:16%	6:14%	8:11%	33	1,6	0,0	N	263	●●●	162	●●●			287	●●●		
Goldberg-Klinik Kelheim	Kelheim	<500	ö	3290	<10000	0,798	7	25	5:16%	6:14%	8:10%	25	0,2	0,0	N										
Krankenhaus Kemath	Kemath	<50	ö	2985	<5000	0,829	6	20	8:25%	6:17%	5:17%	38	0,1	0,0	N	205	●●●	42	●●			214	●●●		
Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH	Kempten	<500	ö	3034	<50000	0,961	9	35	5:12%	8:12%	6:11%	34	2,0	0,3	N	128	●●	197	●●●			146	●●●		
Klinik Kipfenberg GmbH Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik	Kipfenberg	<50	p												B										
Klinik Kitzinger Land	Kitzingen	<500	ö	3043	<10000	0,838	8	28	6:16%	5:16%	8:12%	28	0,2	0,0		78	●●	113	●●●			67	●●		
Kliniken im Naturpark Altmühltal Klinik Kösching	Kösching	<200	ö	3028	<10000	0,900	7	29	5:17%	8:17%	6:16%	40	0,9	0,1	N	44	●●	77	●●			66	●●		
Frankenwaldklinik Kronach	Kronach	<500	p	3111	<20000	1,050	9	30	5:25%	8:15%	6:14%	40	1,4	0,0		90	●	195	●			83	●		
Kreiskliniken Günzburg-Krumbach Klinik Krumbach	Krumbach	<500	ö	2940	<10000	0,860	8	26	6:18%	8:16%	5:15%	33	0,7	0,0		154	●●	99	●●●			201	●●●		
Klinikum Kulmbach mit Fachklinik Stadtsteinach	Kulmbach	<500	ö	2965	<20000	1,025	10	35	8:22%	5:15%	6:13%	41	2,2	0,1	N	448	●●	239	●●●			399	●		
Kreis-klinikum Dingolfing-Landau – Krankenhaus Landau	Landau	<200	ö	3035	<5000	0,816	9	30	6:18%	8:13%	5:11%	31	0,4	0,0	N	72	●●	72	●●			103	●●		
Klinikum Landsberg a. Lech	Landsberg	<500	ö	3030	<10000	0,800	7	27	6:15%	8:14%	5:13%	27	1,1	2,0	N	98	●●	126	●			113	●●●		
Kinderkrankenhaus St. Marien	Landshut	<200	fg	2995	<5000	0,748	3	8	6:24%	4:16%	1:13%	10	0,1	5,9											
Klinikum Landshut	Landshut	<1000	ö	3221	<50000	1,101	13	41	5:15%	8:13%	1:11%	39	2,7	4,8	N	201	●●●	175	●●●			201	●●●		
Krankenhaus Landshut-Achdorf	Landshut	<500	ö	2936	<20000	0,946	6	25	5:25%	14:13%	8:11%	37	2,5	2,5	B			104	●●						
Krankenhaus Nürnberg Land gGmbH (Lauf/Hersbruck/Altdorf)	Lauf	<500	ö	2985	<10000	0,848	7	22	5:18%	8:16%	6:14%	29	0,2	0,0	N	211	●●	178	●●●			268	●●●		
Capio Schloßklinik Absee GmbH	Laufen	<50	p	2685	<5000	0,791	1	1	5:100%			100	0,0	0,0											
Fachklinik Lenggries GmbH	Lenggries	<50	p										0,0	100,0	B										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP				
							25%	50%	8:16%	6:15%	5:15%		0	ZE	SE	B	N	H	P		Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis		Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Helmut-G. Walther-Klinikum gGmbH	Lichtenfels	<500	ö	3161	<20000	0,924	8	32	8:16%	6:15%	5:15%	31	0,6	0,0				179	●●	141	●●●●	203	●●	
Asklepios Klinik Lindau GmbH	Lindau	<200	p	3032	<10000	0,925	9	31	6:14%	8:14%	5:12%	36	1,5	0,1				43	●●	69	●	55	●●	
Dr. Otto Gessler-Krankenhaus Lindenberg GmbH	Lindenberg	<200	fg	3080	<10000	0,871	9	26	8:19%	6:12%	5:12%	41	0,2	0,0	N			102	●●	69	●●	83	●●	
Gesundheitszentrum Lohr a. Main	Lohr	<200	fg	3085	<10000	0,940	8	28	8:24%	6:16%	5:15%	33	0,3	0,0	N			144	●●	159	●●	225	●●	
Ilmtalklinik GmbH Krankenhaus Mainburg	Mainburg	<200	ö	3021														55	●●	49	●●	46	●●	
Kreisklinik Mallersdorf	Mallersdorf-Pfaffenberg	<200	ö	3035	<10000	1,004	8	25	8:26%	5:13%	6:12%	43	0,1	0,1	N			367	●●●●	105	●●	328	●●	
Kreiskliniken Ostallgäu Haus Marktobendorf	Marktobendorf	<200	ö	3050	<5000	0,950	7	25	8:29%	5:14%	6:12%	38	0,0	0,0				110	●●	45	●●	98	●●	
Klinikum Fichtelgebirge gGmbH	Marktredwitz	<500	ö	3180	<20000	1,000	11	34	5:18%	6:14%	8:13%	36	0,4	0,0	N			279	●●	205	●●●●	289	●●●●	
Klinikum Memmingen	Memmingen	<1000	ö	3010	<50000	0,950	8	31	6:15%	5:13%	8:10%	31	1,1	1,0	B	N		334	●●●●	177	●●●●	222	●●	
Kreisklinik Mindelheim	Mindelheim	<500	ö	2990	<10000	0,878	9	27	6:15%	6:15%	8:13%	26	0,5	0,0				114	●●	104	●●●●	91	●●	
Kliniken Kreis Mühldorf a. Inn	Mühldorf	<500	ö	3202	<20000	0,908	10	33	5:15%	6:13%	8:11%	34	1,3	1,2	N			96	●	169	●●	72	●●	
Kliniken Hochfranken, Klinik Münchenberg	Münchenberg	<500	ö	2688	<20000	0,990	8	24	8:32%	5:17%	6:11%	40	0,5	0,0				431	●●●●	248	●●	676	●●●●	
Arabella-Klinik GmbH	München	<50	p	3169	<5000	0,535	2	3	3:53%	8:26%	2:18%	74	0,0	0,0										
Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Saalfeld GmbH & Co. KG	München	<50	p	2715	<5000	0,774	1	1	5:99%	9:1%	6:0%	98	0,0	0,0										
Augenklinik Herzog Carl Theodor	München	<50	fg	3269	<5000	0,507	1	2	2:99%	9:1%	17:0%	96	0,0	0,0										
Barnherzige Brüder gemein. Krankenhaus gGmbH Krankenhaus München	München	<500	fg	2908	<20000	1,165	7	27	8:26%	6:15%	11:12%	43	1,9	6,8	B	N		409	●●●●	59	●●	317	●●	
Chirurg. Klinik Dr. Rinecker	München	<500	p	3460	<10000	1,560	6	18	8:47%	6:16%	1:10%	62	0,1	0,0				30	●	155	●●	34	●●	
Chirurgische Klinik München-Bogenhausen GmbH	München	<50	p	2919	<5000	1,057	4	10	8:51%	6:14%	13:12%	83	2,7	9,6	N			59	●●			90	●●●●	
Clinic Dr. Decker GmbH	München	<50	p	3008	<5000	0,840	4	13	8:52%	5:11%	1:8%	59	0,6	1,9				32	●●			44	●●	
Deutsches Herzzentrum München	München	<200	ö	3203	<20000	1,971	2	5	5:96%	-1:2%	1:1%	55	15,1	16,6	B	N								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse								
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb-nis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis	Knie-TEP	Ergeb-nis
Diakoniewerk München-Maxvorstadt	München	<50	fg	2919	<5000	0,724	3	9	5:30%	6:26%	8:22%	70	4,3	2,9	N	70	●●	133	●●●						
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	München	<50	p	3017	<5000	0,492	1	2	14:43%	9:9%			0,0	0,0											
Frauenklinik München West GmbH & Co. KG	München	<50	p	2944	<5000	0,484	2	4	13:42%	15:22%			0,0	0,0											
Internistische Klinik Dr. Müller GmbH & Co. KG	München	<200	p	3063	<5000	0,883	4	11	5:50%	6:12%	4:12%	15	3,1	0,1	N										
Isar-Klinik Betriebs GmbH	München	<200	p	2909	<2000	1,214	3	9	8:68%	6:12%	5:9%	86	0,7	0,0	B										
Kinderzentrum München Bezirk Oberbayern	München	<50	ö										0,0	100,0	B										
Klinik Augustinum München	München	<200	fg	2975	<10000	1,101	3	9	5:69%	6:10%	4:8%	26	3,9	1,2	N										
Klinik Thalkirchner Straße	München	<200	ö	3043	<5000	0,763	2	4	9:69%	23:13%	5:4%	33	9,6	10,2											
Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH	München	<200	p	4025	<5000	0,954	5	14	8:56%	6:11%	5:8%	57	1,2	0,1						108 ●					
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH	München	<500	p	3198	<20000	1,069	10	32	5:20%	3:16%	6:12%	43	0,9	0,1	N	38	●●	133	●●	58 ●●					
Kliniken München Pasing und Perlach GmbH Klinik München Perlach	München	<200	p	2949	<10000	1,129	7	19	8:37%	6:12%	5:12%	40	0,6	0,2		41	●	162	●●	69 ●●					
Klinikum Bogenhausen	München	>1000	ö	3024	<50000	1,405	13	38	5:21%	8:20%	1:11%	39	4,3	13,5	B	163	●●	183	●●	93 ●●●					
Klinikum der Universität München	München	>1000	ö	2992	>50000	1,491	15	57	5:11%	8:10%	1:9%	47	10,9	4,5	B	158	●	158	●●●	129 ●					
Klinikum Dritter Orden	München	<1000	fg	2955	<50000	0,934	5	23	6:14%	8:12%	5:11%	35	3,0	2,8	N	163	●●	110	●●	126 ●					
Klinikum Harlaching	München	<1000	ö	3332	<50000	1,030	7	28	6:12%	1:11%	5:10%	27	3,6	8,7	B	52	●	134	●●●	34 ●					
Klinikum Neuperlach	München	<1000	ö	3140	<50000	1,099	7	25	6:28%	5:19%	7:7%	27	4,6	5,9	N			112	●●						
Klinikum Rechts der Isar der technischen Universität München	München	>1000	ö	2844	>50000	1,276	16	53	8:14%	1:9%	2:9%	48	6,4	4,8	N	138	●	65	●●	109 ●					
Klinikum Schwabing	München	>1000	ö	3097	<50000	1,114	13	42	5:13%	6:10%	1:9%	31	4,8	9,2	B			234	●●						
Krankenhaus für Naturheilweisen	München	<50	fg	3053	<1000	1,085	1	2	8:71%	1:29%			0,0	90,0	B										
Krankenhaus Martha-Maria München gGmbH	München	<200	fg	3010	<5000	1,000	1	4	10:53%	6:15%	3:14%	78	0,0	0,0											

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget- Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	4-28%	5-21%	6-13%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel- fraktur
Krankenhaus Neuweitsbach	München	<200	fg	3420	<5000	0,795	4	9	4:28%	5:21%	6:13%	0	3,1	11,1							
Mania-Theresia-Klinik München	München	<50	fg	3148	<5000	1,050	1	3	6:46%	10:33%	7:8%	93	0,0	0,0							
MediCare Flughafen München, Medizinisches Zentrum GmbH	München	<50	p	3011	<5000	0,808	2	6	8:70%	13:18%	11:6%	99	0,0	0,0							
Neurologisches Krankenhaus München GmbH & Co. KG	München	<50	p										0,0	100,0	B						
Orthopädische Klinik München-Harlaching GmbH & Co BettenSKG	München	<200	p	2863												183	●●			175	●
Paracelsus-Klinik-München	München	<200	p	2986	<5000	0,846	1	3	8:53%	6:24%	3:8%	95	0,6	0,0							
Privatklinik Josefnum	München	<200	fg	3006	<5000	0,860	3	12	8:38%	6:26%	5:10%	68	0,2	0,0		47	●●●			61	●●
Privatkliniken Dr. Gaermer	München	<50	p	2939	<1000	0,520	1	2	3:100%	18:0%		92	0,0	24,5							
Rotkreuzklinikum München gGmbH	München	<500	fg	3003	<20000	0,783	3	16	14:22%	15:16%	8:12%	42	3,7	4,0	N	207	●	48	●●	200	●
Sana Klinik München-Solln GmbH	München	<200	p	2965	<10000	1,155	2	4	8:97%	1:1%	9:1%	95	1,2	0,0		582	●●●			823	●●
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken	Münnerstadt	<200	ö	2668	<5000	1,120	1	3	4:83%	23:10%	-1:2%	19	1,6	4,3							
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	Murnau	<500	ö	3438	<10000	1,683	3	10	8:67%	1:16%	9:5%	62	2,3	47,3	B	60	●●●				
Krankenhaus Nabburg	Nabburg	<50	ö	3833	<5000	0,577	1	6	4:42%	5:19%	6:12%	0	0,1	0,0							
Kliniken St. Elisabeth	Neuburg	<500	fg	2992	<10000	0,848	6	25	6:16%	8:14%	15:9%	27	0,4	3,1	P	90	●●	103	●●●	125	●●
DialMed Centrum – Clinic Neuendetsau	Neuendetsau	<200	fg	2997	<10000	0,938	10	28	8:25%	6:19%	5:11%	43	1,0	0,0		57	●	61	●●●	149	●●
Spezialklinik Neukirchen	Neukirchen b. Hl. Blut	<200	p										0,0	100,0	B						
Klinikum Neumarkt	Neumarkt i.d. OPf.	<500	ö	3169	<20000	0,960	13	38	6:17%	5:16%	8:15%	37	2,8	0,9	N	228	●●●	151	●●	244	●●
Krankenhaus Neustadt Inh. Dr. med. K.-H. Drogula	Neustadt	<50	p	3022	<5000	1,109	4	14	8:45%	6:17%	5:10%	52	0,1	0,0		214	●●●	42	●●●	339	●●●
Klinik Neustadt Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim	Neustadt an der Aisch	<200	ö	3055	<10000	0,804	8	25	5:23%	6:13%	11:10%	34	0,4	0,0	N	81	●●●				
Donauklinik Neu-Ulm	Neu-Ulm	<200	ö	3067	<10000	0,781	6	18	6:18%	5:14%	8:11%	29	0,5	0,1	N	70	●●				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%					O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	
Bezirkskrankenhaus Parsberg – Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde	Parsberg	<50	ö																				
Kreiskrankenhaus Parsberg	Parsberg	<50	ö	3089	<5000	0,707	3	10	5:26%	4:21%	6:17%	0	0,0	1,1									
Kinderklinik Dritter Orden	Passau	<50	fg	3037	<5000	0,745	3	8	6:23%	1:16%	3:13%	8	0,3	7,4									
Klinikum Passau	Passau	<1000	ö	2964	<50000	1,078	10	37	5:20%	8:13%	6:12%	33	3,3	1,0	B	N							225
Privatklinik Dr. Heilige Passau	Passau	<50	ö	3091	<1000	0,714	2	4	8:79%	6:11%	9:3%	68	0,0	0,0									
Sana Klinik Pegnitz GmbH	Pegnitz	<200	p	2876	<10000	0,921	7	24	5:19%	8:18%	6:14%	36	1,1	0,0									188
Klinik Peißenberg	Peißenberg	<50	fg	3380	<5000	0,768	4	11	5:37%	4:13%	6:12%	5	0,0	0,0									151
Klinik Penzberg	Penzberg	<50	fg	3176	<5000	0,815	8	22	6:20%	8:15%	5:15%	31	0,3	0,0									46
Ilmtalklinik Pfaffenhofen GmbH	Pfaffenhofen	<500	ö	2993	<20000	0,897	9	29	5:21%	8:19%	6:15%	35	1,1	0,2	N								34
St.-Vinzenz Klinik Pfronten im Allgäu GmbH	Pfronten	<50	p	2889	<5000	0,959	6	19	8:43%	6:14%	5:14%	47	0,3	0,0									107
Urologische Klinik München-Planegg	Planegg	<50	p	2962	<5000	1,178	2	4	11:54%	12:40%	13:3%	83	1,4	0,0	N								73
Frauenklinik Prien GmbH Dr. Lehner	Prien	<50	p	4451	<1000	0,454	1	3	14:44%	13:26%	15:25%	44	0,0	0,0									
Kreiskrankenhaus Prien	Prien	<200	ö	2977	<10000	0,889	11	33	6:19%	8:15%	5:13%	38	0,6	0,0									68
Bezirksklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	3313	<5000	1,259	2	4	1:80%	-1:3%	10:3%	4	6,2	49,9	B	N	P						
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg	Regensburg	<500	fg	2997	<20000	1,000	7	28	6:17%	11:11%	14:10%	47	0,8	0,4	N								110
Evangelisches Krankenhaus Regensburg	Regensburg	<50	fg	3007	<5000	0,666	5	14	8:24%	6:13%	3:12%	67	0,0	0,0									52
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg	Regensburg	<1000	fg	2876	<50000	1,115	11	42	5:14%	8:14%	6:12%	39	1,4	1,9	B	N							52
Universitätsklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	2895	>50000	1,844	18	56	5:20%	3:14%	2:10%	57	8,3	1,1	N								87
Klinikum Rosenheim	Rosenheim	<1000	ö	3031	<50000	1,013	11	37	5:17%	8:12%	6:11%	34	3,3	2,3	N	H							101
Kreisklinik Roth	Roth	<500	ö	3168	<10000	0,882	9	29	8:19%	5:15%	6:15%	38	0,2	3,2	B	N							174
Krankenhaus Rothenburg gGmbH	Rothenburg	<200	ö	3020	<10000	0,839	9	26	5:18%	6:15%	8:13%	36	0,2	0,1									90

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	5:19%	6:19%	4:13%	O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Schloßklinik Rottenburg – Fachklinik für Innere Medizin und Geriatrie Rehabilitation	Rottenburg	<50	ö	3153	<1000	0,726	4	11	5:19%	6:19%	4:13%	0	0,0	0,0						
Krankenhaus Rothalmünster	Rothalmünster	<200	ö	2967	<10000	0,849	7	22	5:17%	8:14%	6:14%	28	0,0	0,0	N					
Krankenhaus Vinzentinum Ruppolding	Ruppolding	<50	fg	3403	<5000	0,706	4	11	4:22%	5:20%	1:12%	0	0,3	0,0	N					
Juraklinik Scheßlitz	Scheßlitz	<500	ö	2985	<10000	0,957	5	16	5:23%	8:21%	6:17%	40	0,1	0,2	P					
Krankenhaus Schongau	Schongau	<200	fg	3002	<10000	0,887	10	29	8:17%	5:14%	6:13%	36	1,0	0,0	N					
Kreis Krankenhaus Schrobenuhausen	Schrobenuhausen	<200	ö	2996	<10000	0,888	10	29	5:19%	8:16%	6:15%	33	1,6	0,1						
Stadtkrankenhaus Schwabach GmbH	Schwabach	<200	ö	3123	<10000	0,863	8	25	6:21%	5:13%	8:12%	28	0,3	1,9	N					
Städtisches Krankenhaus Schwabmünchen	Schwabmünchen	<200	ö	2908	<5000	0,880	6	18	6:26%	5:19%	14:8%	37	0,3	0,0						
Asklepios Orthopädische Klinik Lindenuhe	Schwandorf	<200	p	2884	<10000	1,521	3	7	8:98%	1:1%	18:0%	85	1,8	0,1						
St.-Barbara-Krankenhaus Schwandorf	Schwandorf	<500	fg	2782	<10000	0,891	12	35	6:18%	8:14%	5:11%	35	0,5	0,0	N					
Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Schwarzach	<200	fg	2763	<5000	1,380	3	6	8:98%	1:1%	21:1%	70	0,6	0,0						
Krankenhaus Rummelsberg gGmbH	Schwarzenbruck	<500	fg	2946	<20000	1,403	6	16	8:65%	1:19%	5:3%	48	5,8	1,9	H					
Krankenhaus St. Josef	Schweinfurt	<500	fg	2961	<10000	0,834	7	25	5:17%	8:14%	6:12%	40	0,5	3,5	B					
Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt gGmbH	Schweinfurt	<1000	ö	2925	<50000	0,979	10	37	5:15%	6:14%	1:11%	30	1,8	1,1	N					
Chirurgische Klinik Seefeld	Seefeld	<50	ö	3112	<5000	1,082	5	13	8:40%	6:34%	9:10%	69	0,2	0,0						
Kreis Krankenhaus Simbach a. Inn	Simbach am Inn	<200	ö	2986	<5000	0,746	5	13	5:48%	4:11%	6:9%	15	3,8	0,0	P					
Kreis Krankenhaus Simbach a. Inn – Short-Stay-Chirurgie	Simbach am Inn	<50	ö	2787	<1000	0,693	1	2	2:30%	6:27%	10:25%	100	0,0	0,0						
Kliniken Oberallgäu gGmbH Klinik Sonthofen	Sonthofen	<50	ö	3049	<5000	0,635	3	9	5:24%	1:16%	6:15%	0	0,1	0,0						
Waldhausklinik Deuringen	Stadtbergen	<50	p	2741	<1000	1,069	2	5	8:49%	5:12%	1:10%	0	0,8	9,2						
Klinikum Staßfurt	Staßfurt	<50	p	2849	<1000	5,267	1	2	1:65%	-1:35%		34	0,2	56,2	P					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget- Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	14-14%	6-13%	8-12%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb- nis	Oberschenkel- fraktur	Fälle	Ergeb- nis
Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH	Starnberg	<500	ö	2947	<20000	0,767	4	19	14-14%	6-13%	8-12%	39	0,6	0,2	N			57	●●	62	●●	87	●●		
Klinikum St. Elisabeth Straubing	Straubing	<500	fg	3236	<50000	0,955	11	36	8-21%	5-17%	6-11%	46	1,5	1,0	B			135	●●	139	●●●	192	●●		
St.-Anna Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Sulzbach-Rosenberg	<200	ö	2799	<10000	0,955	9	27	8-17%	6-15%	5-13%	32	1,0	0,0	N			72	●●	64	●●	95	●●●		
Krankenhaus Tirschenreuth	Tirschenreuth	<500	ö	3109	<10000	0,781	7	24	5-17%	8-16%	6-14%	26	0,3	0,0	N					55	●●	65	●●●		
Klinikum Traunstein	Traunstein	<1000	ö	3188	<50000	1,123	12	40	5-17%	6-12%	8-12%	41	2,6	4,7	B	N		71	●●	218	●●	53	●		
Gesundheitszentrum Treuchtlingen	Treuchtlingen	<50	ö	3381	<1000	0,666	6	18	5-22%	8-21%	6-17%	22	0,0	0,0											
Kreisklinik Trostberg	Trostberg	<500	ö	2931	<10000	0,954	7	21	8-38%	6-13%	5-12%	44	0,8	0,4	N			315	●●●	82	●●	283	●		
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG	Tutzing	<200	p	2853	<10000	1,221	7	24	8-35%	5-22%	6-9%	41	3,6	9,2				66	●●	33	●●	57	●		
Krankenhaus St. Camillus	Ursberg	<50	ö	2661	<1000	0,673	2	7	6-24%	3-19%	10-11%	0	2,6	0,0		P									
Kreiskrankenhaus Viechtach	Viechtach	<200	ö	2977	<10000	0,851	8	24	6-19%	5-17%	8-13%	40	0,1	0,0				31	●	92	●				
Kreiskrankenhaus Vilshofen	Vilshofen	<200	ö	2951	<10000	0,851	7	23	8-23%	6-13%	14-10%	37	0,4	0,0				210	●●●	101	●●●	195	●●●		
Krankenhaus Vilshofen	Vilshofen	<200	ö	2900	<10000	1,019	10	29	8-21%	6-20%	5-15%	39	0,0	0,0				130	●●	136	●●	165	●		
Schön Klinik Vogtareuth GmbH & Co. KG	Vogtareuth	<500	p	3134	<20000	1,976	5	14	8-66%	5-15%	1-10%	69	1,7	24,8	B	N		454	●●			392	●●●		
Helios Klinik Volkach	Volkach	<50	p	2629	<5000	0,888	2	5	8-54%	6-29%	7-6%	88	0,4	0,0								47	●●		
Kreiskrankenhaus Waldkirchen	Waldkirchen	<50	ö	2898	<5000	0,870	7	20	8-26%	6-19%	4-14%	33	1,1	0,1				49	●●	65	●	118	●●		
Kliniken Nordoberpfalz AG Krankenhaus Waldsassen	Waldsassen	<200	nb												B					47	●	34	●●		
Klinik Wartenberg Professor Dr. Seimair GmbH & Co. KG	Wartenberg	<50	p	3389	<1000	0,938	4	9	4-26%	6-14%	1-11%	1	3,2	32,2	B										
Inn-Salzach-Klinikum BKH	Wasserburg	<1000	ö	2951	<5000	0,868	2	5	1-77%	8-14%	3-4%		6,6	4,4				33	●	104	●	82	●●		
Kreiskrankenhaus Wasserburg	Wasserburg	<200	ö	2955	<10000	0,830	6	23	8-16%	6-15%	14-12%	29	0,4	0,0											
Krankenhaus Wegscheid	Wegscheid	<50	ö	3055	<5000	0,846	8	23	5-20%	8-20%	6-14%	32	0,3	0,0											
Klinikum Weiden	Weiden	<1000	ö	2988	<50000	1,042	11	37	5-16%	6-15%	8-12%	34	3,6	2,2	B	N		129	●●	206	●	172	●●●		
Klinikum Weilheim	Weilheim	<200	fg	2917	<10000	0,949	10	28	5-26%	8-18%	6-13%	44	1,0	0,0				95	●●	66	●	121	●●●		
Kreiskrankenhaus Weißenburg	Weißenburg	<200	ö	2979	<10000	0,857	6	21	6-25%	5-14%	1-8%	34	0,3	0,0	N										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Stiftungsklinik Weißenhorn	Weißenhorn	<200	ö	3057	<10000	0,866	9	26	8:21%	5:17%	6:17%	33	0,6	0,1				136	●●●●	115	●●●●	109	●●
Krankenhaus Markt Werneck	Werneck	<50	ö	2853	<5000	0,660	4	11	8:36%	5:14%	14:11%	53	0,5	0,0				34	●			114	●●
Orthopädisches Krankenhaus Schloß Werneck	Werneck	<200	ö	2722	<10000	1,927	1	2	8:99%	9:0%	1:0%	91	0,9	0,0				589	●	43	●●	638	●
Kreisklinik Wertingen	Wertingen	<200	ö	2946	<10000	0,803	8	23	8:25%	5:21%	6:12%	35	1,1	0,0				108	●●	68	●●	111	●●●●
Kreiskrankenhaus Wolftrathshausen	Wolftrathshausen	<200	ö	3035	<10000	0,894	9	27	5:19%	8:18%	6:14%	32	0,5	0,1				106	●	90	●●	116	●●
Kreiskrankenhaus Wörth a.d. Donau	Wörth a. d. Donau	<50	ö	2678	<5000	1,000	8	24	5:25%	8:23%	6:14%	47	0,2	0,0				132	●●●●	40	●●	235	●●●●
Klinikum der Universität Würzburg	Würzburg	>1000	ö	2907	>50000	1,333	17	54	5:11%	2:10%	3:10%	44	4,8	4,9	B	N	P			68	●●		
Missionsärztliche Klinik	Würzburg	<500	fg	2949	<20000	0,882	5	21	6:14%	4:12%	14:10%	36	1,0	0,0				37	●●	86	●●●●	58	●
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus	Würzburg	<200	ö	2872	<10000	1,650	3	6	8:98%	21:1%	18:0%	94	1,3	0,0				335	●●			496	●
Rokreuzklinikum Würzburg gGmbH	Würzburg	<200	fg	2744	<5000	0,832	2	6	8:56%	3:21%	5:7%	79	0,4	0,0				99	●●●●			135	●●
Stiftung Juliusospital	Würzburg	<500	ö	2961	<20000	1,067	12	32	8:19%	6:18%	5:16%	34	1,4	8,0	B	N		163	●●	186	●●●●	133	●●
Therienklinik Würzburg	Würzburg	<50	fg	3024	<5000	0,473	4	9	8:29%	14:18%	6:14%	68	0,0	0,0									
Zusam.klinik der DRV Schwaben	Zusmarshausen	<50	ö	2946	<5000	0,888	2	3	4:90%	5:3%	-1:2%	7	2,7	6,4									
Kreiskrankenhaus Zwiessel	Zwiessel	<200	ö	3339	<10000	0,734	7	20	8:23%	5:15%	6:12%	25	0,6	0,0				162	●●	70	●●	343	●●
Berlin		489		2900		1,185	16	56	8:15%	5:13%	6:11%	43	3,47	2,16	9	8	1	6					
Augenklinik Berlin Marzahn	Berlin	<50	p	2994	<5000	0,568	1	2	2:100%			84	0,0	0,0									
Augenklinik im Ringcenter GmbH	Berlin	<50	p	2206	<1000	0,533	1	1	2:100%			92	0,0	0,0									
AWO Ida-Wolff-Geriatrizentrum Neukölln gGmbH	Berlin	<200	fg	2823	<5000	1,616	1	2	8:39%	1:28%	5:13%		0,0	6,3									
Bundeswehr-Krankenhaus-Verwaltung Berlin	Berlin	<200	ö	2578	<10000	1,196	8	27	3:17%	8:17%	6:12%	55	2,8	0,1				120	●●	41	●●	65	●●●●
Charite Universitätsmedizin Berlin	Berlin	>1000	ö	2825	>50000	1,488	18	64	8:11%	5:11%	1:8%	43	6,9	2,0	N	H	P	363	●	325	●●●●	193	●
Dominikus-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	2819														74	●	85	●●	122	●●●●
DRK Kliniken Berlin Park-Sanatorium Dahleim GmbH	Berlin	<50	fg	2906	<5000	0,468	2	5	3:43%	6:19%	13:12%	85	0,0	0,5									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
DRK Kliniken Westend	Berlin	<500	fg	2852	<50000	0,873	6	28	5:14%	6:12%	14:12%	42	0,7	0,3	N	P	191	202	115			
DRK-Kliniken Berlin Köpenick	Berlin	<1000	fg	2785	<50000	1,118	10	34	5:23%	6:15%	8:11%	35	1,6	1,1	N		136	285	59			
DRK-Kliniken Mark Brandenburg DRK Schwesternschaft Berlin Gemeinnütz. KH, GmbH	Berlin	<500	fg	2772	<20000	0,967	2	8	4:38%	5:24%	6:12%	30	0,8	0,6				38				
Elisabeth-Krankenhaus	Berlin	<200	fg	2949	<10000	0,889	4	17	6:23%	9:18%	8:13%	55	0,1	0,0			71	89	119			
Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetrieb GmbH	Berlin	<500	fg	2839	<10000	1,325	3	12	5:36%	8:30%	1:10%	42	0,1	1,3				50				
Evang. Waldkrankenhaus Spandau gGmbH	Berlin	<1000	fg	2913	<20000	1,150	5	25	8:20%	14:13%	15:11%	35	0,9	0,0			425	157	294			
Evang. Lungenklinik Berlin	Berlin	<200	fg	2752	<10000	1,077	1	2	4:93%	-1:1%	5:1%	16	3,7	1,4				165				
Evang. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge	Berlin	<1000	fg	2881																		
Franziskus-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2873	<10000	1,174	4	12	11:34%	5:30%	12:12%	54	1,4	0,0	N							
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Berlin	<500	fg	3065													31	35				
Havelklinik GmbH	Berlin	<50	p	2867	<5000	0,896	2	6	8:77%	3:16%	6:4%	99	0,1	0,0			92		121			
Helios Klinikum Berlin-Buch	Berlin	>1000	p	3101													203	136	190			
Helios Klinikum Emil von Behring GmbH	Berlin	<1000	p	3239													266	126	180			
Immanuel-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	2817	<10000	1,128	2	4	8:90%	1:4%	9:1%	48	3,7	0,5	N		211		225			
Jüdisches Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2874	<20000	1,117	5	18	5:37%	1:23%	6:10%	35	2,7	0,0				142	64			
Klinik für MIC Minimal Invasive Chirurgie	Berlin	<50	p	2671	<5000	1,115	2	5	13:45%	6:38%	7:12%	100	0,0	0,9								
Krankenhaus Bethel	Berlin	<500	fg	3075	<10000	1,240	6	21	8:29%	6:18%	5:11%	31	0,1	1,9			82	123	78			
Malteser Krankenhaus	Berlin	<50	fg	2727	<5000	1,660	2	3	8:27%	5:24%	4:15%		0,6	0,0								
Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow	Berlin	<500	fg	2985	<20000	0,889	3	19	5:18%	14:15%	8:14%	33	1,4	0,0			31	175				
Martin-Luther-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2969	<20000	1,007	5	20	8:23%	14:12%	6:15%	49	0,4	0,0			154	113	182			
Park-Klinik Weißensee GmbH & Co Betriebs KG	Berlin	<500	p	2962	<20000	1,066	9	29	8:21%	3:15%	6:15%	51	0,5	0,3			273	233	310			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG			TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse								
							25%	50%	1-7%	8-17%	18-24%	25-31%	32-47%	48-63%	64-79%	80-95%	96-100%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Paulinenkrankenhaus	Berlin	<200	fg	3050	<10000	2,362	2	3	5:83%	-1:7%	4:2%	13	2,3	3,7																
Privatklinik Hygiea GmbH & Co. KG	Berlin	<50	p	2942	<5000	0,523	3	7	8:36%	3:18%	11:13%	94	2,6	0,0	N															
Sana Klinikum Lichtenberg Oskar-Ziethen Krankenhaus	Berlin	<1000	p	3004	<50000	1,017	4	20	6:17%	5:13%	14:12%	30	1,4	1,1																
Schloßpark-Klinik KG	Berlin	<500	p	2924	<10000	0,881	5	17	8:29%	2:24%	6:16%	56	1,4	6,3	P															
St.-Gertrauden-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	2981	<20000	0,998	9	28	3:15%	5:14%	8:14%	53	0,2	0,0																
St.-Hedwig-Kliniken Berlin GmbH	Berlin	<1000	fg	2822	<20000	1,103	9	25	6:18%	11:17%	8:12%	47	2,5	0,0	P															
St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	Berlin	<500	fg	2609	<1000	0,850	1	3	1:82%	8:14%	3:1%		0,6	30,9	P															
St.-Joseph-Krankenhaus I	Berlin	<500	fg	2795	<20000	0,894	3	15	14:17%	15:16%	6:16%	28	2,9	0,0	P															
St.-Marien-Krankenhaus Lankwitz	Berlin	<500	fg	2958																										
Unfallkrankenhaus Berlin Krankenhaus Berlin-Marzahn	Berlin	<1000	p	2780	<50000	1,489	16	44	5:17%	8:16%	1:14%	52	2,9	15,5	N															
Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Berlin	Berlin	<50	p	2986	<5000	1,738	2	5	8:22%	1:17%	10:16%	0	0,0	0,0																
Vivantes GmbH	Berlin	>1000	ö	2972																										
Vivantes GmbH – Auguste-Viktoria-Klinikum																														
Vivantes GmbH – Klinikum Am Urban																														
Vivantes GmbH – Klinikum Hellersdorf																														
Vivantes GmbH – Klinikum im Friedrichshain																														
Vivantes GmbH – Klinikum Neukölln																														
Vivantes GmbH – Klinikum Prenzlauer Berg																														
Vivantes GmbH - Klinikum Spandau																														
Vivantes GmbH --- Standort am Nordgraben																														

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse										
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb-nis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis	Knie-TEP	Ergeb-nis	
																									8:11%
Krankenhaus Forst GmbH	Forst	<500	ö	2900	<10000	0,848	8	28	8:11%	5:13%	6:11%	29	0,6	1,5											
Evangelisches Krankenhaus Frankfurt (Oder) / Seelow	Frankfurt	<200	fg	2921	<10000	1,058	6	21	8:20%	5:20%	6:17%	23	0,1	0,1											
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH	Frankfurt	<1000	p	2924	<50000	1,129	15	49	1:10%	8:17%	5:10%	43	4,7	0,3	N	P	235	●●	●●	206	●●				
Naemi-Wilke-Stift Guben	Guben	<200	fg	2921	<10000	0,937	6	19	6:14%	8:36%	5:13%	33	0,0	0,0			257	●●	●●	267	●●				
Oberhavel Kliniken GmbH Klinik Hemmisdorf	Hemmisdorf	<1000	fg	2752	<20000	0,965	8	31	6:14%	5:17%	1:10%	32	2,0	0,9	N	P									
Klinikum Niederlausitz GmbH	Kletwitz	<1000	ö	2942	<20000	0,989	8	30	6:17%	5:19%	8:12%	27	0,6	0,8	N	P	60	●●	●●	120	●●	77	●●		
KMG Kliniken Aktiengesellschaft	Kyritz	<500	p	2927	<20000	1,031	8	25	8:27%	5:27%	6:11%	38	1,4	0,0			486	●●	●●	210	●	539	●		
Klinikum Dahme-Spreewald GmbH	Lübben	<500	fg	2970	<50000	0,851	7	26	8:15%	5:16%	6:14%	35	0,4	0,0	N		237	●	129	●	303	●●			
Klinikum Dahme-Spreewald GmbH	Königs Wusterhausen	<500	fg	2970																					
Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin	Lehnin	<50	fg	3157	<5000	0,858	5	14	6:17%	5:26%	4:12%	2	5,2	0,0											
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg	Lobetal	<50	fg										0,0	100,0	B										
Evangelisches Krankenhaus Luckau GmbH	Luckau	<200	fg	2953	<5000	0,804	8	25	6:18%	6:18%	5:13%	33	1,3	0,0											
DRK Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft Thüringen-Brandenburg mbH	Luckenwalde	<500	fg	2758	<10000	0,917	9	31	6:13%	5:18%	8:13%	31	0,6	0,0	N		34	●	171	●●	●●				
Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH	Ludwigsfelde	<500	fg	2954	<10000	0,874	6	28	6:18%	6:18%	8:12%	27	0,7	0,0	N		47	●	159	●●	●●				
Haveland Kliniken GmbH	Nauen	<1000	ö	2912	<20000	0,836	8	27	5:16%	6:18%	8:9%	26	0,9	0,0	P										
Ruppiner Kliniken GmbH	Neuruppin	<1000	ö	2825	<50000	1,105	14	46	3:11%	5:15%	8:10%	39	2,2	1,1	N	P	93	●	141	●●	●●				
Oberhavel Klinik Gransee GmbH	Oranienburg	<50	ö	3799	<5000	0,806	7	21	6:22%	5:20%	8:17%	28	0,1	0,0											
Kreis Krankenhaus Prignitz gemeinnützige GmbH	Perleberg	<500	ö	2960	<20000	0,839	9	28	5:18%	5:18%	6:14%	26	1,1	0,1	N	P	55	●●	●●	127	●	85	●●		
Evangelisches Krankenhaus für Geriatric	Potsdam	<200	fg	2953	<5000	1,518	2	6	8:33%	8:33%	5:17%	0	0,2	7,7											

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP		
							25%	50%	5:14%	6:9%	8:9%		O	ZE	SE	B	N	H	P		Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur
Klinikum Ernst von Bergmann GmbH	Potsdam	>1000	ö	2939	<50000	1,157	12	47	5:14%	6:9%	8:9%	38	5,0	2,0	N	P	32	●	286	●		
Oberlinlinik GmbH	Potsdam	<200	fg	2880	<10000	1,822	2	6	8:98%	18:1%	1:1%	85	4,5	1,8			741	●●●●		827	●●●●	
St.-Josefs-Krankenhaus	Potsdam	<500	fg	2931	<20000	1,059	9	29	5:24%	6:16%	1:10%	34	1,6	0,0					202	●		
Kreiskrankenhaus Prenzlau GmbH	Prenzlau	<200	ö	3087	<5000	0,764	7	20	6:16%	5:15%	1:10%	23	0,8	0,0					100	●		
Evang.-Freikirchliches Krankenhaus Rüdersdorf	Rüdersdorf	<500	fg	2882	<10000	0,897	8	24	6:14%	8:13%	5:13%	25	1,9	1,2		P	45	●	146	●		
Asklepios Klinikum Uckermark Schwedt GmbH	Schwedt	<500	p	2984	<20000	1,096	15	45	5:18%	8:14%	6:12%	35	5,0	1,5		N	287	●●	134	●	198	●●
Sana Kliniken Sommerfeld GmbH Hellmuth-Ulrich-Kliniken	Sommerfeld	<500	p	2905	<10000	1,706	2	3	8:89%	1:10%	19:1%	58	9,3	2,1			1177	●●●●		1033	●●●●	
Spremlinger Krankenhausgesellschaft mbH	Spremling	<500	p	2912													57	●●	39	●●		
Krankenhaus „Märkisch-Oderland“ GmbH	Strausberg	<500	ö	2793	<20000	0,951	10	28	8:19%	6:17%	5:16%	36	1,5	0,1			311	●●●●	196	●●●●	374	●●●●
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Templin	Templin	<200	p	3450	<5000	0,733	8	25	6:16%	5:16%	8:12%	28	0,2	0,0					160	●●●●		
Johanniter-Krankenhaus im Fläming GmbH	Treuenbrietzen	<500	fg	3014	<10000	1,101	2	6	4:43%	8:42%	23:6%	19	6,7	5,4		N	161	●●		329	●●	
Evangelisches Krankenhaus Gottesfriede GmbH	Woltersdorf	<200	fg	2978	<5000	1,599	1	5	8:44%	1:19%	5:10%	2	0,0	9,7								
Bremen		465		2971		1,089	14	51	8:15%	5:14%	6:12%	38	3,3	4,18	0	5	1	0				
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus GmbH	Bremen	<500	fg	3056	<20000	1,021	10	33	8:19%	3:13%	6:13%	45	4,7	4,3		N						
Klinikum Bremen-Mitte GmbH	Bremen	<1000	ö	2959	<50000	1,165	15	52	8:11%	1:11%	3:11%	43	5,3	5,6		N						
Klinikum Bremen-Nord GmbH	Bremen	<1000	ö	3092	<20000	0,953	6	26	5:15%	6:15%	8:10%	23	3,0	5,5								
Klinikum Bremen-Ost GmbH	Bremen	<1000	ö	3032	<20000	1,209	6	20	4:28%	1:21%	6:11%	20	4,6	12,2		N						
Klinikum Links der Weser GmbH	Bremen	<500	ö	2975	<50000	1,281	6	18	5:42%	14:10%	6:10%	38	3,9	2,7		N	H					
Paracelsus-Kurfürstenklinik Bremen	Bremen	<50	p	2873	<5000	1,024	3	7	8:70%	3:22%	2:3%	83	0,9	0,0								
Roland-Klinik	Bremen	<200	fg	3010	<10000	1,244	3	7	8:90%	1:4%	21:3%	77	0,8	0,0								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	8:31%	5:20%	6:15%		O	ZE	SE	B	N	H	P
Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen gGmbH	Bremen	<500	fg	3079	<20000	1,220	9	27	8:31%	5:20%	6:15%	37	1,2	2,2					
St.-Joseph-Stift	Bremen	<500	fg	2975	<20000	0,900	6	21	3:14%	2:13%	6:12%	45	2,1	4,3	N				
DRK Krankenanstalten Wesermünde	Bremenhaven	<500	fg	2927	<10000	0,838	6	20	6:24%	4:21%	5:11%	20	1,8	0,0					
Klinikum Bremehaven Reinkenheide	Bremehaven	<1000	ö	3088	<50000	1,136	13	41	8:17%	1:16%	5:13%	39	1,3	3,0					
St.-Joseph-Hospital gGmbH	Bremehaven	<500	fg	3124	<20000	0,876	6	24	5:17%	6:15%	4:10%	30	2,2	0,2					
Hamburg		402		2927		1,12	13	45	8:18%	6:14%	5:9%	44	1,45	2,85	0	0	0	0	0
AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH	Hamburg	<200	fg	3044	<20000	0,993	4	15	6:19%	8:18%	4:13%	26	0,6	3,2					
Albertinen-Krankenhaus Albertinen-Haus gemeinnützige GmbH	Hamburg	<1000	fg	2973	<50000	1,364	7	25	5:22%	8:13%	14:9%	38	1,1	1,1			164	101	148
AMF FacharztKlinik Hamburg GmbH	Hamburg	<50	fg	3007	<5000	0,781	3	11	8:53%	6:8%	9:8%	96	0,7	0,0					40
Asklepios Klinik Altona	Hamburg	<1000	p	3031	<50000	1,062	7	30	14:12%	11:10%	5:10%	36	2,2	0,2			180		
Asklepios Klinik Barmbek	Hamburg	<1000	p	3037	<50000	1,062	7	30										127	
Asklepios Klinik Harburg	Hamburg	<1000	p	3028														31	94
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll und Heidberg	Hamburg	>1000	p	3057														140	
Asklepios Klinik St. Georg	Hamburg	<1000	p	2965														72	
Asklepios Klinik Wandsbek	Hamburg	<1000	p	2999														39	150
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH	Hamburg	<500	p	2608	<20000	1,257	7	26	8:26%	6:17%	5:15%	39	2,5	2,1			131	52	67
Bethesda – Allgemeines Krankenhaus GmbH Bergedorf	Hamburg	<500	fg	3003														34	80
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<50	ö	2853	<10000	0,972	11	33	3:19%	8:14%	12:10%	45	1,3	1,2					50
CardioClinic Hamburg Krankenhausgesellschaft mbH	Hamburg	<50	p	2798	<5000	4,135	1	2	5:95%	-1:2%	8:1%	76	1,0	0,0					
Endo-Klinik Hamburg GmbH	Hamburg	<500	p	2959														758	
Ev. Amalie Stevking-Krankenhaus gGmbH	Hamburg	<500	fg	2941														66	118

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	8:26%	20:20%	1:15%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP		
																							Fälle	Ergebnis
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH	Hamburg	<500	fg	2865	<5000	1,178	3	12	8:26%	20:20%	1:15%	25	2,7	38,6				60	●●	43	●●			
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg	Hamburg	<200	p	3138	<10000	0,739	3	12	6:19%	14:14%	15:12%	23	0,1	0,0				68	●●	49	●●	67	●●	
Israelitisches Krankenhaus	Hamburg	<200	fg	2892	<10000	1,136	3	9	6:62%	7:13%	5:5%	40	1,3	0,0				95	●●	77	●●	85	●	
Kath. Marienkrankenhaus GmbH	Hamburg	<1000	fg	3197	<50000	1,091	6	31	3:14%	14:12%	8:11%	49	1,7	1,8				94	●●			137	●	
Klinik Dr. Guth	Hamburg	<50	p	2882	<5000	1,158	2	9	8:45%	6:30%	5:5%	80	0,1	0,0				37	●●			40	●●●	
Krankenhaus Jerusalem	Hamburg	<200	p	2936	<5000	0,724	2	5	9:35%	8:17%	3:16%	96	0,5	0,0				63	●●			75	●●	
Krankenhaus Tabea GmbH	Hamburg	<50	p	2880														53	●●			63	●●●	
Praxis-Klinik Bergedorf GmbH	Hamburg	<50	p	2728	<5000	1,118	1	4	8:85%	6:12%	1:1%	99	0,6	0,0				199	●●			123	●●	
Praxis-Klinik Mümmelmannsberg	Hamburg	<50	p	3349	<1000	0,440	5	16	4:17%	8:16%	3:12%	40	0,0	0,0				117	●●					
Schön Klinik Hamburg-Elbek Co KG	Hamburg	<1000	p	3015	<50000	1,497	8	24	8:41%	6:11%	11:9%	52	1,3	6,0				37	●●	49	●	52	●●	
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf	Hamburg	>1000	ö	3086																				
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand	Hamburg	<500	fg	3176																				
Hessen		266		2927		1,072	14	49	5:15%	8:15%	6:12%	38	1,85	3,02	10	13	2	13						
Kreis-Krankenhaus Alsfeld	Alsfeld	<200	ö	2944	<10000	0,900	8	29	8:19%	5:17%	6:14%	35	0,3	0,0				120	●●	90	●	134	●●	
Krankenhaus Bad Arolsen GmbH	Bad Arolsen	<200	ö	2834	<10000	0,815	8	25	5:18%	4:17%	8:14%	21	0,7	0,0				106	●●●	47	●●●	120	●●	
Hess. Bergklinik Koller GmbH & Co KG	Bad Endbach	<50	p	2773	<5000	1,833	1	1	8:76%	5:9%	4:5%		0,0	12,6										
Rheumazentrum Mittelhessen GmbH & Co. KG	Bad Endbach	<50	p	2742	<5000	0,815	1	2	8:95%	1:3%	18:1%		0,0	0,0										
Klinikum Bad Hersfeld GmbH	Bad Hersfeld	<1000	ö	2925															33	●	123	●●●		
Orthopädie Bad Hersfeld GmbH	Bad Hersfeld	<50	fg	2807	<5000	1,508	2	3	8:99%	1:0%	9:0%	90	0,3	0,0				238	●●●			366	●●●	
Hochtaunus Kliniken gGmbH	Bad Homburg	<500	ö	2807	<20000	0,858	8	29	5:17%	6:14%	8:12%	31	0,8	0,0				89	●●	228	●●●	105	●●	
Kreis-Klinik Helmarshausen Kreis-Kliniken Kassel gGmbH	Bad Karlshafen	<50	ö	2965	<5000	0,836	5	17	8:32%	6:16%	5:14%	33	0,1	0,0				113	●●●			170	●●●	
Asklepios Schlossbergklinik	Bad König	<50	p		<5000	7,912	1	2	1:57%	-1:43%	21:0%	43	0,0	63,5										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse			
							25%	50%	10:99%	9:1%	5:0%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Diabetes-Klinik Bad Nauheim GmbH	Bad Nauheim	<50	p	2813	<5000	1,062	1	1	10:99%	9:1%	5:0%	23	0,0	0,0								
Hochwaldkrankenhaus	Bad Nauheim	<500	fg	2861	<10000	0,890	6	24	8:15%	6:14%	14:11%	35	0,1	0,0								
Kerckhoff-Klinik GmbH	Bad Nauheim	<200	fg	2850	<50000	2,169	3	8	5:79%	8:12%	4:5%	55	3,5	0,0	N							
Parkinsonklinik Bad Nauheim	Bad Nauheim	<50	p	2641	<1000	1,346	1	1	1:100%				0,0	52,5								
Helios Klinik Bad Schwalbach	Bad Schwalbach	<200	p	3090	<5000	0,931	7	20	5:23%	8:22%	6:17%	35	0,2	0,0								
Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinerberg	Bad Schwalbach	<200	fg	2889	<5000	1,672	1	3	8:55%	1:23%	5:15%	0	0,0	2,6								
Kliniken d. Main-Taunus-Krs. Krankenhaus Bad Soden	Bad Soden	<1000	ö	2994	<20000	1,082	10	36	5:17%	8:14%	6:12%	41	0,7	0,1								
Asklepos Stadtklinik Bad Wildungen	Bad Wildungen	<200	p	2976																		
Werner-Wicker-Klinik	Bad Wildungen	<500	p	3146	<10000	2,006	1	3	8:74%	11:17%	1:4%	48	4,3	50,1								
Heilig-Geist-Hospital	Bensheim	<200	fg	3316	<5000	0,786	6	21	6:24%	5:13%	8:11%	37	0,5	0,1								
DRK-Krankenhaus	Biedenkopf	<200	fg	2843	<5000	0,601	7	25	6:14%	5:14%	14:10%	37	0,4	0,0								
BDH-Klinik Braunfels GmbH Fachklinik für Neurologie und neurolog. Rehabilitation	Braunfels	<50	fg	2572	<5000	0,945	2	4	1:68%	8:21%	18:2%	1	0,0	42,2								
Orthopädische Klinik Braunfels	Braunfels	<200	p	2824	<5000	1,471	2	4	8:98%	1:2%	9:0%	71	0,0	0,0								
Capio Mathilden-Hospital	Büdingen	<200	p	2986	<5000	0,833	8	25	6:21%	5:14%	8:14%	30	0,2	0,0								
Alice-Hospital und Eleonoren-Kinderklinik	Darmstadt	<200	fg	3268	<10000	0,595	4	17	5:31%	6:20%	14:8%	42	1,1	0,0	N							
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Darmstadt	<50	fg	2927	<5000	0,751	2	5	6:22%	4:16%	15:16%	1	0,9	1,3	H	P						
Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift GmbH	Darmstadt	<500	fg	2866	<20000	1,123	9	27	8:21%	6:19%	5:13%	37	1,0	2,2	P							
Städt. Kliniken Darmstadt Hessenklinik	Darmstadt	<1000	ö	3156	<50000	0,996	14	42	1:15%	5:14%	3:9%	39	2,3	1,2	P							
St.-Rochus-Krankenhaus	Dieburg	<50	fg	3414	<5000	0,773	3	8	8:41%	6:11%	14:11%	45	1,1	0,0								
Kreiskrankenhaus Dillenburg/Herborn	Dillenburg	<500	ö	3075	<10000	0,789	9	28	6:16%	5:12%	8:12%	33	0,5	0,1								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget- Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP Ergeb- nis	
							25%	50%	1	2	3		10	31	6:18%	6:15%	6:14%	8:12%		8:12%
Kaisern-Auguste-Viktoria-Krankenhaus	Ehingshausen	<50	p	2783	<5000	0,649	3	10	5:31%	6:18%	10:13%	40	0,0	0,0						
Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH Kreiskrankenhaus Erbach	Erbach	<500	ö	2963	<10000	0,906	9	31	8:15%	6:15%	5:15%	36	0,1	0,0	140	●●	140	●●●●	142	●●
Kreiskrankenhaus Eschwege GmbH	Eschwege	<500	ö	2995	<10000	0,935	10	29	5:16%	6:14%	8:12%	23	0,4	0,2	59	●●	111	●●	107	●●
Manen-Krankenhaus	Flörsheim	<200	fg	3576	<5000	0,619	1	2	8:77%	6:13%	5:2%	40	0,0	0,0	34	●●			64	●●
Kreiskrankenhaus Frankenberg	Frankenberg	<500	ö	2932											204	●●	100	●●●●	426	●●●●
Berufsgenossenschaft Unfallkl. Frankfurt a. Main	Frankfurt	<500	fg	2762	<10000	1,584	4	11	8:88%	1:4%	9:3%	86	0,9	16,4	87	●●	42	●●	96	●●
Evang. Evangelisches Hospital für palliative Medizin	Frankfurt	<50	fg													B				
Frankfurter Diakonie-Kliniken gGmbH	Frankfurt	<1000	fg	2995											145	●●	80	●●	138	●●
Frankfurter Rotkreuz-Kliniken	Frankfurt	<500	fg	3312	<20000	0,805	6	18	5:41%	8:16%	6:10%	53	2,9	2,1	204	●●			290	●●
Hospital Zum Heiligen Geist	Frankfurt	<500	fg	3021	<10000	0,896	5	18	5:18%	8:15%	14:14%	37	0,7	0,6	124	●●	53	●●	119	●●
Katharina Kasper gGmbH	Frankfurt	<500	fg	3107											121	●●	99	●●	134	●●
Klinikum der Joh.-Wolfgang- Goethe-Universität	Frankfurt	>1000	ö	2947	>50000	1,515	16	55	1:11%	5:10%	2:10%	45	6,7	1,9			79	●		
Krankenhaus Nordwest	Frankfurt	<1000	fg	3026	<50000	1,050	8	33	6:16%	1:13%	4:13%	29	2,7	0,8			99	●		
Krankenhaus Sachsenhausen	Frankfurt	<500	fg	3009	<10000	0,789	3	10	4:16%	13:15%	14:12%	37	0,1	11,3			55	●●		
Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH	Frankfurt	<500	fg	2889	<10000	1,525	4	10	8:94%	9:2%	1:2%	72	1,8	1,5	293	●●●●			266	●●
St.-Katharinen Krankenhaus GmbH	Frankfurt	<500	fg	2963	<20000	1,127	7	22	8:20%	11:17%	1:16%	37	0,4	2,4	83	●	68	●●	59	●●
Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst	Frankfurt	<1000	ö	2959	<50000	1,069	8	32	8:13%	5:10%	1:9%	39	1,4	0,9	233	●●●●	109	●	222	●●
Verein Frankfurter Stiftungskran- kenhäuser e.V.	Frankfurt	<500	fg	3122	<20000	0,886	3	11	14:16%	15:15%	6:12%	36	0,1	5,8	42	●●	30	●●●●	54	●●●●
Kreiskrankenhaus Bürger-Hospital Friedberg Kliniken des Wetteraukreises Friedberg- Schotten-Gedern	Friedberg	<500	fg	3125													61	●●		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP		
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Hospital zum Heiligen Geist	Fritzlar	<200	fg	2977	<10000	0,770	7	23	5:20%	6:19%	8:11%	31	0,5	0,0			32	●●	104	●●	30	●●	
Herz-Jesu-Krankenhaus	Fulda	<500	fg	2955	<10000	1,101	7	24	8:24%	6:22%	5:9%	39	0,8	2,1	P		104	●●	79	●●●	124	●●	
Klinikum Fulda gAG	Fulda	<1000	ö	3040	<50000	1,160	14	46	5:13%	6:12%	8:12%	42	1,6	0,4	N		421	●●●	181	●●●	311	●●	
Main-Kinzig-Kliniken gGmbH Krankenhaus Gelnhausen	Gelnhausen	<500	ö	2726													127	●●	194	●●	211	●●	
Rhön-Klinik Prof. Dr. Dr. Elmar Keck	Gersfeld	<50	p	2952	<1000	0,573	1	5	8:65%	1:11%	6:9%	50	0,0	0,0									
Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH	Gießen	<200	fg	2858	<20000	0,920	6	23	4:24%	6:18%	8:17%	40	0,7	1,8			52	●	117	●●	60	●	
Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen	Gießen	>1000	p	2837	>50000	1,505	19	60	5:15%	8:12%	1:10%	43	3,6	1,1	N		221	●	65	●●	220	●●	
Krankenhaus Baisersche Stiftung	Gießen	<50	fg	2888	<5000	0,635	2	7	8:35%	5:24%	6:13%	8	0,0	0,0									
St.-Josefs-Krankenhaus	Gießen	<200	fg	2926													129	●●	45	●●●	152	●●	
Klinik Oberwald KG	Grebshain	<200	p	3512	<5000	0,707	1	2	5:67%	6:15%	9:8%	82	0,0	0,0									
Kreis-Krankenhaus Groß-Gerau	Groß-Gerau	<500	ö	3245	<10000	0,883	9	28	8:23%	6:18%	5:11%	40	0,1	0,0			54	●●	90	●	69	●●	
Kreis-Krankenhaus Groß-Umstadt	Groß-Umstadt	<500	ö	3168	<10000	0,993	9	28	8:21%	6:19%	5:14%	34	0,2	0,6			79	●	141	●●●	66	●●●	
Klinikum Hanau gGmbH	Hanau	<1000	ö	3026	<50000	0,973	11	32	5:16%	6:12%	1:12%	31	1,2	0,4					163	●●			
St.-Vinzenz-Krankenhaus gGmbH	Hanau	<500	fg	2910	<20000	1,023	7	24	8:19%	6:17%	5:9%	35	1,9	1,7			182	●●	112	●●	168	●	
Kreis-Krankenhaus Bergstraße gGmbH	Heppenheim	<500	fg	3004	<20000	0,852	9	27	5:22%	6:16%	8:16%	37	0,7	0,0			124	●●	117	●	121	●	
Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH	Hessisch Lichtenau	<200	fg	2644	<10000	1,576	1	5	8:95%	1:3%	9:1%	61	0,4	20,2			438	●●	44	●●	463	●●●	
Ex. Krankenhaus Gesundbrunnen gGmbH Hofgeismar	Hofgeismar	<200	fg	2795	<5000	2,209	1	2	8:44%	1:37%	5:9%	2	0,0	13,3									
Kreis-Klinik Hofgeismar Kreiskliniken Kassel GmbH	Hofgeismar	<200	ö	3091	<5000	0,767	7	23	5:23%	6:15%	8:11%	21	0,4	0,0					67	●●			
Helios St.-Elisabeth Klinik Hünfeld	Hünfeld	<200	p	2756	<10000	0,788	7	24	6:14%	8:14%	5:13%	36	0,3	0,0			46	●●	84	●	79	●●	
Helios Klinik Idstein	Idstein	<50	p	3045	<5000	0,906	6	17	8:28%	6:18%	5:17%	34	0,1	0,0			101	●●	49	●●	166	●●●	
Diakonie-Kliniken Kassel gemeinnützige GmbH	Kassel	<500	fg	2897	<20000	1,012	7	21	5:32%	6:15%	14:9%	28	0,2	0,2									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			OSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	6:16%	5:15%	3:12%		ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP Fälle	Oberschenkel-EP Fälle	Knie-TEP Fälle	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis
Elisabeth-Krankenhaus	Kassel	<200	fg	2898	<10000	0,931	7	24	6:16%	5:15%	3:12%	46	0,3	0,0		84	●●	64	●●					
Kinderkrankenhaus Park Schönfeld GmbH	Kassel	<200	ö	2952	<5000	0,718	3	11	6:24%	1:14%	4:9%	22	0,1	26,9	B									
Klinik Dr. Koch GmbH & Co. KG	Kassel	<50	p	3143	<5000	0,445	2	4	14:37%	15:24%	13:17%	45	0,0	0,0										
Klinikum Kassel gGmbH	Kassel	>1000	ö	2947	<50000	1,179	16	49	5:11%	9:11%	1:11%	43	2,8	2,3	P	47	●	91	●●					
Marienkrankenhaus	Kassel	<200	fg	2950	<10000	0,860	3	14	6:32%	4:23%	5:10%	35	0,1	0,3					●					
Orthopädische Klinik Hessenklinik	Kassel	<200	ö	2851	<10000	1,340	2	6	8:95%	1:4%	23:1%	58	0,8	0,0		182	●	262	●●					
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	Kassel	<500	fg	2750	<20000	1,019	12	34	8:19%	6:17%	5:17%	44	0,5	0,1		30	●●	96	●●					
Deutsches-Rotes-Kreuz Klinik Kaufungen	Kaufungen	<50	fg	2854	<5000	1,832	1	2	8:37%	1:28%	5:12%		0,0	3,2					●●					
Wolfgang-Winckler-Haus Jugendberaterung und Jugendhilfe e.V.	Kelheim	<50	fg												B									
St.-Josef-Krankenhaus	Königstein	<50	ö	2976	<5000	0,651	3	9	8:56%	6:10%	4:6%	52	0,3	0,0					●●					
Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach	Korbach	<500	ö	3014												84	●●	50	●					
St.-Maren-Krankenhaus	Lampertheim	<50	fg	2967	<5000	0,942	3	8	5:28%	8:17%	6:12%	0	0,1	4,4					●●					
Asklepios Kliniken Langen-Seligenstadt GmbH Klinik Langen	Langen	<500	p	2925	<20000	0,946	7	26	5:21%	6:18%	8:13%	33	1,5	0,0	N	69	●●	151	●●					
Krankenhaus Eichhof Medizinisches Zentrum Eichhof	Lauterbach	<500	fg	3030	<10000	0,992	7	24	8:19%	6:16%	11:15%	37	0,3	0,0	P	110	●●	101	●●●					
Asklepios Klinik Lich GmbH	Lich	<500	p	2934	<10000	1,038	5	23	6:15%	8:15%	14:13%	32	0,4	0,0		85	●●	132	●					
Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH	Limburg	<500	fg	2966	<50000	1,114	11	37	5:16%	6:15%	8:11%	35	2,8	0,1	N	92	●	178	●●					
Luisen-Krankenhaus Hessenklinik	Lindenfels	<200	fg	3046	<5000	0,892	8	23	5:19%	8:17%	6:11%	29	0,0	0,4		70	●●●	84	●●●					
Chirurg.-Orthop. Fachklinik Lorsch GmbH u. Co. KG	Lorsch	<50	p	2915	<5000	1,802	2	4	8:98%	18:1%	9:0%	79	0,9	0,0		321	●●●	58	●●●					
Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehda	Marburg	<500	fg	2960	<10000	0,986	6	17	5:21%	8:19%	6:16%	29	0,0	0,0		132	●●●	95	●●●					
Dr. Schweckendiek GmbH Klinik KG	Marburg	<50	p	2821	<1000	0,364	1	2	3:97%	5:1%	9:1%	90	0,0	0,0					●●					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Klinikum Universitäts Marburg	Marburg	>1000	p	2982	>50000	1,334	16	58	3:10%	43	3,3	1,7			276	●	249	●		
Schwalm-Eder-Kliniken GmbH, Klinikum Meisingen	Meisingen	<50	p	3302	<5000	0,769	5	14	5:11% 6:15% 4:11%	13	0,3	0,0					52	●●		
Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen	Nidda	<50	p	3125	<5000	2,378	1	3	8:11% 5:31% 6:15% -1:9%	8	0,1	14,2								
Ketteler-Krankenhaus	Offenbach	<500	fg	2966	<10000	0,813	5	17	1:73% 6:25% 4:10%	35	0,2	0,0								
Klinikum Offenbach GmbH	Offenbach	<1000	ö	3086	<50000	1,127	12	36	14:12% 6:11% 1:11%	38	1,3	2,5	B	N	162	●●	265	●●●●		
Privatklinik Dr. Fröhlich OHG	Offenbach	<50	p	2843	<1000	0,625	1	3	5:25% 10:13% 20:37%	0	0,0	0,0								
Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a. d. Fulda	Rotenburg	<200	p	3011	<10000	0,895	2	4	4:2% 5:95%	29	0,4	0,0								
HKZ – Herzchirurgie*	Rotenburg	<50	p	2959	<10000	4,255	1	2	1:1% 1:3%	98	0,2	0,0								
Kreis Krankenhaus Rotenburg/Fulda	Rotenburg	<500	fg	2880	<10000	1,002	7	23	21:3% 6:16% 5:9%	42	0,1	0,2			122	●●	67	●●		
Scivias Caritas gGmbH Krankenhaus St. Josef Rüdeshelm	Rüdeshelm am Rhein	<200	fg	3139	<10000	0,920	6	20	8:21% 5:15% 6:15%	38	1,0	0,0			90	●	71	●●		
Stadtkrankenhaus Rüsselsheim/GR Rüsselsheim	Rüsselsheim	<500	fg	2870	<50000	0,887	11	35	6:14% 8:11%	31	0,7	0,1			80	●	89	●●		
HSK Klinik Schlangenbad GmbH	Schlagenbad	<50	ö	2354	<1000	0,857	1	1	7:1% 4:3%	0	1,1	0,0								
Main-Kinzig-Kliniken GmbH Krankenhaus Schlüchtern	Schlüchtern	<500	ö	3183											128	●●●●	118	●●●●		
Kreis Krankenhaus Schotten Kliniken des Wetteraukreises Friedberg-Schotten-Gedern	Schotten	<200	fg	3020	<5000	0,923	6	21	5:17% 6:17% 8:20%	25	0,0	0,0			121	●	96	●●		
Asklepios Schwalm-Eder-Kliniken GmbH Klinikum Schwalmstadt	Schwalmstadt	<500	p	3188											126	●●	129	●		
Kreis Krankenhaus Jugenheim	Seeheim-Jugenheim	<50	ö	3132											194	●●		271	●●●	
Asklepios Kliniken Langen-Seeigenstadt GmbH Klinik Seeigenstadt	Seeigenstadt	<200	p	2945	<10000	0,864	8	23	5:16% 6:18% 8:15%	31	0,3	0,1			39	●	91	●●		
St.-Josefs-Krankenhaus	Viernheim	<50	fg	3010	<5000	0,632	7	22	6:19% 8:22% 5:14%	44	0,2	0,0					40	●●		
Klinik und Reha-Zentrum Lippoldsberg e.V.	Wahlisburg	<50	fg	2621	<5000	0,864	5	14	8:24% 1:20% 5:31%	15	0,1	32,9			80	●		55	●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%					O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	
KMG Klinikum Güstrow GmbH	Güstrow	<500	p	2578														Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis		
Kreis Krankenhaus Hagenow	Hagenow	<200	fg	2779														257	●●●	163	●●	196	●●
Krankenhaus Bad Doberan GmbH	Hohenfelde	<200	p	2761														63	●●	117	●	102	●●
Klinikum Karlsburg	Karlsburg	<500	p	2721	<20000	2,036	2	6	5:72%	10:23%	-1:1%	42	3,9	0,8				102	●●	115	●●		
Ev. Krankenhaus Stift Bethlehem GmbH	Leezen	<50	p	2795												B							
Evang. Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum	Ludwigslust	<200	fg	2798														863	●●●	284	●●●	687	●●
DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH	Neubrandenburg	<1000	fg	2798																			
DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH	Neustrelitz	<200	fg	2896																			
Asklepios Klinik Parchim	Parchim	<200	p	2772														144	●●	107	●●	156	●●
Asklepios Klinik Pasewalk i. G.	Pasewalk	<500	p	2709														233	●●●	97	●●●	195	●
Klinikum Plau am See	Plau	<500	p	2613														224	●	77	●●	171	●●●
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH	Ribnitz-Damgarten	<200	ö	2700														209	●●	150	●●	186	●●
Klinikum der Universität Rostock	Rostock	>1000	ö	2814														400	●●	170	●●	316	●
Klinikum Südstadt	Rostock	<500	ö	2954														80	●●	182	●●	61	●●
Fachklinik Waldeck Schwaan	Schwaan	<50	nb	2804												B							
Helios-Kliniken Schwerin, Klinikum Schwerin	Schwerin	>1000	p	2804														524	●●●	301	●●●	410	●●
Hanse-Klinikum Stralsund GmbH	Stralsund	<1000	p	2604														188	●●●	163	●●	93	●●●
DRK-Krankenhaus Grimm GmbH Bartmannshagen	Süderholz	<200	fg	2809														80	●●	57	●●	75	●●
DRK-Krankenhaus Teterow gGmbH	Teterow	<200	fg	2901																			
Ameos Kliniken Anklam-Ueckermünde gGmbH	Ueckermünde	<500	fg	2946														105	●●●	146	●●●	80	●●
Müritz-Klinikum GmbH Waren	Waren	<500	p	2980																			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		QSR-Behandlungsergebnisse			Besondere Leistungen					
							25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	N		H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Schüchtermann-Klinik	Bad Rothenfelde	<200	p	2882	<50000	2,873	2	6	5:97%	-1:2%	4:1%	65	2,4	0,0								
Klinik Hildesheimer Land	Bad Salzdetfurth	<50	p	2914	<1000	1,076	3	8	5:21%	1:20%	8:15%		0,0	0,0								
St. Ansgar Bassum-Sulingen GmbH	Bassum	<200	fg	3042	<5000	0,831	5	15	6:18%	5:15%	14:10%	33	0,3	0,0								
St.-Bernhard-Hospital	Brake	<200	fg	2934	<5000	1,024	6	18	5:18%	6:18%	8:17%	32	1,9	0,0			N					
Johanniter Krankenhaus Braunschweig GmbH	Braunschweig	<50	fg	3040	<5000	0,819	7	19	8:27%	6:20%	5:15%	36	0,0	0,0								
Augenklinik Dr. Hoffmann	Braunschweig	<50	p		<1000	0,387	1	2	2:100%			88	0,0	0,0								
Herzogin-Elisabeth-Hospital (HEH)	Braunschweig	<500	fg	2938	<10000	1,370	5	17	8:49%	6:16%	5:10%	63	1,6	2,5								
Krankenhaus der Ev. Luth. Diakonissenanst. Marienstift	Braunschweig	<200	fg	2959	<10000	0,852	3	15	6:19%	14:16%	15:11%	37	0,6	0,0								
Krankenhaus St. Vinzenz	Braunschweig	<200	fg	2925	<5000	0,729	5	13	4:27%	5:16%	14:11%	30	1,0	0,7								
Stadt Braunschweig Städtisches Klinikum gGmbH	Braunschweig	>1000	ö	2950	>50000	1,218	14	49	5:14%	6:11%	3:10%	39	3,0	0,8			N					
Venzenzentrum Braunschweig GmbH	Braunschweig	<50	p	2708	<5000	0,707	1	1	5:87%	6:13%	9:0%	98	0,0	0,0								
OstMed Klinik Bremervörde	Bremervörde	<200	p	3055	<5000	0,832	7	24	6:15%	5:15%	8:11%	27	0,4	0,0								
Krankenhaus Buchholz und Wisren gGmbH	Buchholz	<500	ö	2903	<20000	0,927	9	29	5:16%	8:13%	1:13%	32	0,6	0,3								
Krankenhaus Bethel	Bückeburg	<200	fg	2846	<10000	0,904	6	21	8:29%	6:15%	14:10%	50	0,0	0,0								
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Großburgwedel	Burgwedel	<500	ö	2860	<20000	0,899	8	27	6:17%	8:16%	5:13%	35	0,5	0,0								
Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Buxtehude	Buxtehude	<500	ö	3021	<10000	0,861	7	25	8:17%	6:15%	9:12%	35	0,2	3,0								
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	<1000	fg	2604	<50000	0,993	10	35	6:15%	8:13%	5:12%	34	0,8	0,4			N					
St.-Josef-Stift	Celle	<200	fg	2566	<10000	1,331	5	13	5:22%	10:16%	6:14%	40	0,1	1,1								
Asklepios Harzkliniken GmbH Robert Koch Krankenhaus	Clausthal-Zellerfeld	<50	p	3538	<5000	0,851	6	18	5:30%	6:16%	8:13%	30	0,4	0,0			N					
St.-Josefs-Hospital	Cloppenburg	<500	fg	2987	<10000	0,890	7	26	5:18%	6:13%	3:11%	38	0,7	0,0								
Spezialkrankenhaus Lindenberg	Coppenbrügge	<50	fg	3004	<5000	1,409	2	8	1:64%	5:6%	6:6%		0,0	63,7								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse										
							25%	50%	8:96%	1:1%	8:13%	18:1%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis	Knie-TEP	Fälle	Ergebnis
Helios Seehospital Sahlenburg	Cuxhaven	<50	p	3516	<5000	1,594	3	6	8:96%	1:1%	8:13%	56	2,1	0,0														
Krankenhaus Cuxhaven GmbH	Cuxhaven	<500	p	2922	<20000	1,035	11	35	5:18%	6:13%	8:13%	38	1,0	0,2	N													
Krankenhaus St.-Elisabeth gGmbH	Damme	<500	fg	2861	<10000	0,866	7	22	8:25%	1:11%	6:11%	33	0,5	0,0														
Capio Elbe-Jeetzell Klinik	Damenberg	<200	p	2983	<10000	0,830	8	26	5:18%	8:17%	6:15%	29	0,7	0,0														
St.-Josef-Stift	Delmenhorst	<200	fg	2961	<10000	0,864	5	20	5:19%	6:16%	14:10%	27	0,6	0,0														
Städtische Kliniken Delmenhorst	Delmenhorst	<500	ö	2980	<20000	0,935	11	34	6:15%	8:13%	4:11%	35	1,2	0,1	N													
Lungenklinik Diekholzen gGmbH	Diekholzen	<50	ö	2971	<5000	0,921	1	3	4:94%	-1:2%	5:2%	14	1,8	10,4														
St.-Ansgar Diepholz GmbH	Diepholz	<200	fg	2989	<10000	0,940	9	26	8:20%	5:16%	6:13%	44	0,8	0,0														
St.-Anna-Hospital	Dinklage	<50	fg	2782	<1000	0,782	1	2	8:96%	6:3%	21:1%	99	1,3	0,0														
Diakoniewerk Osnabrück gGmbH	Dissen	<200	fg	2979	<5000	0,751	6	21	6:17%	14:10%	8:9%	24	0,1	0,0														
Krankenhaus St. Martini	Duderstadt	<200	fg	2939	<10000	0,880	7	21	5:19%	6:17%	8:13%	26	0,4	0,0	N													
Sertümer-Krankenhaus Einbeck GmbH	Einbeck	<200	p	3278	<5000	0,870	9	25	8:19%	6:18%	5:16%	31	0,2	0,0														
Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus GmbH	Emden	<500	ö	2904	<20000	0,997	7	27	1:18%	8:14%	6:13%	28	0,9	0,6	P													
St.-Antonius-Stift	Emstek	<50	fg	2910	<5000	1,609	2	4	8:99%	1:0%	6:0%	68	0,3	0,0														
Klinik Fallingpostel von Graeveney GmbH & Co KG	Fallingpostel	<50	p	2829	<1000	0,700	1	2	5:100%				0,2	81,6	B													
Krankenhaus St.-Marien-Hospital GmbH	Friesoythe	<200	fg	2967	<5000	0,777	7	22	8:17%	6:14%	5:11%	31	0,2	2,9														
Krankenhaus Stenum Hermine de Voss Stiftung	Gandekesse	<50	fg	2737	<5000	1,600	2	5	8:96%	1:3%	9:0%	71	0,4	0,0														
Klinikum Region Hannover GmbH	Gehrden	<500	ö	2876	<20000	0,934	8	27	5:23%	6:13%	8:10%	37	1,1	0,0														
Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land Betriebsstelle Georgsmarienhütte	Georgsmarienhütte	<50	fg	3222	<5000	1,000	1	2	20:55%	4:7%	8:7%		0,0	0,0														
Franziskus-Hospital Hardeberg	Georgsmarienhütte	<500	fg	2929	<20000	1,027	6	22	8:21%	6:18%	14:9%	47	0,4	0,0	N													
Kreis-Krankenhaus Gifhorn GmbH	Gifhorn	<500	p	3020	<20000	0,948	6	27	6:16%	5:13%	8:12%	33	1,0	0,0	N													

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse							
							25%	50%	5:17%	6:16%	8:11%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis
Asklepios Herzkl. j. m. GmbH Dr. Heibert-Nieper-Krankenhaus Göttingen Weende gGmbH	Goslar	<500	p	3048	<20000	0,942	10	31	5:17%	6:16%	8:11%	33	1,6	0,0											
Evangelisches Krankenhaus Göttingen Weende gGmbH	Göttingen	<500	fg	2818	<20000	1,149	7	31	4:25%	8:20%	6:12%	43	0,5	0,4											
Klinik der Georg-August-Universität	Göttingen	>1000	ö	2844	>50000	1,500	17	55	5:15%	1:14%	8:10%	39	7,5	2,1											
Krankenhaus Neu-Bethlehem gGmbH	Göttingen	<200	fg	2897	<10000	0,812	4	12	5:39%	14:12%	6:12%	60	0,6	0,0											
Neu-Marienhilf gGmbH	Göttingen	<200	fg	2984	<5000	0,927	4	16	8:25%	14:14%	6:13%	44	1,9	0,0											
Parklinik am Hamberg	Göttingen	<50	p	3010	<1000	0,652	2	7	8:61%	5:17%	6:7%	82	0,0	0,0											
Johanniter-Krankenhaus Gronau Betriebs-gGmbH	Gronau	<200	fg	2829	<10000	1,086	5	16	5:23%	8:18%	6:15%	27	0,1	0,0											
Rehazentrum Gyhum GmbH & Co KG	Gyhum	<50	p	2918	<1000	1,347	2	6	1:28%	8:20%	5:18%		0,0	0,0											
Kreis-Krankenhaus Hameln Gesundheitsrichtungen Hameln-Pyrmont gGmbH	Hameln	<500	ö	2879	<20000	0,925	9	32	5:17%	6:14%	8:8%	32	1,7	0,0											
Evang. Vereins-Krankenhaus Hamn. Münden gGmbH	Hann. Münden	<200	fg	3107	<5000	0,862	8	26	8:17%	5:14%	6:14%	41	0,8	0,0											
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	Hann. Münden	<200	fg	3081	<10000	1,456	7	19	11:36%	5:19%	12:9%	41	10,0	0,0											
Diakonie-Krankenhaus Annastift gGmbH	Hammer	<500	fg	2972	<10000	1,863	3	7	8:97%	18:1%	1:1%	76	0,2	0,0											
Diakonie-Krankenhaus Friedenstift gGmbH	Hammer	<500	fg	2921	<50000	1,043	7	30	8:25%	1:11%	14:10%	42	1,7	0,1											
Diakonie-Krankenhaus Henriettenstiftung gGmbH	Hammer	<500	fg	2837	<50000	1,047	9	34	8:14%	5:12%	1:10%	43	0,8	0,0											
DRK-Krankenhaus Clementinen- haus	Hammer	<200	fg	3001	<10000	0,815	6	19	5:27%	6:22%	8:10%	38	0,4	0,6											
Kinder-Krankenhaus Auf der Bult	Hammer	<500	fg	3209	<10000	0,898	3	9	6:22%	1:17%	3:14%	18	3,2	1,9											
Klinikum Region Hannover GmbH Hautklinik Linden	Hammer	<50	ö	3109	<5000	0,792	2	4	9:72%	23:12%	8:3%	50	0,7	21,1											

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			QSR-Behandlungsergebnisse			Besondere Leistungen							
							25%	50%	8:14%	3:14%	8:14%	O	ZE	SE	B	N	H		P	Hüft-EP Fälle	Ergeb- nis	Oberschenkel- fraktur Fälle	Ergeb- nis	Knie-TEP Fälle	Ergeb- nis
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Nordstadt	Hannover	<1000	ö	2957	<50000	1,045	10	34	3:14%	8:14%	1:13%	46	1,0	0,7											
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Oststadt-Heidehaus	Hannover	<500	ö	3066	<20000	1,230	5	14	4:39%	5:23%	6:10%	28	2,7	1,2											
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Siloah	Hannover	<500	ö	3071	<20000	1,024	8	23	6:28%	5:23%	11:13%	38	2,1	1,8											
Lister-Krankenhaus	Hannover	<50	fg	2994	<5000	0,424	1	2	3:66%	2:31%	21:1%	95	0,0	0,0											
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover	>1000	ö	2912	>50000	1,802	20	60	5:12%	3:12%	1:11%	45	9,7	2,9	N	P									
Sophien-Klinik GmbH	Hannover	<50	p	2938	<5000	0,647	2	6	8:79%	3:7%	5:6%	54	0,3	0,0											
Sophien-Klinik Vahrenwald gGmbH	Hannover	<50	p	2867	<1000	0,632	2	5	8:68%	13:16%	6:9%	97	0,0	0,0											
Vinzenz-Krankenhaus Hannover	Hannover	<500	fg	2787	<20000	0,961	6	24	5:21%	6:13%	11:12%	34	0,7	0,0											
St.-Vinzenz-Hospital Haselünne	Haselünne	<200	fg	3242	<5000	0,800	4	11	5:30%	6:17%	4:14%	2	1,4	0,0											
Helios Klinik Helmstedt	Helmstedt	<500	p	3113	<10000	0,819	9	28	6:18%	5:15%	8:13%	26	0,6	0,0											
Kliniken Herzberg und Osterode GmbH	Herzberg	<500	p	2992	<20000	0,905	8	30	5:16%	6:15%	8:12%	30	0,5	0,0											
BDH – Klinik Hessisch Oldendorf GmbH	Hessisch Oldendorf	<200	fg	2427	<5000	2,729	2	3	1:86%	-1:6%	3:2%	6	0,1	63,7											
Klinikum Hildesheim GmbH	Hildesheim	<1000	p	2917	<50000	1,139	11	35	8:18%	5:16%	6:11%	41	2,0	1,2	N										
St.-Bernward-Krankenhaus	Hildesheim	<1000	fg	2927	<50000	1,000	8	30	5:15%	6:12%	8:11%	30	1,0	0,3	N										
Evangelisches Krankenhaus Holzrinden	Holzrinden	<200	fg	2906	<10000	0,964	8	30	5:23%	6:12%	8:10%	34	1,5	0,1											
Waldklinik Jestingburg Aldag GmbH & Co. KG	Jestingburg	<50	p	2583	<1000	3,181	1	2	1:90%	-1:10%		10	0,0	81,2											
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Agnes-Karl	Laatzten	<500	ö	2813	<20000	1,074	6	21	8:24%	1:19%	5:16%	30	1,2	0,2											
DRK-Krankenanstalten Wesermünde	Langen-Debstedt	<500	fg	2978	<10000	1,205	4	9	8:53%	11:24%	12:11%	66	4,3	0,0	N	P									
Klinikum Region Hannover GmbH Geriatric Langenhagen	Langenhagen	<50	ö	2975	<1000	1,709	1	3	1:33%	8:20%	6:14%	0	0,0	1,7											
Paracelsus-Klinik am Silbersee	Langenhagen	<50	p	2906	<5000	0,711	3	11	8:16%	14:16%	15:14%	32	0,1	0,0											
Borromäus-Hospital	Leer	<500	fg	2940	<20000	0,836	8	31	8:17%	11:14%	6:13%	48	0,6	0,1	N										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Klinikum Leer gGmbH	Leer	<500	ö	2895	<20000	0,867	6	19	5:23%	6:15%	8:14%	29	0,9	0,0							
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Lehrte	Lehrte	<200	ö	2928	<10000	0,945	8	24	6:18%	8:18%	5:17%	39	1,1	0,0							
Residenz Klinikum Lilienthal	Lilienthal	<50	p	2934	<5000	0,927	6	19	5:21%	6:19%	8:15%	23	0,3	0,0							
Hebon-Klinik	Lingen	<50	p	2242	<1000	2,099	1	1	1:99%	18:1%			0,0	89,3							
St.-Bonifatius-Hospital	Lingen	<500	fg	2895	<20000	1,056	8	34	5:16%	8:14%	6:12%	40	1,1	0,2	N						
St.-Franziskus-Hospital	Lohne	<200	fg	2903	<10000	0,807	8	25	8:15%	11:13%	6:13%	41	0,3	1,6							
St.-Anna-Stift	Löningen	<200	fg	3019	<5000	0,767	7	21	6:17%	11:15%	8:13%	41	0,0	0,3							
Orthoklinik Lüneburg GmbH	Lüneburg	<50	p	2828	<5000	1,172	2	4	8:100%			82	0,0	0,0							
Privatklinik Dr. Havemann	Lüneburg	<50	p	3004	<1000	0,594	2	4	13:30%	14:30%	15:21%	51	0,0	0,0							
Städtisches Krankenhaus Lüneburg	Lüneburg	<500	ö	2869	<50000	0,971	8	32	6:13%	5:13%	1:9%	33	1,1	0,1	N						
Christliches Klinikum Melle GmbH	Melle	<200	fg	3157	<10000	0,927	7	22	8:23%	6:15%	5:13%	39	0,5	0,0							
Krankenhaus Ludmilenstift	Meppen	<500	fg	2870	<20000	1,058	8	31	8:20%	1:14%	6:12%	38	1,0	5,3							
Altus-Klinik	Münster	<50	p	2755	<1000	0,631	1	1	5:85%	8:5%	6:4%	96	0,0	0,0							
Fluggen Hofsee-Klinik	Münster	<50	p	2850	<1000	0,428	1	2	3:94%	21:6%		83	0,0	0,0							
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Neustadt am Rübenberge	Neustadt	<500	ö	2958	<20000	0,909	7	28	5:18%	6:15%	8:12%	26	0,4	0,0							
Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Nienburg	Nienburg	<500	p	2750	<20000	1,037	8	27	5:18%	1:13%	8:13%	28	0,9	0,1							
Kreis-Krankenhaus Norden Ulbo-Emmius-Klinik gGmbH – Ostfriesisches Krankenhaus –	Norden	<500	ö	2996	<10000	0,798	7	20	5:22%	6:21%	8:11%	20	0,7	0,0	P						
Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH	Nordenham	<200	ö	3061	<5000	0,845	8	24	8:15%	5:13%	6:13%	29	0,4	0,0	N						
Krankenhaus Nordemey Allergie- und Hautklinik gGmbH	Nordemey	<50	fg	4265	<5000	0,696	1	13	9:36%	5:14%	8:9%	14	0,2	0,0							
Grafschafter Klinikum Euregio-Klinik Albert-Schweitzer- Straße GmbH	Northorn	<500	ö	2985	<10000	0,929	7	22	5:23%	8:14%	6:13%	26	1,1	0,2							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			QSR-Behandlungsergebnisse			Besondere Leistungen
							25%	50%	6:16%	1:11%	5:10%	O	ZE	SE	B	N	H	
Marienkrankenhaus Nordhorn Euregio-Klinik Hannoverstraße GmbH	Nordhorn	<200	fg	2993	<10000	0,797	5	18	6:16%	1:11%	5:10%	26	0,4	0,0				
Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim	Northeim	<500	p	2908	<20000	0,985	11	34	5:22%	8:13%	11:11%	42	0,9	0,2	N			
Ev.-Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2993	<20000	1,088	6	22	8:24%	1:18%	3:18%	46	1,6	4,6	N			
Klinikum Oldenburg gGmbH	Oldenburg	<1000	ö	2971	<50000	1,387	13	42	5:21%	3:11%	6:11%	43	4,0	1,3	N			
Plus-Hospital Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2850	<20000	1,192	9	30	2:18%	6:13%	8:13%	64	4,7	1,6	N			
Kinderhospital Osnabrück	Osnabrück	<200	fg	2935	<5000	0,790	2	6	4:25%	6:19%	15:10%	3	0,7	8,1				
Klinikum Osnabrück GmbH	Osnabrück	<1000	ö	2823	<50000	1,200	12	41	8:18%	5:14%	1:11%	41	2,9	5,5	N			
Marienhospital Osnabrück	Osnabrück	<1000	fg	2863	<50000	1,118	11	37	5:19%	6:15%	3:10%	39	3,2	0,1	N			
Paracelsus-Klinik Osnabrück	Osnabrück	<500	p	2947	<10000	1,157	7	19	8:23%	1:17%	3:15%	61	3,0	0,3	N			
Krankenhaus St. Raphael	Ostercappeln	<200	fg	2833	<10000	0,989	6	17	4:26%	6:16%	5:11%	34	0,9	1,0				
Kreiskrankenhaus Osterholz-beck	Osterholz-Scharmbeck	<200	ö	3225	<10000	0,824	6	20	5:16%	8:14%	6:13%	25	0,2	0,0				
Capio Krankenhaus Land Hadeln	Ottemdorf	<50	p	2983	<5000	0,934	7	22	6:22%	5:17%	8:15%	38	0,0	0,4				
Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH	Papenburg	<500	fg	2869	<20000	1,022	7	27	8:19%	5:14%	6:14%	37	1,2	0,0	N			
Klinikum Peine gGmbH	Peine	<500	fg	2818	<20000	1,041	10	32	5:21%	6:14%	8:13%	32	0,8	0,1	N			
Christliches Krankenhaus Quakenbrück	Quakenbrück	<500	fg	2797	<10000	1,169	6	20	8:22%	5:19%	1:18%	32	0,6	0,5	P			
Kreiskrankenhaus Rinteln	Rinteln	<200	ö	3195	<5000	0,902	9	23	8:19%	6:18%	5:17%	32	0,2	0,1	N			
Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH	Rotenburg	<1000	fg	2888	<50000	1,056	10	38	8:13%	4:12%	1:12%	37	1,4	0,4	N			
Klinikum Salzgitter GmbH	Salzgitter	<500	p	3085	<20000	0,959	9	30	6:15%	5:14%	8:12%	33	1,2	0,0	N			
St.-Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter gGmbH	Salzgitter	<200	fg	2997	<5000	0,840	6	21	6:16%	8:14%	5:14%	25	0,2	0,0				
Krankenhaus Salzhausen	Salzhausen	<50	fg	3035	<5000	0,765	5	15	8:18%	4:17%	11:16%	32	1,7	0,0	N			
Nordwest-Krankenhaus Sandenbusch gGmbH	Sanden	<500	ö	2863	<20000	1,119	8	26	8:28%	1:19%	5:12%	32	1,3	1,3				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	8:82%	6:8%	5:4%	O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	Ergeb-nis	Ergeb-nis
							Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle	Fälle
Krankenhaus Scharnebeck Heinrich Krumstroh GmbH & Co	Scharnebeck	<50	p	2791	<1000	0,635	2	5	8:82%	6:8%	5:4%	98	0,0	0,0								
Asklepios Kliniken Schildaual GmbH	Seesen	<500	p	3007	<20000	1,423	6	17	1:34%	5:22%	8:20%	29	2,1	9,0	N							
Krankenhaus Sögel gGmbH	Sögel	<200	fg	2842	<10000	0,861	9	27	8:18%	6:16%	5:13%	39	0,3	0,1								
Heidekreis-Klinikum GmbH Krankenhaus Soltau	Soltau	<200	ö	2980	<10000	0,945	6	23	8:15%	6:15%	5:12%	29	0,3	0,0								
MediClin Klinikum Soltau	Soltau	<50	p	3027	<1000	0,915	1	2	8:52%	1:41%	5:3%	2	1,1	53,5								
Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Springe	Springe	<200	ö	2919	<5000	0,902	8	23	8:23%	5:19%	6:17%	33	0,3	0,0								
Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Stade	Stade	<1000	ö	2931	<50000	0,990	8	31	5:14%	8:14%	6:12%	36	0,9	0,1	N							
Klinik Dr. Hancken GmbH	Stade	<50	p	3009	<5000	0,964	1	2	10:43%	6:11%	4:11%	63	9,0	2,5								
Klinik Dr. Whitney Zentrum für Arthroskopie	Stade	<50	p	2388	<1000	1,022	1	2	8:100%			99	0,0	0,0								
Augenklinik Stadthagen GmbH	Stadthagen	<50	p	3216	<1000	0,415	1	2	2:100%			94	0,0	0,0								
Kreiskrankenhaus Stadthagen	Stadthagen	<200	ö	2801	<10000	1,019	8	27	5:23%	6:14%	8:14%	39	0,4	0,0								
Krankenhaus Charlottenstift Stadtdendorf GmbH	Stadtdendorf	<200	ö	2929	<5000	0,980	7	18	8:31%	4:13%	6:10%	27	1,6	0,0								
Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Stolzenau	Stolzenau	<50	p	3929	<5000	0,771	6	19	6:21%	5:14%	8:13%	17	0,2	0,0								
St.-Ansgar Bassum-Sulingen GmbH	Sulingen	<200	fg	2933	<10000	1,176	7	17	8:44%	5:13%	4:10%	36	1,4	0,0								
Elisabeth-Krankenhaus	Thuine	<200	fg	2813	<5000	1,026	6	24	6:24%	5:15%	8:13%	34	1,0	0,3								
Klinik Veerssen GmbH	Uelzen	<50	p	2841	<1000	0,848	2	4	8:90%	9:4%	6:3%	95	0,0	0,0								
Kliniken Uelzen und Bad Bevensen GmbH	Uelzen	<500	p	2837	<20000	1,059	9	30	8:15%	1:15%	5:15%	30	1,3	0,2	N							
GSO – Gesundheitszentrum Solling-Obenweser gGmbH	Uslar	<50	fg	3162	<5000	0,699	6	18	8:18%	5:17%	6:17%	28	0,0	0,0								
St.-Johannes-Hospital gGmbH	Varel	<200	fg	3017	<10000	0,899	8	24	8:18%	6:15%	5:14%	39	1,3	0,0	N							
St.-Marien-Hospital	Vechta	<500	fg	2825	<20000	0,838	5	21	5:15%	6:15%	14:11%	30	0,9	0,1								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse													
							25%	50%	5:18%	6:16%	8:13%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb-nis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis	Knie-TEP	Fälle	Ergeb-nis				
Aller-Weser-Klinik gGmbH, Krankenhaus Verden	Verden	<200	fg	3035	<10000	0,762	7	21	5:18%	6:16%	8:13%	23	0,0	0,0																	
Heidekreis-Klinikum GmbH Krankenhaus Walsrode	Walsrode	<500	ö	3033	<10000	0,849	6	22	5:16%	6:15%	8:11%	26	0,3	0,0																	
Krankenhaus Rheinland gGmbH	Weener	<50	fg	3007	<5000	1,054	4	15	5:30%	20:16%	6:12%	34	0,0	0,0																	
Anmerland-Klinik GmbH	Westerstede	<500	ö	2853	<20000	1,061	12	34	5:17%	6:13%	1:13%	47	1,3	0,2																	
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede	Westerstede	<50	ö	2542	<5000	1,160	4	12	8:65%	4:15%	1:5%	52	0,4	0,1																	
Krankenhaus Johanneum Wildeshausen	Wildeshausen	<200	fg	3101	<5000	0,826	7	22	6:16%	5:13%	8:12%	26	0,6	0,0																	
St.-Willehad-Hospital gGmbH	Wilhelmshaven	<200	fg	3026	<10000	0,944	9	29	5:20%	8:16%	6:13%	38	3,1	0,0																	
Stadt Wilhelmshaven Reinhard-Nieter-Krankenhaus	Wilhelmshaven	<1000	ö	2943	<20000	0,983	10	37	5:20%	6:16%	11:8%	35	1,2	0,6																	
Krankenhaus Buchholz und Winsen gGmbH	Winsen	<500	ö	2938	<20000	0,940	7	27	8:22%	3:14%	6:12%	42	0,5	0,2																	
Städtisches Krankenhaus Wittingen GmbH	Wittingen	<50	p	3557	<5000	0,660	6	20	6:15%	5:15%	8:14%	21	0,0	0,0																	
Krankenhaus Wittmund gGmbH	Wittmund	<200	ö	2946	<10000	0,810	8	22	8:20%	5:15%	6:13%	34	0,3	0,0																	
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH	Wolfenbüttel	<500	ö	2951	<20000	0,875	7	28	5:21%	6:17%	8:13%	30	0,5	0,0																	
Klinikum der Stadt Wolfsburg	Wolfsburg	<1000	ö	2915	<50000	0,946	10	35	5:16%	6:13%	3:11%	38	1,4	1,0																	
OsteMed Martin-Luther-Krankenhaus Zeven	Zeven	<50	p	3080	<5000	0,846	8	22	5:20%	6:18%	8:18%	29	0,3	0,0																	
Nordrhein-Westfalen		340		2847		1,064	14	47	5:16%	8:15%	6:13%	37	2,17	1,5	23	70	2	45													
Luisen-Hospital Aachen	Aachen	<500	fg	2815	<20000	0,972	9	31	5:15%	6:15%	8:11%	43	0,2	0,1									61	●●							
Manien-Hospital Aachen	Aachen	<500	fg	3092	<20000	0,938	7	25	8:18%	5:14%	9:11%	52	1,7	0,0									216	●●●	69	●●	205	●●●			
St.-Franziskus-Krankenhaus Aachen	Aachen	<200	fg	2872	<5000	0,897	7	20	8:24%	11:15%	5:13%	52	0,1	0,0											41	●●	49	●●●			
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	>1000	ö	3034	>50000	1,535	19	58	5:19%	1:10%	6:9%	40	5,6	2,7											91	●●	83	●●	60	●	
St.-Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Ahaus	<500	fg	2956	<10000	0,781	9	27	5:11%	6:10%	4:9%	40	0,5	0,1												43	●●	43	●●	60	●
St.-Vinzenz-Gesellschaft mbH Aachen	Aachen	<500	fg	2926	<10000	0,809	5	22	6:16%	14:11%	8:10%	23	0,3	0,3												58	●●	45	●●	59	●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse			
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
St.-Vinzenz-Krankenhaus	Altena	<200	fg	3296	<5000	0,926	8:23%	6:17%	5:14%	30	0,0	0,0								
Kath. Krankenhaus St.-Johannes-Hospital	Amsberg	<500	fg	2923	<10000	0,973	1:39%	6:13%	5:12%	1	0,8	4,1								
Stadt. Krankenhaus Marienhospital Arnsberg gGmbH	Amsberg	<500	ö	2965																
Karolinen-Hospital Hülsten	Amsberg-Hülsten	<500	fg	2875	<10000	0,856	5:25%	6:16%	14:13%	29	0,7	0,0								
Krankenhaus St. Barbara GmbH	Attendorn	<500	p	2890	<20000	1,041	8:26%	5:15%	6:11%	36	0,6	2,0								
Helios Klinik Bad Berleburg, WittgensteinerAKutiklinik GmbH	Bad Berleburg	<200	p	2880	<5000	0,944	5:19%	8:18%	6:16%	35	0,5	0,0								
St.-Josef-Hospital	Bad Driburg	<500	fg	2920	<5000	0,881	6:25%	5:19%	1:8%	25	0,0	0,1								
Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	<500	fg	3023	<10000	0,874	5:15%	8:15%	6:14%	36	0,0	1,2								
Karl-Hansen-Klinik	Bad Lippspringe	<500	fg	2842	<10000	0,792	3:46%	4:44%	9:1%	33	1,8	6,7								
Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld GmbH Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<50	p	2829	<5000	0,727	5:100%			100	0,0	0,0								
Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhausen	<200	fg	2825	<10000	1,800	8:97%	18:1%	21:1%	78	1,4	0,1								
Herz- und Diabeteszentrum NRW Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum	Bad Oeynhausen	<500	fg	2922	<50000	2,786	5:76%	10:14%	4:3%	50	12,9	0,0								
Rheuma-Klinik Dr. Lauen	Bad Oeynhausen	<50	p	2699	<1000	0,846	8:92%	18:7%	1:0%		0,0	0,0								
Zweckverband Krankenhaus Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<500	ö	2922																
St.-Marien-Hospital gGmbH*	Balve	<50	fg	3000	<5000	0,712	6:25%	8:16%	5:15%	22	0,1	0,0								
St.-Elisabeth-Hospital Beckum GmbH	Beckum	<500	fg	3005	<10000	0,957	8:33%	5:15%	6:12%	38	0,3	0,0								
St.-Hubertus-Stift	Bedburg	<50	fg	3087	<5000	0,895	5:22%	6:18%	8:17%	21	0,0	0,0								
LVR-Klinik, Bedburg-Hau	Bedburg-Hau	<500	ö	2842	<5000	0,966	1:79%	3:6%	5:3%	0	0,7	1,0								
Krankenhaus Maria Hilf	Bergheim	<500	fg	2959	<10000	0,814	5:17%	6:13%	8:13%	27	0,1	0,0								
Ev. Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	2818	<20000	0,972	5:32%	8:11%	6:11%	37	0,4	0,0								
Marien-Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	2923	<20000	1,237	8:22%	1:18%	11:13%	40	0,6	0,4								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget- Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse							
							25%	50%	14:19%	8:19%	6:13%		O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel- fraktur	Knie-TEP			
							Fälle	Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	Fälle		Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	Fälle	Ergeb- nis	
Vinzenz-Pallotti-Hospital	Bergisch Gladbach	<500	fg	2992	<10000	0,872	3	17	14:19%	8:19%	6:13%	34	0,5	2,5	B			31	●●	54	●●	63	●●	
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	Bielefeld	>1000	fg	2901	<20000	1,006	7	27	6:14%	11:12%	8:10%	35	4,0	0,1	N			308	●●	138	●	242	●●	
Franziskus-Hospital gGmbH	Bielefeld	<500	fg	2898	<10000	0,633	2	5	13:37%	14:25%	15:22%	61	0,0	0,0				42	●●	86	●●	51	●●	
Frauenklinik Dr. Hartog	Bielefeld	<200	fg	2678	<10000	0,633	2	5	13:37%	14:25%	15:22%	61	0,0	0,0	B									
Krankenhaus Mara gGmbH	Bielefeld	<200	fg	2882	<50000	1,080	13	42	5:15%	8:15%	6:12%	50	2,3	0,1				248	●●	241	●●	314	●	
Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH Klinikum Mitte	Bielefeld	<1000	ö	2882	<50000	1,080	13	42	5:15%	8:15%	6:12%	50	2,3	0,1										
St.-Agnes-Hospital	Bocholt	<500	fg	2861	<20000	0,972	8	32	5:22%	6:16%	8:10%	36	0,6	0,1	N			108	●●	97	●●	82	●	
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH	Bochum	<1000	fg	2957	<20000	1,112	9	33	5:15%	6:15%	11:14%	37	2,2	0,1										
Berufgenossenschaftliches Universitätsklinikum Beigmannsheil gGmbH	Bochum	<1000	fg	2912	<50000	1,576	11	30	5:27%	8:26%	1:11%	42	3,8	8,2	N			51	●	128	●●	56	●	
Knapppfchaftskrankenhaus Bochum-Langedreer	Bochum	<500	ö	2897	<50000	1,331	10	34	2:19%	1:15%	8:14%	48	3,3	0,1	N			39	●●	32	●●	30	●	
Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid gGmbH	Bochum	<500	fg	2932	<10000	0,930	6	20	8:24%	6:22%	5:13%	35	0,0	0,0				83	●●	35	●●	104	●●	
St.-Josef- u. St.-Elisabeth-Hospital Bochum gGmbH	Bochum	>1000	fg	2904	<50000	1,112	11	36	5:13%	8:13%	1:12%	33	1,7	0,5				117	●●	61	●	137	●●	
St.-Josefs-Hospital Linden	Bochum	<200	p	3074	<5000	0,836	2	8	6:21%	5:20%	2:16%	45	0,2	0,0										
St.-Marien-Hospital Wattenscheid gGmbH	Bochum	<50	fg	2846	<5000	1,645	2	5	1:23%	5:19%	8:15%	1	0,0	0,0										
Ev. Krankenhaus Bad Godesbg Gemeinnützige GmbH	Bonn	<500	fg	2842	<20000	1,035	7	25	3:22%	8:16%	6:13%	49	1,8	0,1				50	●●	76	●●	34	●●	
Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth/St. Petrus/St. Johannes gGmbH	Bonn	<500	fg	2833	<50000	1,115	8	24	5:31%	8:29%	6:10%	49	1,0	0,4				327	●●●	101	●●●	340	●●	
Johanniter-Krankenhaus Friedr.-Wilhelm-Sift GmbH	Bonn	<500	fg	2861	<20000	0,917	7	25	6:13%	2:12%	8:9%	41	5,3	1,1										
Klinik Dardenne	Bonn	<50	p	2554	<1000	0,493	1	1	2:99%	8:1%		95	0,0	0,0										
LVR-Klinik Bonn	Bonn	<1000	ö	2831	<5000	1,213	2	3	1:83%	3:3%	5:3%	2	0,9	37,6										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse							
							25%	50%	1.	2.	3.		O	ZE		SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg	Bonn	<500	fg	2921	<20000	1,030	9	29	8:15%	4:15%	6:13%	43	0,3	3,4	N			91	●●●●				
MediClin Robert Janker Klinik	Bonn	<50	p	2968	<5000	1,391	3	7	1:40%	8:31%	4:9%	59	3,0	0,0									
St.-Josef-Hospital	Bonn	<500	fg	2863	<10000	0,954	4	16	8:34%	6:18%	2:14%	52	0,1	0,0				156	●●●	66	●●	144	●●
St.-Marien-Hospital	Bonn	<500	fg	2891	<20000	0,882	3	17	6:20%	5:18%	14:14%	31	0,3	0,0	P								
Universitätsklinikum Bonn	Bonn	>1000	ö	2896	>50000	1,484	14	47	5:15%	1:12%	8:10%	47	6,0	2,8	N	P		78	●			65	●
St.-Marien-Hospital Borken GmbH	Borken	<500	fg	2912	<20000	1,030	8	25	8:26%	1:15%	6:12%	32	0,4	1,7				114	●●	80	●●	88	●
Krankenhaus zur hl. Familie	Bornheim	<50	fg	2800	<5000	1,541	1	5	1:35%	8:17%	5:15%			0,0	0,0								
Knappschaftskrankenhaus Bottrop	Bottrop	<500	ö	2894	<20000	1,287	10	33	5:21%	1:16%	11:14%	35	3,2	0,3									
Marienhospital Bottrop gGmbH	Bottrop	<500	fg	2884	<20000	0,920	7	24	6:20%	5:15%	8:13%	35	0,6	0,0				103	●	33	●●	105	●●
St.-Vincenz-Hospital	Brakel	<200	fg	2949	<5000	1,036	3	10	8:65%	5:10%	6:7%	41	0,7	0,0				171	●●●	70	●	184	●●
Städt. Krankenhaus Maria-Hilf-Brilon	Brilon	<500	ö	2901	<10000	0,841	9	29	5:17%	8:16%	6:13%	39	0,5	0,0				111	●●●	37	●●	91	●●
Marienhospital Brühl GmbH	Brühl	<500	fg	3030	<10000	0,809	6	24	6:16%	14:13%	8:12%	32	0,1	0,2						49	●●		
Lukas-Krankenhaus Bünde	Bünde	<500	fg	2864	<20000	1,033	9	28	8:25%	6:18%	5:16%	42	0,6	2,5	B			374	●	178	●●	303	●●
St.-Nikolaus-Hospital Büren GmbH	Büren	<50	p	4643	<5000	0,744	3	9	5:33%	4:17%	6:16%	0	0,0	0,0									
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	Castrop-Rauxel	<500	fg	2937	<20000	0,986	6	20	8:20%	1:16%	5:14%	27	0,4	1,6	P								
St.-Rochus-Hospital	Castrop-Rauxel	<500	fg	2955	<10000	0,844	6	24	5:15%	6:14%	14:11%	37	0,2	0,0									
Christophorus-Kliniken GmbH Betriebsstell. St.-Vincenz-Hospital GmbH	Coesfeld	<1000	fg	2891	<50000	0,881	7	26	5:17%	6:16%	8:9%	22	0,9	1,0				97	●	150	●	59	●●
St.-Vincenz-Krankenhaus	Datteln	<500	fg	2911	<20000	0,828	6	24	14:14%	6:12%	5:10%	40	0,8	0,0	N			36	●●	48	●●	67	●●
Vestische Kinderklinik	Datteln	<500	fg	3060	0,000								0,7	99,3	B	P							
Klinikum Lippe GmbH – Detmold	Detmold	>1000	ö	2941	<50000	1,061	11	39	5:16%	8:15%	6:12%	36	1,8	0,1	N			507	●●●	397	●●●	406	●●●
Evangelisches und Johanner Klinikum Niederrhein gGmbH*	Dinslaken	<500	fg	3012	<10000	1,183	9	29	8:21%	5:21%	6:20%	43	1,4	1,1									
St.-Vincenz-Hospital gGmbH	Dinslaken	<500	fg	2900	<20000	0,813	5	20	6:17%	8:13%	14:13%	27	1,2	0,1	P								
Kreiskrankenhaus Dornagen	Dornagen	<500	ö	2977	<20000	1,008	8	27	8:20%	5:16%	6:16%	38	0,9	0,0				146	●●	43	●●	166	●●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse	
							25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP
St.-Elisabeth Krankenhaus Dorsten	Dorsten	<500	fg	2906	<20000	0,817	8	22	5:18%	4:15%	6:15%	28	0,3	0,3				41	35
Ev. Krankenhaus Bethanien GmbH	Dortmund	<200	fg	2929	<10000	1,057	4	13	8:40%	5:22%	20:9%	30	0,2	0,0				41	66
Ev. Krankenhaus Lütgendortmund GmbH	Dortmund	<500	fg	2959	<10000	1,103	6	18	8:24%	6:20%	5:11%	47	0,6	0,0		P		33	
Hüttenhospital Dortmund-Hörde	Dortmund	<200	ö	2817	<5000	1,539	2	6	1:32%	5:15%	20:11%	0	0,1	6,2					
Kath.-Krankenhaus Dortmund West	Dortmund	<500	fg	2894	<10000	0,964	5	17	8:36%	6:17%	5:14%	29	0,2	0,0				108	123
Klinikum Dortmund gGmbH	Dortmund	>1000	ö	2926														251	79
Ev. Krankenhausbetriebsgesellschaft Dortmund	Dortmund	<500	ö	2902	<20000	1,037	9	31	8:16%	6:15%	4:11%	32	1,6	0,0		N		164	203
Marien Hospital Dortmund-Hombuch	Dortmund	<200	fg	3125	<5000	0,898	2	5	20:27%	5:18%	10:15%	5	0,0	0,0		P			
St.-Elisabeth-Krankenhaus Dortmund	Dortmund	<50	fg	3099	<5000	1,448	1	4	1:41%	5:16%	8:14%	0	0,0	5,1					
St.-Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	<1000	fg	2905	<50000	1,131	7	24	5:36%	2:12%	6:10%	48	2,9	0,7	B				
St.-Josefs-Hospital	Dortmund	<500	fg	2912	<20000	0,890	8	26	6:16%	11:12%	5:11%	32	0,6	0,0				76	
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Buchholz	Duisburg	<50	ö	2917	<5000	1,661	2	9	8:76%	21:7%	1:7%	85	0,6	47,1	B				
Evang. Krankenhaus Bethesda	Duisburg	<500	fg	2861	<20000	0,962	5	20	8:14%	4:12%	6:12%	45	0,1	0,1				116	120
Evangelisches und Johanner Klinikum Niederrhein gGmbH	Duisburg	>1000	fg	2896	<50000	1,556	9	26	5:30%	4:14%	1:11%	45	1,7	0,2	N			85	100
Johanner-Krankenhaus Rheinhausen	Duisburg	<500	fg	2941	<20000	1,149	7	25	5:37%	6:18%	8:14%	36	3,4	1,2				44	55
Kath. Klinikum Duisburg St.-Johannes-Hospital	Duisburg	<1000	fg	2964	<50000	1,222	10	33	5:15%	6:14%	8:12%	31	5,0	0,0	N			158	64
Klinikum Duisburg gGmbH	Duisburg	<1000	ö	2767														37	36
Malteser Krankenhaus St.-Johannes-Stift	Duisburg	<500	fg	2889	<10000	1,137	8	29	8:22%	3:20%	5:18%	46	0,3	0,9				33	74
Malteser-Krankenhaus St. Anna	Duisburg	<500	fg	2904	<20000	0,950	6	25	3:25%	6:16%	5:10%	43	1,5	0,0					
St.-Barbara-Hospital	Duisburg	<500	fg	2952	<10000	0,927	4	15	6:25%	9:21%	8:19%	39	0,3	0,0					
Krankenhaus Düren gGmbH	Düren	<500	ö	2942	<20000	0,942	9	29	5:24%	6:14%	8:10%	31	1,8	0,0				84	77

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	1:18%	8:32%	6:14%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
St-Augustinus-Krankenhaus GmbH	Düren	<500	fg	2866	<20000	1,066	7	22	1:18%	8:32%	6:14%	32	0,9	0,1				259	81	162		
St-Marien-Hospital gGmbH Düren-Birkendorf	Düren	<500	fg	2989	<20000	0,807	5	21	4:12%	6:16%	14:11%	24	0,2	0,7		P			41			
Dominikus-Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	2864	<10000	1,056	3	14	5:20%	3:36%	6:11%	59	1,1	1,8				39	80	72		
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	fg	3094	<50000	0,924	7	29	6:16%	5:16%	3:12%	37	2,3	0,5		N			74			
Florence-Nightingale-Krankenhaus Krankenhaus Moersbroich-Rath GmbH	Düsseldorf	<1000	fg	2898	<20000	0,889	4	17	6:14%	4:25%	14:10%	28	1,8	6,6		B	N	66	59			
LVR-Klinikum Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	2755	<20000	1,342	7	20	8:25%	5:46%	6:9%	47	1,8	0,1		N		228		208		
Marren-Hospital Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	ö	2919	<1000	0,837	2	4	19:8%	1:81%	20:3%	0	0,0	0,0								
Paracelsus Klinik Golzheim	Düsseldorf	<500	fg	2963	<20000	0,930	8	29	1:12%	6:14%	2:9%	32	2,9	2,7		B	N		67			
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Krankenhaus Benrath	Düsseldorf	<200	p	2966	<5000	0,942	2	5	11:69%	11:69%	21:1%	65	0,8	0,0		N		89	72	72		
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Krankenhaus Gerresheim	Düsseldorf	<1000	p	2933															103			
St-Martinus-Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	2909	<10000	1,080	4	16	6:14%	2:32%	5:11%	46	0,0	0,0				39	55	48		
St-Vinzenz-Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	2796	<20000	1,196	7	23	6:23%	8:40%	5:8%	43	1,4	2,1				234	93	240		
Universitätsklinikum Düsseldorf Eitorf	Düsseldorf	>1000	ö	3046	>50000	1,593	14	49	1:12%	5:16%	8:9%	44	7,7	1,9		N	H	94	105	49		
St-Franziskus-Krankenhaus Eitorf GmbH	Eitorf	<200	fg	3084	<5000	0,710	7	20	6:18%	5:19%	8:10%	22	0,1	0,0					36			
St-Wilibrord-Spital Emmerich-Rees GmbH	Emmerich	<500	fg	2962	<20000	1,049	5	20	4:14%	8:38%	6:10%	35	0,3	0,1				201	56	155		
Marienhospital GmbH Emsdetten	Emsdetten	<500	fg	2896	<10000	1,069	6	22	5:18%	8:25%	6:15%	33	3,9	0,1				148	63	221		
Katholische Kliniken Oberberg KKO Engelskirchen	Engelskirchen	<500	fg	3072	<10000	1,188	6	20	6:15%	8:27%	11:15%	39	0,1	0,8				130	77	107		
Ev. Krankenhaus Enger gGmbH Enger	Enger	<50	fg	2828	<5000	1,850	1	2	1:24%	8:48%	5:11%		0,0	0,0								
Marien-Hospital Erftstadt	Erftstadt	<200	fg	2912															43			
Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz	Erkelenz	<500	p	2868	<20000	0,913	8	31	6:14%	5:21%	11:11%	36	1,3	0,4					83			
Von Hoerde'sches Marien-Hospital Erwitte	Erwitte	<200	fg	3384	<5000	0,838	2	8	11:47%	11:47%	6:12%	57	0,1	0,0								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget- Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse	
							25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP
St.-Antonius-Hospital Essen	Eschweiler	<500	fg	2826	<20000	1,067	11	38	5:25%	8:15%	11:9%	50	1,9	0,0				49	●●
Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gemeinnützige GmbH	Essen	<1000	fg	2837	<50000	1,185	9	32	8:19%	5:15%	1:13%	44	4,3	0,0	N			57	●●●
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH	Essen	<1000	fg	2861	<50000	1,035	5	22	5:32%	6:13%	14:9%	29	2,0	0,5				50	●●
Ev.-Krankenhaus Essen-Werden gmbH	Essen	<500	fg	2914	<10000	1,163	5	12	8:31%	2:27%	5:15%	54	6,1	6,0	N			211	●●●
Ev.-Krankenhaus Luthenhaus gmbH	Essen	<500	fg	2708	<20000	1,044	5	23	6:19%	8:19%	4:15%	39	0,9	2,1	N			106	●●
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH	Essen	<1000	fg	2985	<20000	1,036	8	31	5:24%	6:14%	8:10%	33	1,1	0,0				66	●●
Kath. Krankenhaus St. Josef Essen Werden	Essen	<200	fg	2890	<10000	0,878	5	19	6:20%	3:18%	8:16%	44	2,4	0,0	N			56	●●
Katholische Kliniken Ruhralbinsel gGmbH	Essen	<500	fg	2832	<20000	1,020	6	20	8:29%	6:15%	1:12%	46	0,2	0,1	P			92	●●
Katholisches Krankenhaus Philippusstift gGmbH Essen-Bobeck	Essen	<500	fg	2897	<20000	1,122	7	21	5:31%	1:16%	8:15%	29	0,7	0,1	P			82	●●
Kliniken Essen Mitte Ev.-Huyssens-Stiftung/Knappschaft gGmbH	Essen	<1000	fg	2765	<20000	0,992	7	27	4:22%	6:14%	3:8%	35	5,4	7,7	B	N			
Ruhrlandklinik Westdeutsches Lungenzentrum am Universitäts- klinikum Essen gGmbH	Essen	<500	ö	2740	<20000	1,380	2	4	4:88%	-1:3%	3:2%	29	0,3	0,9					
Universitätsklinikum Essen	Essen	>1000	ö	2897	>50000	1,669	19	53	2:11%	5:11%	1:9%	47	8,1	1,0	N			37	●●
Marinen-Hospital	Euskirchen	<500	fg	3745	<20000	0,952	8	28	5:22%	6:15%	1:12%	33	0,8	1,6	B			116	●●
St.-Katharinen-Hospital	Frechen	<500	fg	2875	<20000	0,932	11	32	5:19%	1:15%	8:11%	27	0,7	0,1				38	●●
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Geilenkirchen	<500	fg	2820	<10000	0,986	7	20	8:29%	6:21%	5:15%	41	0,3	0,0				77	●●●
St.-Clemens-Hospital Geldern	Geldern	<500	fg	3007	<10000	0,864	6	22	6:17%	11:10%	5:10%	28	0,6	0,0				58	●●
Ev. Kliniken Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen	<500	fg	2940	<20000	0,983	8	27	1:14%	9:14%	6:12%	38	1,3	0,1	P			67	●●
Mariehospital GmbH	Gelsenkirchen	<1000	fg	2886	<50000	0,949	8	29	5:28%	6:10%	3:10%	35	1,8	0,0	N			43	●●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	1:11%	6:13%	8:30%		O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	2916	<20000	1,055	6	23	8:30%	6:13%	1:11%	43	0,3	3,7	N	P	48	●●●●	76	●●	49	●●
Sankt Marien-Hospital Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	2968	<20000	1,032	6	23	5:21%	8:18%	14:14%	46	1,3	0,0							119	●●
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Gelsenkirchen-Erie	<500	fg	2911	<5000	1,350	4	11	5:21%	10:15%	8:15%	8	0,3	0,0		P						
St.-Josef-Hospital	Gelsenkirchen-Horst	<500	fg	2958	<10000	1,063	5	17	6:23%	4:18%	5:12%	19	6,2	4,0	B							
Hospital Zum Hl. Geist gGmbH	Geseke	<50	fg	3053	<5000	0,684	6	17	5:20%	8:19%	6:16%	21	0,1	0,0			52	●●	48	●●	64	●●
St.-Barbara-Hospital	Gladbeck	<500	fg	2930	<20000	0,924	8	30	1:16%	8:14%	6:11%	37	1,6	0,7	N				58	●●		
Wilhelm-Anton-Hospital	Goch	<500	fg	2875	<10000	0,825	5	20	4:26%	6:15%	8:8%	25	1,8	0,2			85	●●	47	●●	76	●
Maria-Josef-Hospital GmbH	Greven	<500	fg	2933	<10000	0,899	7	26	5:15%	8:13%	6:13%	36	0,2	0,0					87	●●		
Kreiskrankenanstalten	Grevenbroich	<500	ö	3053	<20000	0,960	8	25	5:18%	6:18%	8:10%	28	0,5	1,6			95	●	82	●●	95	●
St.-Antonius-Hospital GmbH	Gronau	<500	fg	2858	<20000	0,963	8	27	6:16%	5:14%	8:12%	38	0,4	0,0	N		110	●●	148	●	115	●●
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	Gummersbach	<1000	ö	3014	<50000	1,017	7	29	6:14%	8:13%	1:13%	37	1,3	0,9								
St.-Elisabeth-Hospital	Gütersloh	<500	fg	2909	<20000	0,981	7	25	8:23%	6:11%	1:11%	32	1,2	0,0			191	●	107	●●	155	●
Städtisches Klinikum Gütersloh	Gütersloh	<500	ö	2842	<20000	1,013	9	36	5:25%	8:13%	6:12%	42	0,7	0,1	N		86	●●	130	●●	109	●●
St.-Josef-Krankenhaus	Haan	<500	fg	2888	<10000	1,091	4	18	5:22%	10:17%	4:16%	32	0,5	0,6			68	●●	51	●●●		
Allgemeines Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<1000	fg	2928	<50000	0,994	9	35	6:18%	5:13%	8:12%	32	1,8	0,2	N		75	●	57	●●	65	●
Helios Klinik Hagen-Ambrock Fachklinik für Pneumologie	Hagen	<50	p	2816	<5000	1,123	1	1	4:92%	-1:5%	5:2%	9	0,2	0,7								
Kath. Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<1000	fg	2904	<50000	1,048	13	39	5:17%	2:14%	3:14%	45	2,5	1,6	P		51	●●	88	●	56	●●
Ev. Krankenhaus Eisey gGmbH	Hagen-Eisey	<200	fg	3219	<5000	0,848	2	15	20:28%	8:14%	6:14%	30	0,0	0,0								
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH	Hagen-Haspe	<500	fg	2941	<20000	0,931	8	25	8:26%	6:17%	5:9%	31	0,5	0,6			115	●●	104	●	119	●●
Klinikum Ravensberg gGmbH Betriebsstell Krankenhaus Halle	Halle	<200	fg	2833	<10000	0,829	4	14	4:23%	6:14%	5:12%	21	0,2	0,0			38	●●	86	●●●		
St.-Sixtus-Hospital	Haltern	<500	fg	2900	<10000	0,832	6	20	8:32%	5:12%	6:12%	37	0,5	0,0			74	●●			52	●●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP Ergebnisse							
							25%	50%	1	2	5:16%		6:13%	8:19%	14:10%	O	ZE	SE	B		N	H	P	Hüft-EP Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur Fälle	Ergebnis
Ev. Krankenhaus Hamm	Hamm	<500	fg	2866	<20000	0,994	7	28	5:16%	6:13%	8:19%	14:10%	27	2,0	0,2			43	●	44	●●	48	●●				
Klinik für Manuelle Therapie e.V.	Hamm	<200	fg	2741	<5000	1,229	1	2	8:57%	1:42%	19:1%			8,4	0,0												
Marion-Hospital Hamm GmbH	Hamm	<1000	fg	2918	<20000	1,138	8	31	5:23%	8:15%	1:13%			4,1	0,1			94	●●	68	●●	103	●				
St.-Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH	Hamm	<500	fg	2858	<20000	1,170	10	33	8:22%	11:11%	6:10%			5,5	2,1	0,2		59	●●	37	●	78	●●				
St.-Josef-Krankenhaus Bockum-Hövel GmbH	Hamm	<500	fg	2966	<10000	0,824	7	23	8:20%	6:17%	5:12%			1,0	0,0					36	●●						
Ev. Krankenhaus Hattingen gGmbH	Hattingen	<500	fg	2945	<10000	1,018	11	34	8:21%	6:16%	1:14%			0,3	3,1			40	●●	50	●	31	●●				
Kath. Krankenhaus St. Elisabeth Blankenstein gGmbH	Hattingen	<200	fg	2925	<10000	0,924	4	11	8:39%	5:25%	6:14%			5,4	0,0							46	●●				
Städtisches Krankenhaus Heinsberg GmbH	Heinsberg	<500	ö	2859	<10000	0,843	6	24	5:16%	6:14%	14:12%			0,1	0,0			72	●●	71	●●●	116	●●				
Lungenklinik Hemer des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH	Hemer	<500	fg	2836	<10000	1,357	1	2	4:94%	-1:1%	17:1%			3,2	1,2												
Paracelsus-Klinik Hemer GmbH	Hemer	<200	p	2973	<5000	0,887	8	24	8:19%	6:18%	5:14%			0,3	0,0			112	●●	52	●●	147	●●				
Gemeinnütziges Gemeinschafts-Krankenhaus	Herdecke	<500	fg	2897	<20000	0,980	5	20	8:18%	1:12%	5:12%			2,8	2,4	13,5				46	●●	53	●●				
Klinikum Herford	Herford	<1000	ö	2865	<50000	1,026	10	32	6:17%	5:12%	1:11%			0,8	0,1			40	●●	147	●●	41	●●●				
Mathilden-Hospital gGmbH	Herford	<500	fg	2860	<10000	0,902	9	27	8:18%	6:17%	5:16%			0,4	0,4			100	●●	100	●●	184	●●●				
Ev.-Krankenhaus Heme	Heme	<500	fg	2890	<20000	1,178	9	28	6:19%	4:17%	1:13%			0,8	2,0	B		48	●●	75	●●	60	●●				
Kath. Krankenhaus Marienhospital	Heme	<1000	fg	2922	<50000	1,234	10	34	5:21%	11:18%	6:11%			3,0	1,1												
Rheumazentrum Ruhingebiet St.-Josef-Krankenhaus	Heme	<200	fg	2986	<5000	0,965	1	2	8:98%	4:1%	9:0%			1,9	0,0												
St.-Anna-Hospital	Heme-Warne-Eickel	<500	fg	2684	<50000	0,940	1	6	8:65%	6:7%	14:5%			0,4	0,0			327	●●	40	●●	267	●●				
Genrudis-Hospital	Herten	<200	fg	2914	<10000	1,059	5	17	6:31%	8:15%	5:13%			1,0	2,7												
St.-Elisabeth-Hospital Herten gGmbH	Herten	<500	fg	2915	<20000	1,056	7	21	8:32%	5:15%	6:12%			0,6	0,0			223	●●			176	●●				
Capio Klinik im Park	Hilden	<50	p	2461	<5000	0,730	1	1	5:100%					0,0	0,0												

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse								
							Leistungsdichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis	Knie-TEP	Ergebnis
St-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH	Hilden	<500	fg	3116	<10000	0,835	6	21	5:12%	42	0,7	0,0			61	●●	59	●●	124	●●					
St-Ansgar-Krankenhaus	Höxter	<500	fg	2850	<20000	0,992	8	33	6:15%	35	0,8	0,1			126	●●	73	●●●	109	●●					
Sana-Krankenhaus Hürth GmbH	Hürth	<200	p	2881	0,000				8:9%								73	●●							
Klinikum Ibbenbüren gGmbH	Ibbenbüren	<500	fg	2936	<20000	0,974	10	31	8:15%	33	0,8	0,4			83	●●	55	●●	74	●●					
Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH	Iserlohn	<500	fg	2919	<10000	0,831	4	13	15:11%	18	0,2	4,6													
St.-Elisabeth-Hospital gGmbH*	Iserlohn	<500	fg	2931	<10000	0,910	8	29	8:18%	39	0,2	0,0			64	●●	82	●●	67	●●					
Marienhospital Lemnade	Iserlohn-Lemnade	<50	ö	2940	<5000	0,964	4	17	5:16%	31	2,4	0,0													
Augusta-Hospital Anholt GmbH	Isselburg-Anholt	<50	fg	2978	<5000	1,604	1	1	8:0%		1,8	3,1													
Krankenhaus St. Elisabeth	Jülich	<200	fg	2989	<5000	0,810	8	24	5:18%	27	0,5	0,0			62	●●	49	●●							
St.-Nikolaus-Hospital	Kalkar	<50	fg	3672	<1000	0,739	3	7	4:20%		0,7	0,0		P											
Hellmig-Krankenhaus Kamen GmbH	Kamen	<500	fg	2883	<10000	0,880	9	25	6:16%	31	0,3	0,0			42	●●	36	●●	46	●●					
St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	Kamp-Lintfort	<500	fg	2948	<20000	1,077	7	21	5:13%	32	1,5	0,0			283	●●●	56	●●	166	●●					
Hospital zum Heiligen Geist	Kempen	<500	fg	2929					8:28%						41	●	62	●●							
Marienhospital gGmbH Kavelaar	Kevelaar	<500	fg	3002	<10000	1,024	7	19	3:11%	43	0,2	0,3			60	●●	36	●●●	45	●●					
St.-Antonius-Hospital gGmbH	Kleve	<500	fg	3079	<20000	0,847	8	26	6:14%	31	1,5	0,1			60	●	94	●●	66	●●					
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Köln	<50	fg	2869	<5000	1,305	3	6	9:0%	84	0,8	0,0			175	●●●			145	●●					
Eduardus-Krankenhaus gGmbH	Köln	<500	fg	2928	<10000	1,220	5	17	5:14%	54	0,2	0,0			285	●●			320	●					
Ev. Krankenhaus Kalk	Köln	<500	fg	2884	<20000	0,933	7	24	6:17%	26	0,6	0,2					31	●●							
Evang. Krankenhaus Köln Weyental gGmbH	Köln	<500	fg	2957	<10000	0,790	4	18	8:14%	48	0,2	0,3			32	●●			52	●●					
Heilig-Geist-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2863	<20000	0,924	7	23	6:14%	29	0,8	0,1		N			57	●●							
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsstellen Holweide	Köln	<500	ö	2968	<50000	1,022	5	24	3:11%	45	2,2	0,1		N			57	●●							
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsstellen Merheim	Köln	<1000	ö	2848	<50000	1,610	12	36	5:13%	50	3,2	3,4		N	63	●	53	●	62	●					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse							
							25%	50%	6:21%	4:12%	15:9%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergeb-nis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergeb-nis	Knie-TEP	Ergeb-nis
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsteil Riehl	Köln	<500	ö	2959	<20000	0,959	5	20	6:21%	4:12%	15:9%	24	0,4	1,9	N	P										
Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	<500	fg	2938	<20000	0,968	3	14	8:21%	14:15%	15:12%	37	0,3	0,3				55	●●	218	●●					
Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	<500	fg	2886	<20000	0,928	6	21	5:29%	6:12%	8:9%	31	1,2	0,0				59	●●							
Maltzer-Krankenhaus St.-Hildegardis	Köln	<500	fg	2955	<10000	0,871	5	20	4:25%	8:17%	11:15%	32	0,2	1,3												
St.-Agatha-Krankenhaus	Köln	<200	fg	2938	<5000	0,976	5	18	8:19%	6:17%	10:14%	40	0,1	0,2	P											
St.-Antonius-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2964	<10000	0,954	5	18	5:18%	6:16%	8:15%	35	0,0	0,0				88	●							
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2822	<20000	0,874	5	19	3:16%	2:14%	6:11%	58	0,4	0,0				47	●							
St.-Franziskus-Hospital GmbH	Köln	<500	fg	2866	<20000	1,038	7	25	8:29%	3:20%	6:14%	48	0,6	0,6				88	●●	181	●					
St.-Marien-Hospital GmbH	Köln	<200	fg	2923	<10000	1,410	2	7	1:23%	5:16%	20:15%	5	0,0	1,1												
St.-Vinzenz-Hospital GmbH	Köln	<500	fg	2807	<20000	0,964	9	27	5:33%	8:16%	6:10%	44	1,9	0,0	N			40	●●							
Universitätsklinikum Köln	Köln	>1000	ö	2940	>50000	1,680	17	52	5:15%	1:12%	2:11%	51	5,7	3,4	B	N	P	75	●●		37	●				
Helios Klinik Hüls	Krefeld	<200	p	2945	<5000	1,135	6	19	5:23%	8:16%	6:16%	23	0,8	2,6				31	●●							
Helios Klinikum Krefeld	Krefeld	>1000	p	2932														32	●●	118	●●					
Klinik Königshof	Krefeld	<200	fg	2953	<1000	1,084	1	2	1:85%	4:8%	19:6%		0,0	0,0	P											
Krankenhaus Maria Hiff GmbH	Krefeld	<1000	fg	2751	<20000	0,990	10	32	6:18%	5:16%	8:15%	36	0,5	10,0	N			58	●●	90	●●●	52	●●●			
St.-Josefs-Hospital Uerdingen	Krefeld	<500	fg	2909	<10000	0,899	7	26	8:16%	11:14%	3:12%	51	0,9	0,0	N			104	●●	32	●●	129	●●			
St.-Martinus-Krankenhaus	Langenfeld	<200	fg	2962	<10000	0,767	8	25	6:18%	5:14%	8:13%	36	0,1	0,0				49	●●●							
Helios Klinik Lengerich GmbH	Lengerich	<200	p	2753	<10000	0,918	10	30	6:23%	8:21%	5:12%	40	0,5	0,1												
Westfälische Klinik Lengerich	Lengerich	<500	ö	2792	<5000	0,980	2	4	1:75%	8:7%	19:7%		3,1	5,3	P											
Kath. Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH St.-Josefs-Hospital	Lennebstadt	<200	fg	2965	<10000	0,824	9	28	8:14%	6:13%	5:9%	35	0,2	0,1				73	●	48	●●	80	●			
Klinikum Leverkusen gGmbH	Leverkusen	<1000	ö	2877	<50000	1,133	11	36	5:17%	6:17%	1:8%	34	2,6	1,5	N			46	●	52	●●	38	●●			
Remigius-Krankenhaus Opladen	Leverkusen	<500	fg	2849	<20000	1,261	8	27	8:25%	4:15%	6:12%	43	0,3	0,9				222	●●●	123	●	194	●●			
St.-Josef-Krankenhaus	Linnich	<200	fg	3003	<5000	0,988	6	19	8:23%	5:23%	6:17%	31	1,8	0,0				77	●●	37	●●	127	●●			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Dreiflügel-Hospital gem. GmbH	Lippstadt	<500	fg	3080	<20000	1,161	11	32	8:26%	5:19%	6:14%	50	1,5	1,1				161	114	142		
Ev. Krankenhaus Lippstadt	Lippstadt	<500	fg	2922	<20000	0,864	5	23	6:16%	1:13%	8:10%	26	0,3	0,1					56			
Krankenhaus Lübbecke	Lübbecke	<500	ö	2911														98	101	137		
Berglandklinik Lüdenscheid	Lüdenscheid	<50	p	2799	<1000	0,455	2	4	14:48%	15:22%	13:22%	38	0,0	0,0								
Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid	<1000	ö	2936	<50000	1,010	13	42	5:16%	6:12%	4:9%	34	2,1	0,7				31	173			
Sporklinik Hellersen	Lüdenscheid	<500	fg	2920	<10000	1,136	2	5	8:97%	1:2%	21:0%	69	1,3	0,0				247		245		
St.-Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH	Lüdinghausen	<200	fg	2993	<10000	1,057	8	24	5:22%	8:21%	6:16%	24	0,1	0,5				49	46	74		
Klinik am Park – Krankenhaus Lünen-Brambauer GmbH	Lünen	<200	ö	2862	<10000	1,013	5	15	8:24%	6:16%	5:15%	42	0,3	0,0				49		91		
St.-Marien-Hospital	Lünen	<1000	fg	2850	<50000	1,201	11	38	5:19%	8:14%	6:13%	39	1,3	1,2		N		86	65	67		
Klinikum Vest BZ Paracelsus-Klinik Marl	Marl	<500	p	3217														62	35	36		
Marien-Hospital	Marl	<500	fg	2932	<20000	1,008	7	21	5:26%	11:20%	6:18%	36	1,9	0,0								
St.-Marien-Hospital Marsberg	Marsberg	<200	fg	2957	<5000	0,934	8	24	8:26%	6:21%	5:14%	33	0,0	0,0				71	43	90		
Kreiskrankenhaus Mechernich	Mechernich	<500	ö	2902	<20000	0,985	9	30	5:15%	8:15%	6:13%	29	0,5	0,8				245	93	211		
St.-Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank	Meerbusch	<200	fg	3076	<5000	1,248	2	4	8:95%	4:1%	19:1%	40	0,4	5,6				217		210		
St.-Vincenz-Krankenhaus gGmbH*	Menden	<500	fg	2931	<10000	0,842	8	30	6:16%	5:15%	8:14%	33	1,7	0,0				63	55	98		
St.-Walburga-Krankenhaus GmbH	Meschede	<500	fg	2985	<10000	0,882	8	28	6:20%	8:15%	5:10%	38	1,3	0,0				35	52	74		
Ev.-Krankenhaus Mettmann GmbH	Mettmann	<500	fg	2865	<10000	0,847	7	24	5:18%	6:17%	8:13%	25	0,5	0,0				61	81	57		
Innenstadtklinik Minden	Minden	<50	p	2824	<5000	0,850	2	6	8:29%	10:22%	6:22%	84	3,7	0,0				52				
Johannes Wesling Klinikum Mfmden	Minden	<1000	ö	2934	<50000	1,116	14	42	5:12%	8:12%	1:10%	34	2,7	0,5		N		139	194	82		
Krankenhaus Bethanien	Moers	<1000	fg	2882															33	31		
St.-Josef-Krankenhaus Moers	Moers	<500	fg	2917	<20000	0,880	8	26	1:16%	5:13%	6:12%	33	0,6	0,1					43	45		
Evang. Krankenhaus Bethesda	Mönchengladbach	<500	fg	2923	<10000	0,947	8	25	6:22%	9:12%	3:11%	48	0,2	0,0								
Krankenhaus Maria Hilff GmbH I u. II	Mönchengladbach	<1000	fg	2866	<50000	1,143	11	36	5:17%	1:13%	4:13%	39	2,2	0,9				68	119	50		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	8:25%	6:18%	14:10%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Krankenhaus Neuwerk Maria von den Aposteln	Mönchengladbach	<500	fg	2930	<20000	0,912	5	21	8:25%	6:18%	14:10%	37	0,1	0,2					354	119	271
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH	Mönchengladbach	<1000	ö	2873	<50000	0,929	6	27	6:14%	5:13%	14:11%	25	0,6	0,5					40	149	58
St.-Josef Krankenhaus Monheim GmbH	Monheim	<200	fg	2961	<5000	0,961	6	19	6:29%	8:16%	5:14%	33	0,6	2,8						38	
Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<1000	fg	2991	<50000	1,114	11	40	5:21%	2:15%	6:13%	49	1,6	0,1					74	82	60
St.-Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<500	fg	2965	<10000	1,078	7	24	8:26%	6:24%	5:12%	34	1,4	0,0			P		109	70	131
Clemenshospital GmbH	Münster	<500	fg	2806	<20000	1,100	5	21	4:18%	6:15%	8:15%	32	1,1	5,9						53	
Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH	Münster	<200	fg	2884	<10000	0,990	5	21	8:24%	14:12%	1:9%	34	0,1	3,1					34		39
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Münster	<500	fg	2893	<20000	0,884	10	29	1:17%	8:14%	6:13%	37	1,9	0,2			N		57		59
LWL-Klinik Münster	Münster	<500	ö	2676	<1000	0,748	1	5	20:34%	4:15%	19:12%	0	4,9	0,0			P				
Raphaelsklinik GmbH	Münster	<500	fg	2935	<20000	1,143	9	25	8:22%	6:18%	5:14%	48	1,4	0,0					87	40	72
St.-Franziskus-Hospital GmbH	Münster	<1000	fg	2829	<50000	1,050	8	30	5:18%	8:16%	6:11%	48	3,3	0,0			N		251	75	214
Universitätsklinikum Münster	Münster	>1000	ö	2902	>50000	1,676	19	62	8:14%	5:13%	3:10%	51	6,9	4,9					82		80
Fachklinik Hornheide	Münster-Handorf	<200	fg	2969	<10000	1,092	2	4	9:76%	17:6%	2:5%	79	2,0	0,0							
Städt. Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal	<200	ö	2914	<10000	0,972	7	21	8:26%	6:20%	5:17%	36	0,6	0,0					77	98	211
Johanna-Étienne-Krankenhaus Neuss	Neuss	<500	fg	2880	<20000	1,081	8	29	8:18%	5:17%	1:14%	36	0,6	0,1					171	121	121
Rheinort Klinik Städtische Kliniken Neuss Lukasrankenhaus GmbH	Neuss	<50	ö	2551															228		139
Städtische Kliniken Neuss Lukasrankenhaus GmbH	Neuss	<1000	ö	2899	<50000	0,970	7	26	5:21%	6:11%	3:9%	41	2,8	0,1			N		70	142	85
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH	Oberhausen	<1000	fg	2949	<20000	0,998	6	25	5:22%	6:13%	14:11%	32	1,3	0,6			N			38	
HELOS St.-Elisabeth Klinik gGmbH	Oberhausen	<500	p	2979	<10000	0,925	6	18	8:26%	9:17%	6:14%	49	0,5	0,1					63		72
Katholische Kliniken Oberhausen gGmbH	Oberhausen	<500	fg	2969	<20000	0,989	8	25	8:19%	6:19%	1:14%	30	0,5	0,2					104	45	141

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	5:19%	6:19%	8:11%		O	ZE	SE		B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
St.-Clemens-Hospitale Sterkrade gGmbH	Oberhausen	<500	fg	2872	<20000	0,992	6	26	6:19%	5:13%	8:11%	26	1,2	1,1			40	●●	58	●●			
Plus-Hospital Ochtrup	Ochtrup	<50	fg	2915	<5000	0,776	4	11	5:29%	6:15%	4:12%	0	0,0	0,1									
Marien-Hospital Oelde	Oelde	<200	fg	2914	<10000	0,804	6	22	6:15%	8:12%	14:10%	34	0,2	0,0			46	●●					
Kath. Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH St.-Martinus Hospital Olpe	Olpe	<500	fg	2886	<20000	1,030	9	34	5:24%	6:12%	8:10%	42	2,7	0,5	N	P	71	●●	69	●●	73	●●	
Elisabeth-Klinik Bögge	Olisberg	<200	fg	2844	<10000	1,208	3	9	8:77%	5:6%	1:4%	48	0,8	6,8						334	●		
Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn	Paderborn	<500	fg	2876	<20000	0,963	9	31	8:22%	6:18%	11:10%	38	4,3	2,1	N		147	●●●	76	●●	135	●●	
St.-Johannis-Stift Paderborn	Paderborn	<500	fg	2839	<10000	0,848	4	16	5:19%	14:16%	15:11%	29	0,0	0,0					49	●●			
St.-Vincenz-Krankenhaus Paderborn	Paderborn	<1000	fg	2880	<50000	0,820	6	24	5:21%	6:12%	1:12%	22	2,0	0,0			104	●●					
Krankenhaus Plettenberg gGmbH Plettenberg	Plettenberg	<200	fg	2950	<5000	0,888	6	18	5:25%	8:17%	6:17%	31	0,2	0,0			39	●●	51	●●●	70	●●	
Institut für Venenchirurgie Porta Westfalica	Porta Westfalica	<50	p	2880	<1000	0,714	1	1	5:100%			100	0,0	0,0									
Johanniter-Krankenhaus Radevormwald gGmbH Radevormwald	Radevormwald	<200	fg	2856	<5000	1,112	6	20	8:22%	6:21%	5:16%	27	0,1	0,0			123	●●●	47	●●	96	●●	
Krankenhaus Rahden	Rahden	<50	ö	3100	<5000	0,875	7	22	8:22%	5:18%	6:17%	28	0,0	0,1			74	●●	73	●●			
Ev. Fachkrankenhaus und Altenhilfe Ratingen gGmbH Ratingen	Ratingen	<200	fg	3037	<5000	1,464	2	6	8:97%	1:1%	9:1%	62	2,6	0,0	N		253	●●●			295	●●	
St.-Marien-Krankenhaus GmbH Ratingen	Ratingen	<500	fg	2841	<10000	0,903	6	24	6:21%	5:12%	8:10%	35	0,4	1,3					94	●●			
Elisabeth-Krankenhaus GmbH Recklinghausen	Recklinghausen	<500	fg	2909	<20000	1,061	9	26	5:36%	8:18%	1:13%	33	2,7	2,2	B		34	●●	32	●●	59	●●●	
Prosper-Hospital Recklinghausen	Recklinghausen	<1000	fg	2931	<20000	1,031	11	36	6:21%	3:13%	11:10%	43	1,4	1,0	N				37	●●			
Düneloh-Klinik GmbH & Co. KG Remscheid	Remscheid	<50	p	3016	<1000	0,674	2	5	6:60%	9:15%	8:14%	64	0,0	0,0									
Ev. Stiftung Tannehof Remscheid	Remscheid	<500	fg	2941	<1000	0,915	2	5	1:64%	8:21%	19:8%	2	0,0	15,2									
Fabricius-Klinik Remscheid GmbH Remscheid	Remscheid	<50	fg	2875	<5000	1,223	3	7	8:75%	1:8%	5:5%	65	0,1	0,7			151	●●			160	●●	
Sana-Klinikum Remscheid GmbH Remscheid	Remscheid	<1000	p	3051															136	●	34	●●	
Ev.-Krankenhaus Rheda Rhelda-Wiedenbrück	Rhelda-Wiedenbrück	<50	fg		<10000	1,078	9	26	8:24%	6:24%	5:12%	46	0,5	0,3									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget- Anteile			Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse	
							25%	50%	8:24%	6:24%	5:12%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP
St.-Vinenz-Hospital gGmbH	Rheide-Wieden- brück	<200	fg	2835	<10000	1,078	9	26	8:24%	6:24%	5:12%	46	0,5	0,3				81	50	63
Gesundheitszentrum Rheine	Rheine	<1000	fg	3220	<50000	1,033	8	27	5:20%	6:14%	14:9%	31	1,3	1,0	N	P		42	105	31
St. Josefs-Krankenhaus gGmbH	Salzkotten	<500	fg	2837	<10000	0,846	6	24	8:23%	6:14%	5:11%	38	0,3	0,0				152	62	132
Asklepios Klinik St. Augustin GmbH	Sankt Augustin	<500	p	2887	<20000	1,571	6	22	8:16%	1:15%	6:15%	28	2,9	0,2	N					
St.-Antonius-Krankenhaus	Schleiden	<200	fg	2902	<5000	0,829	5	17	8:29%	5:17%	6:14%	34	0,1	0,1				55	38	
St.-Georgs-Krankenhaus	Schmallenberg -Bad Fredeburg	<50	p	3017	<5000	0,676	6	21	8:18%	6:15%	5:13%	23	0,4	0,0					31	
Fachkrankenhaus Kloster-Grafschaft	Schmallenberg- Grafschaft	<200	fg	2936	<5000	0,831	2	3	4:75%	23:5%	5:4%	3	0,0	17,8	B					
Helios Klinikum Schwelm	Schwelm	<500	p	2934	<20000	0,948	10	32	8:14%	6:13%	5:13%	35	1,3	1,2	N			86	104	82
Marienhospital Schwelm	Schwelm	<50	fg	2866	<5000	1,154	3	12	8:45%	5:14%	4:10%	45	0,0	0,0				122		179
Ev. Krankenhaus Schwerte GmbH	Schwerte	<200	fg	3167	<5000	0,962	4	10	5:20%	4:19%	1:19%	1	0,2	5,5						
Marienkrankenhaus Schwerte gGmbH	Schwerte	<500	fg	2849	<20000	0,988	9	32	8:24%	6:12%	5:10%	50	0,7	0,0				89	50	86
St.-Josef-Stift	Sendenhorst	<500	fg	2848	<20000	1,346	2	4	8:98%	9:0%	21:0%	36	1,8	0,0	N			369		419
Helios Herzzentrum Siegburg	Siegburg	<50	p	2905	<10000	5,696	1	2	5:92%	-1:6%	21:1%	99	0,8	0,0						
Helios Krankenhaus Siegburg	Siegburg	<500	p	2955	<20000	0,996	5	23	5:42%	6:13%	8:9%	34	7,3	0,0	N				120	
DRK Kinderklinik Siegen gGmbH	Siegen	<200	fg	3721	<50000	1,054	3	11	1:21%	6:20%	4:12%	18	1,6	98,4	B	P				
Krankenhausverbund Siegerland GmbH	Siegen	<1000	fg		<50000	1,054	10	37	8:15%	6:15%	9:9%	41	1,4	1,3	B			154	109	185
Kreisklinikum Siegen gGmbH	Siegen	<1000	ö	2895	<20000	1,062	8	28	1:20%	8:17%	6:12%	33	2,2	0,5	N	P		115	100	93
St.-Marien-Krankenhaus gGmbH	Siegen	<500	fg	2903	<50000	1,052	9	25	5:30%	8:19%	6:11%	49	4,5	0,0	N			344	54	341
St.-Brigida-Krankenhaus	Simmerath	<200	fg	3044															40	
Klinikum Stadt Soest gGmbH	Soest	<500	ö	2883	<20000	0,881	8	26	8:24%	6:15%	5:13%	38	0,2	1,3				154	55	238
Marienkrankenhaus gGmbH	Soest	<500	fg	2878	<10000	1,036	6	24	5:25%	4:21%	6:13%	31	1,4	0,1				66	44	57
St.-Lukas-Klinik GmbH	Solingen	<500	fg	2883	<20000	1,015	7	25	1:24%	6:13%	3:13%	31	0,4	1,8				56	56	
Städtisches Klinikum Solingen	Solingen	<1000	ö	2991	<50000	1,000	10	32	5:19%	6:14%	8:11%	34	2,3	0,1	N			144	153	67

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	1	2	3		4	5	O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Krankenhaus und MVZ Maria-Hilf Stadtlohn GmbH	Stadtlohn	<200	fg	2896	<5000	0,889	5	20	8:20%	5:18%	6:13%	31	0,7	0,0			78	●●	37	●●	55	●●	
Marienhospital Steinfurt gGmbH	Steinfurt-Borghorst	<500	fg	2931	<10000	0,866	7	26	5:18%	6:16%	8:12%	32	0,4	0,0	P		32	●	78	●●			
St.-Rochus-Krankenhaus Stolberg gGmbH	Stolberg	<200	fg	3048	<5000	0,957	8	26	5:21%	8:16%	6:15%	35	0,2	0,0			187	●●	48	●●	30	●●	
Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH	Stolberg	<500	fg	2882	<20000	0,906	5	21	8:18%	6:15%	14:11%	25	0,7	0,1			187	●●	67	●●	193	●	
Klinik Dr. Evers	Sundern	<50	p	3029	<1000	1,498	1	2	1:100%				0,3	8,0									
Sauerlandklinik Hachen	Sundern	<200	fg	2835	<5000	1,407	1	1	1:100%	8:0%	10:0%		0,2	0,0									
Antoniuszentrum GmbH	Tönisvorst	<50	ö	2961	<5000	0,682	4	12	5:30%	6:19%	8:13%	19	0,0	0,0									
St.-Johannes-Krankenhaus Troisdorf	Troisdorf	<200	fg	2841	<10000	0,788	3	15	1:18%	14:16%	6:14%	22	0,4	0,3					30	●●			
St.-Josef-Hospital Unna	Troisdorf	<500	fg	2841	<20000	0,937	7	24	8:20%	6:13%	11:12%	48	0,3	2,6	B		229	●●●	53	●●●	180	●●●	
Ev.-Krankenhaus Unna	Unna	<500	fg	2920	<20000	1,043	8	27	8:23%	1:18%	6:16%	33	0,9	2,7			156	●●●	69	●	121	●●	
Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsbörn	Unna	<50	fg										0,0	100,0	B								
Katharinen-Hospital gGmbH	Unna	<500	fg	2921	<20000	0,916	7	24	5:34%	6:14%	9:9%	34	1,4	1,8	B				30	●●			
Klinikum Niederrhein	Velbert	<1000	ö	2895	<20000	0,887	7	25	5:17%	6:14%	11:10%	35	1,1	0,1	P		33	●	178	●●			
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH	Viersen	<500	fg	2925	<20000	0,812	7	24	5:16%	6:13%	14:11%	29	0,4	0,0			46	●●	74	●●●	54	●●	
LVR Klinik für Orthopädie Viersen	Viersen	<200	ö	2809	<5000	1,343	1	3	8:99%	1:1%	21:0%	67	0,1	0,0			326	●●●			190	●●	
St.-Imgards-Krankenhaus Stüchteln	Viersen	<200	fg	2940	<5000	0,839	8	22	5:19%	6:18%	8:15%	26	0,1	0,1					48	●●			
St.-Marien-Hospital*	Vreden	<200	fg	2933	<5000	1,007	4	12	8:54%	5:12%	1:8%	41	0,5	0,1	N		119	●			148	●●	
Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH	Waldbröl	<500	ö	2978	<20000	0,977	8	25	5:35%	6:13%	8:12%	34	0,9	0,1			95	●●	100	●●	81	●●	
St.-Laurentius-Stift	Waltrop	<200	fg	2965	<5000	1,407	2	5	1:26%	5:23%	8:19%	0	0,3	9,2	P								
St.-Petri-Hospital Warburg gGmbH	Warburg	<200	p	2991															56	●●			
Josefshospital	Warendorf	<500	fg	2886	<20000	0,919	9	31	5:26%	6:13%	8:10%	33	1,0	0,1			112	●●●	112	●●	96	●●	
Krankenhaus Maria-Hilf Warstein	Warstein	<200	fg	3075	<5000	0,784	6	21	5:17%	8:15%	6:14%	27	0,4	0,0			67	●●	44	●●	57	●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget- Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	5:25%	6:17%	4:16%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP Fälle	Ergeb- nis	Oberschenkel- fraktur Fälle	Ergeb- nis
St.-Antonius-Krankenhaus Wegberg GmbH	Wegberg	<50	p	3269	<5000	0,928	4	11	5:25%	6:17%	4:16%	13	0,5	0,0								
Märkische Kliniken GmbH Stadtklinik Werdohl	Werdohl	<200	ö	2962	<5000	0,728	4	19	8:20%	5:17%	6:14%	36	0,0	0,0							30	58
Mariannen-Hospital gGmbH	Werl	<200	fg	2904	<5000	1,031	7	23	5:20%	6:19%	8:17%	32	0,1	0,0							45	60
Krankenhaus Wermelskirchen GmbH	Wermelskirchen	<500	fg	2881	<10000	0,792	7	27	6:17%	5:14%	8:14%	31	0,2	0,0							68	52
St.-Christophorus-Krankenhaus GmbH	Werne	<500	fg	2882	<10000	1,009	6	19	8:33%	5:17%	6:14%	40	0,2	0,0							96	69
Ev. Krankenhaus Wesel	Wesel	<500	fg	2960	<20000	1,016	8	29	1:19%	8:19%	6:16%	34	2,4	0,2							75	89
Marien-Hospital gGmbH	Wesel	<500	fg	2914	<20000	0,937	8	29	5:25%	6:14%	4:11%	29	0,3	1,4							50	52
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Wesseling	<200	fg	2838	<10000	1,069	10	28	6:24%	8:18%	5:15%	39	0,2	0,3							40	
Orthopädische Klinik Volmarstein	Wetter	<200	fg	2893	<10000	1,664	2	4	8:98%	1:1%	9:0%	92	1,2	0,0							331	330
Marienkrankenhaus Wickede-Wimbren gGmbH	Wickede-Wimbren	<200	fg	3031	<5000	1,056	6	21	8:31%	6:18%	1:13%	26	0,6	0,1							33	
St.-Franziskus-Hospital	Wintenberg	<50	fg	2918	<5000	0,867	8	22	8:20%	6:18%	5:16%	27	0,1	0,0							30	
St.-Josef-Krankenhaus	Wipperfurth	<200	fg	2887	<10000	0,850	6	22	6:17%	8:17%	5:11%	35	0,4	0,1							77	68
Ev. Krankenhaus Witten gGmbH	Witten	<500	fg	2992	<10000	1,090	9	29	8:17%	11:16%	6:16%	38	0,8	2,3							40	70
Marien-Hospital Witten gGmbH	Witten	<500	fg	2879	<20000	0,972	6	25	5:25%	6:13%	14:11%	36	1,2	0,0							46	39
Genarische Kliniken St. Antonius gGmbH	Wuppertal	<50	fg	3149	<5000	1,414	3	7	1:30%	5:23%	4:12%	0	0,0	0,0								
Helios Klinikum Wuppertal GmbH	Wuppertal	<1000	p	2998	<50000	1,227	13	45	5:21%	8:10%	6:9%	45	1,9	0,3							87	98
Klinikverbund St. Antonius und St. Josef GmbH	Wuppertal	<1000	fg	3019	<20000	0,931	6	20	6:15%	4:14%	14:14%	32	0,8	4,7							178	
Krankenhaus Bethesda	Wuppertal	<500	fg	3020	<20000	1,039	7	24	8:19%	6:14%	5:13%	41	0,6	0,4							147	
Krankenhaus St. Josef	Wuppertal	<200	fg	3001	<10000	1,388	2	5	8:96%	1:1%	18:0%	57	2,4	8,1							408	389
Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen gGmbH	Wüselen	<1000	ö	2949	<50000	1,081	9	31	8:20%	5:13%	1:13%	32	0,8	2,1							286	306
St.-Josef-Hospital	Xanten	<200	fg	2967	<5000	0,996	5	19	8:31%	6:16%	5:15%	35	0,1	2,4							74	87

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	5:17%	8:15%	6:13%		O	ZE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	DRG	Fälle	DRG	Fälle		DRG	Fälle	DRG	Fälle	DRG	Fälle	DRG	Fälle	DRG
Rheinland-Pfalz		340		3072		1,013	13	44	5:17%	8:15%	6:13%	37	1,75	1,9							
DRK Krankenhaus	Alzey	<200	fg	3021	<5000	0,778	6	22	6:21%	5:16%	8:12%	32	0,1	0,0							
Rheinhausen-Fachklinik	Alzey	<1000	ö	2990	<5000	0,915	2	6	1:66%	8:20%	3:4%		0,0	0,4							
Rhein-Mosel-Fachklinik	Andemach	<500	ö	3079	<5000	0,840	2	5	1:80%	8:5%	3:4%	1	3,0	0,4				P			
Kamillus-Klinik	Asbach	<200	fg	3177	<5000	0,911	1	7	1:58%	5:11%	4:10%	0	1,2	0,0							
Capio Mosel-Eifel-Klinik	Bad Bertrich	<50	p	2738	<5000	0,801	1	1	5:99%	9:1%	6:18%	96	0,0	0,0							
Evangelisches Krankenhaus	Bad Dürkheim	<200	fg	3135	<10000	0,971	7	22	8:24%	5:19%	6:18%	34	0,1	6,1				P			
Diakonie-Krankenhaus	Bad Kreuznach	<1000	fg	3118	<20000	0,870	8	29	8:19%	5:14%	6:14%	34	0,8	0,0							
Krankenhaus St. Marienwörth	Bad Kreuznach	<500	fg	3137	<10000	0,816	8	28	6:18%	5:12%	8:11%	34	0,9	0,2							
Sana Rheumazentrum	Bad Kreuznach	<200	p	3334	<5000	1,102	1	2	8:96%	1:1%	6:1%	0	11,8	4,0							
Gefäßzentrum Dr. Bauer	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<50	p	3129	<5000	1,002	1	1	5:88%	9:6%	10:2%	76	0,0	0,0							
Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<500	fg	3175	<20000	0,952	9	31	8:18%	5:15%	6:12%	31	0,2	0,0							
Venen-Clinic	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<50	p	3322	<5000	0,780	1	1	5:97%	9:1%	6:1%	97	0,0	0,0							
Heilig-Geist-Hospital	Bingen	<200	fg	3232	<5000	0,718	9	26	6:16%	8:15%	5:14%	31	0,2	0,0							
DRK-Elisabeth-Krankenhaus	Birkenfeld	<200	fg	3188	<5000	0,735	5	18	8:21%	5:21%	6:14%	25	2,6	0,0							
Krankenhaus-Verband Bitburg/Neuburg	Bitburg	<1000	fg	3165	<10000	0,813	9	28	8:22%	6:13%	5:10%	37	0,5	0,1				P			
Marienkrankenhaus Cochem	Cochem	<200	fg	3306	<5000	0,862	6	20	6:25%	5:14%	8:13%	36	0,2	0,0							
Krankenhaus Maria Hilf	Daun	<500	fg	3162	<10000	0,926	8	25	8:22%	6:14%	5:14%	35	0,8	0,0							
Ev. und Johanner-Krankenhaus Dierdorf-Selters gGmbH	Dierdorf	<200	fg	3076	<10000	0,814	8	28	5:18%	8:17%	6:16%	33	0,2	3,4				B			
DRK Krankenhaus Diez	Diez	<200	fg	2987	<5000	0,840	5	15	8:20%	6:15%	5:14%	31	0,1	0,0							
Gesellschaft MikroNeuroChirurgie, Dr. Klein	Gensingen	<50	p	2852	<5000	1,548	1	1	8:99%	1:1%		100	0,1	0,0							
St.-Elisabeth Krankenhaus	Gerolstein	<200	fg	3241	<5000	0,736	6	17	5:20%	6:18%	8:11%	15	0,6	0,0				P			
Kreiskrankenhaus Grünstadt	Grünstadt	<200	ö	3144	<10000	0,796	7	24	5:17%	6:16%	8:14%	34	0,1	0,0							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget- Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse				
							25%	50%	8:14%	8:16%	6:16%	8:14%	5:14%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel- fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Westenwaldklinikum Hachenburg	Hachenburg	<1000	fg	3240	<20000	0,771	6	22	8:14%	6:16%	5:14%	27	0,1	1,2	B								
St.-Josef-Krankenhaus	Hermeskeil	<200	fg	3231	<10000	0,929	6	22	8:16%	8:18%	5:16%	30	0,1	0,1									
Lutrina Klinik	Kaiserslautern	<50	p	3023	<1000	0,564	1	3	8:14%	8:81%	5:4%	99	0,2	0,0									
Westpalz-Klinikum GmbH Standorte I + II	Kaiserslautern	>1000	p	3170	>50000	1,228	13	43	8:11%	5:18%	6:10%	39	1,6	1,8	N	P							
Westfalzklinikum III + IV	Kirchheimb- landen	<500	ö	3313	<10000	0,852	7	22	8:23%	8:23%	5:16%	40	0,2	0,0									
Platzklinikum für Psychiatrie und Neurologie	Klingemünster	<1000	ö	3071	<5000	0,929	2	5	8:5%	1:83%	3:4%	0	2,4	4,0									
Bundeswehrental-Krankenhaus	Koblenz	<200	ö	2895	<20000	1,375	13	43	8:14%	5:22%	3:11%	51	4,1	0,3									
Gemeinschaftsklinikum Mayen-Koblenz Kemperhof	Koblenz	<1000	ö	3164	<50000	0,970	6	31	11:9%	6:25%	8:8%	30	2,0	1,0									
Katholisches Klinikum Marienhof/ St. Josef gGmbH	Koblenz	<500	fg	2969	<50000	1,060	7	22	8:21%	5:25%	4:13%	46	1,1	0,5									
Stiftungsklinikum Mittelrhein	Koblenz	<1000	fg	3196	<20000	1,088	11	37	8:19%	5:21%	6:13%	43	1,8	7,5	N								
Medizinisches Zentrum Lahnhöhe	Lahnstein	<500	p	2989	<5000	0,963	1	2	1:6%	8:94%	1:6%	0	8,0	0,0	P								
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Lahnstein	<500	fg	3403	<5000	0,702	4	16	5:10%	6:27%	14:9%	42	0,0	0,0	P								
Klinikum Landau-Südliche Weinstrasse GmbH	Landau	<1000	ö	3160	<20000	1,001	9	28	8:18%	5:20%	6:14%	31	1,2	0,0									
St.-Johannis-Krankenhaus gem. GmbH	Landsstuhl	<500	fg	3203	<10000	0,935	6	21	6:14%	8:23%	5:12%	40	0,0	0,0									
Franziskus Krankenhaus	Linz	<200	fg	3146	<10000	0,983	6	18	6:16%	8:34%	4:16%	42	0,2	0,0									
BG Unfallklinik	Ludwigshafen	<500	fg	2904	<10000	1,656	4	12	9:9%	8:72%	21:8%	85	1,6	30,8	B								
Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH	Ludwigshafen	<1000	ö	2985	<50000	1,278	15	45	6:11%	5:20%	3:10%	43	3,2	1,7									
St.-Marien- und St.-Amastifts- Krankenhaus	Ludwigshafen	<500	fg	3181	<20000	0,936	4	18	6:15%	8:15%	14:11%	31	0,5	3,9	B								
DRK Schmerz-Zentrum	Mainz	<50	fg	3273	<5000	1,310	1	2	1:21%	8:77%	19:1%	37	0,0	43,7									
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität	Mainz	>1000	nb	3035	>50000	1,361	18	56	2:10%	5:15%	1:9%	45	5,1	1,9	B	N	P						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse									
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Fälle	Ergebnis	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis	Knie-TEP	Ergebnis
St.-Elisabeth-Krankenhaus Mayen	Mayen	<500	ö	3216	<10000	0,899	9	30	6:14%	8:13%	5:12%	39	0,3	0,0													
Giantal-Klinik Weisenheim	Weisenheim	<200	ö	3159	<5000	0,754	5	16	1:29%	8:18%	6:17%	17	0,0	0,3													
Marienkrankenhaus	Nassau	<50	fg	3592	<1000	1,040	4	9	4:23%	5:21%	1:17%		0,0	0,0													
Marienhospital St. Josef Neuenburg	Neuenburg	<50	fg	3099	<5000	1,322	4	15	8:18%	5:18%	6:17%	26	0,2	0,0													
Krankenhaus Hetzelstift	Neustadt	<500	fg	3112	<20000	0,966	12	35	5:19%	6:17%	8:9%	39	1,3	0,0													
DRK Krankenhaus Neuwied	Neuwied	<500	fg	3071	<20000	0,888	6	20	5:34%	6:12%	8:12%	29	0,8	0,1													
Marienhaus Klinikum	Neuwied	<1000	fg	3202	<50000	1,044	9	31	8:18%	6:13%	5:13%	40	1,8	0,8													
Loreley-Kliniken St. Goar-Oberwesel	Oberwesel	<500	fg	3373	<5000	0,857	2	4	8:69%	6:8%	5:7%	21	15,8	0,0									P				
Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH	Pirmasens	<500	ö	3051	<20000	0,928	8	29	5:20%	6:16%	8:10%	31	0,7	0,0													
St.-Joseph-Krankenhaus	Prüm	<200	fg	3184	<5000	0,783	7	20	5:21%	8:18%	6:16%	22	0,0	0,0													
Krankenhaus Maria Stern	Rennagen	<200	fg	3276	<5000	0,860	5	19	6:21%	8:19%	5:15%	27	2,0	0,0													
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Rodalben	<200	fg	3158	<5000	1,107	6	20	8:35%	6:15%	5:15%	39	0,4	0,1													
Kreis-Krankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH	Saarburg	<500	nb	3275	<10000	0,762	11	31	8:17%	6:17%	5:12%	38	0,4	0,0													
Hursrück Klinik Kreuznacher Diakonie	Simmern	<500	fg	3155	<10000	0,770	8	23	5:19%	6:14%	8:11%	28	0,4	0,0													
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus	Speyer	<500	fg	2773	<20000	0,937	4	19	5:16%	6:15%	14:14%	28	0,6	2,0													
St. Vincentius-Krankenhaus	Speyer	<500	fg	3115	<10000	1,019	8	25	11:23%	8:17%	6:13%	43	0,3	0,0													
Fv. Elisabeth Krankenhaus gem. GmbH	Trier	<200	fg	3172	<10000	0,744	5	20	8:16%	5:13%	6:12%	36	0,0	0,0													
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH	Trier	<1000	fg	3145	<50000	0,976	9	32	3:14%	6:14%	9:10%	39	1,1	2,3	B								P				
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Trier	<1000	fg	2942	<50000	1,295	11	33	5:28%	8:13%	1:12%	45	2,5	1,4	N												
Marienkrankenhaus Trier-Ehrang	Trier	<200	fg	3191	<10000	0,812	6	24	6:19%	8:13%	14:11%	41	0,4	0,1	B												
BDH-Klinik Vallendar GmbH	Vallendar	<50	fg																								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs- dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	QSR-Behandlungsergebnisse			Besondere Leistungen
							25%	50%	1	2	3		Hüft-EP	Oberschenkel- fraktur	Knie-TEP	
Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich	Wittlich	<1000	fg	2993	<20000	0,901	9	33	5:15%	6:15%	8:13%	29	0,5	0,3		
Klinikum Worms gGmbH	Worms	<1000	ö	3191	<50000	0,989	10	32	5:15%	6:11%	8:11%	31	0,5	0,1		
Evangelisches Krankenhaus	Zweibrücken	<500	fg	3222	<10000	0,797	7	21	5:20%	6:19%	4:12%	26	0,3	0,0		
St.-Elisabeth-Krankenhaus gem. GmbH	Zweibrücken	<500	fg	3296	<10000	0,986	9	28	5:23%	6:17%	8:16%	33	0,0	1,7		
Saarland		297		3002		1,088	14	45	5:17%	8:12%	6:12%	35	2,66	1,46		
Caritas-Krankenhaus	Dillingen	<500	fg	3224	<10000	0,917	7	21	1:24%	6:20%	5:13%	20	0,6	0,3		
Universitätskliniken des Saarlandes	Homburg	>1000	ö	3128	>50000	1,511	17	55	5:15%	8:10%	6:9%	44	5,7	0,7		
Caritas-Krankenhaus	Lebach	<200	fg	3184	<10000	0,921	8	25	6:19%	5:18%	8:17%	31	1,0	0,0		
SHG Kliniken Merzig Von-Fellenberg-Stift	Merzig	<500	ö	3233	<10000	0,847	7	23	8:16%	1:15%	6:11%	24	1,4	0,3		P
DRK Klinik Mettlach	Mettlach	<50	fg	3001	<1000	1,615	1	3	1:48%	8:16%	5:12%		0,0	26,0		
Marienhauskliniken Kinderklinik Kohlhof	Neunkirchen	<50	fg	3223	<5000	0,600	3	9	6:24%	1:18%	4:12%	7	0,1	31,3		
Saarland Klinik kreuznacher diakonie Friedner Krankenhaus	Neunkirchen	<200	fg	3626	<5000	0,974	3	8	5:27%	10:26%	20:10%	11	0,3	0,0		
St.-Josef-Krankenhaus	Neunkirchen	<200	fg	3204	<5000	0,730	6	20	6:18%	14:12%	5:12%	33	0,2	0,0		
Caritasklinik St. Theresia-Rastpfuhl	Saarbrücken	<500	fg	3054	<20000	0,927	8	29	3:18%	6:11%	8:8%	40	3,1	1,6		P
Klinikum Saarbrücken gGmbH	Saarbrücken	<1000	ö	3167	<50000	1,120	11	41	5:13%	1:12%	8:12%	37	0,6	0,6		
Krankenhaus St. Josef	Saarbrücken	<200	fg	3188	<10000	0,824	5	15	5:18%	6:17%	8:14%	43	1,2	0,0		
Saarland Klinik kreuznacher diakonie EVK Saarbrücken	Saarbrücken	<200	fg	3125	<5000	0,971	7	22	8:24%	5:16%	6:16%	33	0,3	0,0		
Saarland-Heilstätten GmbH Kliniken-Sonnenberg	Saarbrücken	<500	ö	3138	<5000	1,685	2	5	8:41%	1:31%	5:7%	16	1,0	22,3		P
St.-Elisabeth-Klinik	Saarlouis	<500	fg	3157	<20000	0,930	7	27	8:21%	5:20%	6:15%	34	1,5	0,1		
Kreiskrankenhaus St. Ingbert gGmbH	St. Ingbert	<200	ö	3129	<10000	0,969	8	24	8:22%	5:19%	6:17%	39	0,0	0,0		
Marien-Krankenhaus	St. Wendel	<500	fg	3176	<10000	0,846	6	21	6:17%	5:16%	8:12%	29	0,5	0,1		P

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC				Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse				
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%	O		ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Knappschafts-Krankenhaus Sulzbach	Sulzbach	<500	fg	3172	<20000	0,878	2: 2,6%	5: 1,3%	1: 1,2%	47	0,4	0,3								
SHG Kliniken Völklingen	Völklingen	<500	ö	3084	<20000	1,356	5: 5,1%	11: 1,6%	4: 1,2%	33	2,9	0,1								
Marienhauskliniken St.-Elisabeth-Krankenhaus WadernSt.-Josef Losheim am See	Wadern	<500	fg	3231	<10000	0,832	8: 2,3%	5: 2,2%	6: 1,6%	13	4,9	0,1								
St.-Nikolaus-Hospital	Wallerfangen	<200	fg	3221	<1000	1,329	1: 1,48%	8: 1,6%	19: 1,1%		0,0	4,7								
Sachsen		346		2817		1,076	5: 1,5%	8: 1,4%	6: 1,3%	37	2,88	1,97								
EKA-Ergebnisklinikum Annaberg-GmbH	Annaberg-Buchholz	<500	fg	2632	<20000	0,921	6: 2,0%	5: 1,8%	1: 9%	24	2,2	0,0	N	P	63	●●	207	●●		
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Amsdorf	<500	ö	2859	<5000	0,965	1: 7,0%	8: 1,2%	19: 6%	2	2,0	1,0								
HELIOS Klinikum Aue GmbH	Aue	<1000	p	2750	<50000	1,028	5: 1,6%	8: 1,2%	6: 1,2%	36	1,1	1,0	N	P	366	●●●	131	●●		
MediClin Waldkrankenhaus Fachkrankenhaus für Orthopädie	Bad Dübren	<200	p	2841	<10000	1,437	8: 9,6%	1: 2%	9: 1%	77	1,4	0,0			835	●●●	87	●●		
Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bautzen	Bautzen	<500	ö	2873	<20000	0,860	5: 1,5%	6: 1,4%	1: 8%	31	0,7	0,4					288	●		
Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig-Bemewitz	Bemewitz	<50	p								0,0	100,0	B							
Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bischofswerda	Bischofswerda	<200	ö	2853	<10000	0,937	8: 2,2%	5: 1,4%	6: 1,4%	38	0,6	0,0	N		240	●●●	134	●●		
HELIOS Kliniken Leipziger Land GmbH	Borna	<500	p	2614	<50000	0,961	6: 1,6%	5: 1,3%	8: 1,0%	30	0,8	0,1	N				158	●●●		
Kliniken Erlabrunn	Breitenbrunn	<500	p	2904	<20000	1,032	8: 3,0%	6: 1,2%	5: 1,2%	34	1,0	0,4	N	P	480	●●	90	●		
DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein	Chemnitz	<500	fg	2842	<10000	0,736	9: 1,9%	14: 1,2%	15: 1,2%	31	1,4	2,7								
Klinikum Chemnitz gGmbH	Chemnitz	>1000	ö	2740	>50000	1,151	5: 1,9%	6: 1,2%	8: 1,0%	35	3,2	1,0	N		456	●	411	●		
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	Chemnitz	<500	fg	2936	<20000	1,114	8: 3,0%	11: 2,4%	6: 1,4%	49	1,4	0,2	N		765	●●	329	●●●		
Fachkrankenhaus Coswig GmbH Zentrum für Pneumologie Thorax- und Gefäßchirurgie	Coswig	<200	p	2665	<10000	1,159	4: 9,1%	5: 2%	-1: 2%	23	4,8	5,9								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	Ergebnis
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Kreis Krankenhaus Deltitzsch GmbH – Klinik Deltitzsch	Deltitzsch	<200	ö	2826	<10000	0,922	8	25	6:21%	8:19%	5:17%	35	0,0	0,0				38	●●	133	●●●●	57	●●
Dr. med. Ralf Lange Krankenhausbetriebe GmbH	Döbeln	<200	p	2560	<10000	1,079	7	23	8:33%	5:20%	6:13%	45	0,4	0,0	N			418	●●	144	●●	526	●●
Diakonissenkrankenhaus	Dresden	<500	fg	2898	<10000	0,839	4	21	6:17%	11:15%	14:11%	36	0,9	0,0						342	●●●		
Helios Klinik Dresden-Wachwitz GmbH	Dresden	<200	p	3576	<5000	0,945	2	6	6:30%	17:12%	23:11%	29	7,4	3,0	N H								
Herzzentrum Dresden GmbH	Dresden	<200	p	2786	<20000	2,605	3	7	5:93%	-1:3%	4:2%	59	3,8	0,0	N								
Universitätsklinik	Dresden	<1000	ö	2921	<50000	1,147	15	45	8:17%	5:15%	6:12%	48	4,0	1,7	N P			638	●●●●	296	●●	581	●●●●
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Städtisches Klinikum	Dresden	<500	fg	2779	<20000	0,900	3	15	6:20%	14:13%	15:11%	36	3,5	2,5	N			280	●●●●			354	●●●●
St.-Marien-Krankenhaus Dresden	Dresden	<200	fg	2765	<5000	0,947	2	5	1:72%	8:18%	19:8%		1,6	8,3	P								
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt	Dresden	<1000	ö	2873	<50000	0,961	6	22	5:16%	6:12%	8:11%	20	1,6	0,7	N P			95	●●	163	●●●●	83	●●
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden	Dresden	>1000	ö	2886	>50000	1,311	12	45	8:12%	2:11%	1:11%	46	6,7	3,7	N P			679	●●	360	●●●●	431	●
Kreis Krankenhaus Deltitzsch GmbH – Klinik Eilenburg	Eilenburg	<200	ö	2871	<5000	0,815	5	20	6:20%	5:17%	13:9%	28	0,2	0,0									
Kreis Krankenhaus Freiberg GmbH	Freiberg	<500	p	2842	<20000	0,960	9	32	6:13%	5:13%	8:11%	29	0,6	0,1	N			259	●	217	●	317	●
Weißeritztal-Kliniken GmbH	Freital	<500	p	2868	<20000	0,961	9	28	5:17%	6:16%	8:15%	32	0,5	0,1	N			392	●●	299	●	430	●●●
Kreis Krankenhaus Rudolf Virchow GmbH	Glauchau	<500	ö	3078	<20000	0,800	7	23	6:19%	5:16%	8:12%	30	2,8	0,2	P			237	●●	217	●	276	●●
Malteser Krankenhaus St. Carolus GmbH	Görlitz	<200	fg	3375	<5000	0,905	7	24	5:18%	11:17%	6:15%	31	1,4	0,9						63	●		
Städtisches Klinikum Görlitz	Görlitz	<1000	ö	2763	<50000	1,036	15	47	5:13%	8:11%	6:10%	40	3,8	2,9	N P			113	●●	132	●●●●	89	●●
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie	Großschweidnitz	<500	ö	2826	<5000	0,859	2	4	1:66%	8:27%	19:4%		1,3	3,7	P								
Diakonienkrankenhaus Chemnitz Land Hartmannsdorf – DIAKOMED GmbH	Hartmannsdorf	<500	fg	2864	<10000	0,925	8	27	8:21%	5:16%	6:13%	27	0,5	0,0				146	●●	202	●●●●	118	●

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	1:1%	8:98%	9:0%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle
Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald	Hohwald	<200	p	2907	<10000	1,632	2	4	8:98%	1:1%	9:0%	79	2,2	0,0				868	●●●●	975	●●●●	
Lausitzer Seenland Klinikum GmbH Hoyerswerda	Hoyerswerda	<1000	ö	2909	<50000	0,981	9	33	8:15%	5:14%	6:11%	38	3,2	0,4	N			264	●●	105	●	
Malteser Krankenhaus St. Johannes Kamenz	Kamenz	<200	fg	2738	<10000	0,836	7	23	5:17%	6:15%	8:10%	27	0,7	0,0					109	●●		
Kreiskrankenhaus Kirchberg GmbH Kirchberg	Kirchberg	<200	ö	2719	<5000	1,008	8	24	5:20%	8:20%	6:16%	29	0,3	0,8				67	●●	94	●	
Evangelisches Diakonissenkrankenhaus Leipzig GmbH Leipzig	Leipzig	<500	fg	2847	<10000	0,877	10	29	8:18%	6:16%	5:12%	51	0,9	0,0	N			37	●	309	●●	
Herzzentrum Leipzig Leipzig	Leipzig	<500	p	2707	<50000	2,763	3	8	5:91%	-1:4%	4:1%	60	8,8	1,7	N							
Klinikum St. Georg GmbH Leipzig Leipzig	Leipzig	>1000	ö	2817	<50000	1,136	11	37	5:14%	4:12%	8:11%	34	2,8	5,0	B			143	●●	358	●●●●	
Park-Krankenhaus Leipzig Leipzig	Leipzig	<1000	p	2709	<20000	1,543	6	21	8:26%	5:26%	6:13%	54	2,2	0,1	N			757	●●●●	207	●●	
St.-Elisabeth Krankenhaus Leipzig GmbH Leipzig	Leipzig	<500	fg	2651	<20000	0,934	5	22	8:15%	6:14%	11:12%	46	1,4	0,0	N			95	●●	173	●●●●	
Universitätsklinikum Leipzig AG Leipzig	Leipzig	>1000	ö	2867	>50000	1,470	15	52	8:15%	1:10%	3:8%	47	6,7	2,0	N			509	●●	304	●●●●	
HELIOS Krankenhaus Leisnig Leisnig	Leisnig	<200	p	2767	<10000	0,858	5	21	5:18%	6:16%	4:13%	25	0,1	0,0					77	●		
DRK Krankenhaus Lichtenstein GmbH Lichtenstein	Lichtenstein	<200	ö	2885	<10000	0,827	7	24	6:19%	8:15%	5:12%	29	0,4	0,0				34	●●	131	●●●●	
Elblandklinikum Meißen Meißen	Meißen	<500	ö	2792	<20000	0,911	7	26	6:18%	8:16%	5:14%	28	0,9	0,1	N			448	●●●●	218	●●	
Landkreis Mittelsachsen Krankenhaus GmbH Mittweida	Mittweida	<500	ö	2855	<20000	0,922	7	24	5:17%	6:15%	8:12%	27	0,4	0,1				276	●●●●	203	●●	
Klinik am Tharandter Wald Niederschöna, OT Herzdorf	Niederschöna, OT Herzdorf	<50	p												B							
Krankenhaus der Diakonissenanstalt "Emmaus" Niesky Niesky	Niesky	<200	fg	3145	<5000	0,836	6	21	5:19%	6:18%	8:16%	27	0,9	0,2					99	●		
Klinikum Mittleres Erzgebirge GmbH Haus Obernhau Obernhau	Obernhau	<50	ö	3217	<5000	0,781	6	18	6:25%	5:20%	8:13%	19	0,3	0,0					80	●●●●		
Collim Klinik Oschatz GmbH Oschatz	Oschatz	<500	ö	2844	<10000	1,069	6	20	8:26%	5:16%	6:14%	40	0,4	0,0	N			732	●●●●	114	●●●●	
Klinikum Pima GmbH Pima	Pima	<500	p	2806	<20000	0,989	10	36	8:14%	5:12%	6:11%	42	1,2	0,1	N			175	●●●●	237	●●	
HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen GmbH Plauen	Plauen	<1000	p	2753	<50000	1,072	10	41	8:14%	5:14%	6:9%	36	2,0	0,2	N			307	●●	279	●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP		
Krankenhaus Bethanien Plauen	Plauen	<50	fg	2895	<5000	0,649	3	8	3:53%	8:18%	6:9%	78	0,0	0,0									
HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz	Pulsnitz	<50	p										0,0	100,0	B	P							
Asklepios-ASB Klinik Radeberg	Radeberg	<200	p	2756	<10000	1,031	8	22	5:24%	8:20%	6:18%	30	0,8	0,0			115	●●●	201	●	118	●●	
Kleinwachau Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg gGmbH	Radeberg, OT Liegau-Augustusbad	<50	fg										0,0	100,0	B								
Elblandklinikum Radebeul	Radebeul	<500	ö	2766	<20000	0,917	9	28	8:19%	6:13%	5:12%	42	1,4	0,1			163	●	173	●●	266	●	
Paracelus-Klinik Reichenbach	Reichenbach	<200	p	2843	<10000	0,939	10	28	8:16%	6:14%	5:11%	43	0,0	0,0			255	●●●●	156	●	282	●●●●	
Elblandklinik Riesa-Großenhain gGmbH	Riesa	<1000	ö	2867	<50000	0,958	13	42	5:14%	6:13%	8:11%	37	1,9	1,0			47	●	273	●●	109	●	
Klinikum Oberglitzsch Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	2787	<20000	0,961	7	24	6:19%	8:16%	5:12%	38	1,9	0,0			252	●●●	190	●	336	●●	
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Rodewisch	<500	ö	2952	<1000	0,834	3	5	1:70%	8:15%	19:7%		1,9	11,0		P							
Orthopädisches Zentrum Martin-Ubrich-Haus Rothenburg gGmbH	Rothenburg	<50	fg	2880	<5000	1,616	2	3	8:98%	1:2%	18:0%	81	0,2	0,0			753	●●●●			860	●●●●	
HELIOS Klinik Schleuditz	Schleuditz	<200	p	2660	<10000	0,973	4	17	6:17%	5:14%	14:11%	43	0,2	0,0			43	●	81	●●			
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz	Schleuditz	<500	ö	2758	<5000	0,939	2	5	1:72%	8:9%	19:5%	0	1,3	8,8									
Paracelus-Klinik Adorf/Schöneck	Schöneck	<500	p	2946	<10000	0,945	8	24	8:30%	5:17%	6:14%	36	0,7	0,0			396	●●●●	170	●●●●	399	●●	
Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift Schwarzenberg	Schwarzenberg	<200	p	4461	<1000	0,597	1	4	6:32%	8:19%	4:12%	0	13,5	7,8							137	●●	
Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Sebnitz	<200	p	2837	<10000	0,985	10	33	6:16%	5:15%	8:12%	35	0,8	0,4									
Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH	Stollberg	<500	ö	2842	<10000	0,882	9	27	5:16%	3:16%	6:14%	36	0,4	0,3			137	●●	156	●●	231	●●●●	
Kreiskrankenhaus Torgau "Johann Kenmann" gGmbH	Torgau	<500	ö	2861	<10000	0,773	8	24	5:17%	6:17%	8:10%	32	0,5	0,0							123	●●	
Kreiskrankenhaus Weißwasser gGmbH	Weißwasser	<200	ö	2868	<10000	0,830	5	22	5:19%	6:15%	8:10%	23	0,9	0,1			41	●●●	104	●●	63	●●	
Pleißental-Klinik GmbH	Werdau	<500	ö	2846	<10000	0,874	7	27	6:17%	8:13%	5:12%	29	0,3	0,0			91	●●	153	●●●●	134	●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse						
							25%	50%	1: 54%	6: 11%	4: 9%		O	ZE	SE		B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH	Wernsdorf	<500	ö	2733	<5000	1,106	3	7	1: 54%	6: 11%	4: 9%	2	2,4	6,8									
Muldenklinik GmbH – Gemeinnützige Gesellschaft	Wurzen	<500	ö	2789	<20000	0,817	8	28	6: 17%	5: 15%	8: 12%	29	0,2	0,0		43	●	242	●	109	●●		
Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH	Zittau	<1000	ö	2952	<20000	0,835	8	27	5: 17%	6: 16%	8: 11%	26	2,1	0,3	N	39	●	415	●				
Diakoniewerk Zschadraß gGmbH	Zschadraß	<200	fg	3101	<1000	0,983	1	4	1: 85%	8: 9%	18: 3%		0,0	0,6									
Klinikum Miltzeres Erzgebirge gGmbH Haus Zschopau	Zschopau	<500	ö	2703	<10000	0,929	8	27	8: 19%	6: 16%	5: 14%	33	0,4	0,0	P	277	●●●	166	●●	344	●●		
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH	Zwickau	<1000	ö	2845	<50000	1,069	11	42	5: 13%	8: 13%	6: 10%	40	4,0	0,5	N	458	●●●	141	●●	454	●●●		
Paracelsus-Klinik Zwickau	Zwickau	<500	p	2877	<10000	1,170	6	18	1: 24%	8: 21%	4: 15%	29	2,4	0,2	N			88	●●				
Sachsen-Anhalt		366		2812		1,059	13	46	5: 16%	8: 13%	6: 13%	34	2,53	2,27	0	12	0	14					
Klinikum Aschersleben-Staßfurt GmbH	Aschersleben	<1000	ö	3009	<20000	0,843	9	27	6: 16%	5: 15%	8: 10%	27	1,4	0,4	P	92	●	221	●	118	●●		
Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH	Ballenstedt	<200	fg	2934	<5000	0,817	1	3	4: 83%	23: 5%	5: 5%	8	6,6	4,0									
Klinikum Bemburg gGmbH	Bemburg	<500	ö	2928	<10000	0,958	8	25	5: 19%	6: 17%	1: 16%	23	1,4	0,1		45	●●	182	●●				
Waldklinik Bemburg GmbH	Bemburg	<50	p	2801	<1000	1,218	1	1	1: 100%				0,0	35,1									
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH	Bitterfeld	<500	ö	2883	<20000	0,917	9	28	5: 21%	6: 13%	8: 11%	26	1,4	0,7	N	77	●	223	●	91	●●		
Medigreif Kreiskrankenhaus Burg GmbH	Burg	<500	p	2915	<10000	0,872	7	27	6: 19%	8: 14%	5: 12%	27	0,2	0,0		68	●	157	●●				
Stadtkrankenhaus Calbe	Calbe	<200	ö	2716	<5000	1,121	3	7	5: 32%	1: 16%	8: 12%	0	0,0	0,0									
MediClin Herzzentrum Coswig	Coswig	<200	p	3089	<20000	2,439	3	7	5: 95%	-1: 3%	1: 1%	62	2,2	0,0	N								
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH	Dessau	<200	fg	2882	<10000	0,998	5	15	11: 29%	6: 22%	12: 14%	48	1,1	0,8	N								
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<1000	ö	2874	<50000	1,070	14	40	5: 14%	8: 12%	6: 9%	37	2,5	0,3		278	●●	275	●	238	●●		
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Elbingerode	Elbingerode	<50	fg	2898	<5000	0,810	1	1	20: 68%	5: 11%	6: 4%	0	0,0	0,0									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP
							25%	50%	8-97%	1-2%	9-0%		O	ZE		SE	Hüft-EP	
Medigreif Verwaltungs- und Betriebsgesellschaft Fachkhh. Vogelsang-Gommern mbH	Gommern	<200	p	2767	<5000	1,052	2	5	8-97%	1-2%	9-0%	48	0,7	0,0		188	252	●●
Ameos Klinikum St. Salvator Halberstadt GmbH	Halberstadt	<500	p	2868	<50000	0,904	9	30	3-17%	5-13%	8-12%	36	0,9	0,2		337	172	●●
Sana Ohre-Klinikum GmbH	Haldensleben	<500	p	3184														
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost	Halle	<500	fg	2819	<20000	1,701	8	26	8-33%	1-18%	6-12%	46	1,4	16,0		237	193	●●
Krankenhaus des Evangelischen Diakoniewerk Halle	Halle	<500	fg	2948	<10000	1,194	3	12	4-26%	6-16%	5-16%	32	0,8	0,5	P	54	347	●●
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau gGmbH	Halle	<1000	fg	2778	<50000	1,155	9	30	8-16%	1-13%	4-13%	39	1,6	0,1	N	402	155	●●●
Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara	Halle	<1000	fg	2802	<20000	0,924	5	22	5-20%	6-17%	14-11%	27	4,1	0,8	N			
Universitätsklinikum Halle (Saale)	Halle	>1000	ö	2993	>50000	1,543	19	56	5-13%	8-12%	11-8%	48	6,2	2,2	N	401	164	●
KMG Klinikum Havelberg GmbH	Havelberg	<50	p	3036	<5000	0,827	6	22	8-20%	5-20%	6-17%	30	0,2	0,0		38	34	●●
AWO Fachkrankenhaus Jerichow	Jerichow	<200	fg	2908	<1000	0,879	2	4	1-88%	8-6%	5-2%		0,0	7,1	P			
Krankenhaus Köthen GmbH	Köthen	<500	p	2836	<10000	0,951	9	27	5-18%	8-18%	6-16%	39	3,5	0,0		206	134	●●
Lungenklinik Lössau	Lössau	<200	fg	2952	<5000	1,054	1	3	4-84%	23-9%	5-2%	22	7,0	4,6				
Helios Klinikum Mansfelder Land und Pflege gGmbH	Lutherstadt Eisleben	<1000	p	2906	<20000	0,989	10	29	8-19%	5-18%	3-11%	34	1,0	0,8	N	222	148	●●●
Klinik Bosse Wittenberg	Lutherstadt Wittenberg	<200	fg	2768	<5000	0,719	2	4	1-71%	8-15%	19-4%		0,0	23,9	P			
Paul Gerhardt Diakonie Krankenhaus und Pflege GmbH	Lutherstadt Wittenberg	<500	fg	2942	<20000	0,981	9	32	6-17%	5-14%	8-12%	28	1,6	0,0		95	221	●●
Klinik St. Marienstift Magdeburg	Magdeburg	<200	fg	2776	<10000	0,791	3	12	8-18%	6-15%	13-15%	60	1,7	0,8		268	269	●●●
Klinik in den Pfeifersche Stiftungen GmbH	Magdeburg	<500	fg	3005	<20000	1,175	5	19	8-34%	5-21%	6-14%	37	0,9	1,3		392	93	●●●
Klinikum Magdeburg GmbH	Magdeburg	<1000	ö	2849	<50000	1,034	11	37	5-15%	6-15%	8-9%	34	4,0	3,3	N	295	●●●	
Median Klinik Neurologisches Rehabilitationszentrum	Magdeburg	<50	p	2616	<5000	15,913	1	3	1-55%	-1-44%	21-1%	44	0,0	46,5				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP Ergebnisse					
							25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE	B	N	H		P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Fälle	Ergebnis
							Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle		Ergebnis	Fälle	Ergebnis	Fälle	Ergebnis
Otto-von-Guericke Universität	Magdeburg	>1000	ö	2914	>50000	1,375	8:15%	5:12%	3:9%	51	5,1	2,7	N	P	387	197	462	●						
Carl-von-Neuberg-Klinikum Saalekreis GmbH	Merseburg	<1000	ö	2883	<20000	0,968	5:20%	6:17%	8:12%	27	1,8	0,9	N	P	60	214	139	●●●						
Klinikum Burgenlandkreis gGmbH	Naumburg	<500	fg	2893	<20000	0,883	5:18%	8:14%	6:14%	29	0,7	0,3	P		337	297	500	●●						
Mediגרef Bördekrankenhaus gGmbH	Oscherleben	<500	p	2919	<10000	0,949	5:17%	6:17%	8:10%	26	0,2	0,0			118	139	165	●●●						
Klinikum Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg GmbH	Quedlinburg	<500	ö	2926	<20000	0,982	5:23%	8:15%	6:14%	36	0,5	0,4	N	P	231	188	235	●●						
Altmark-Klinikum gGmbH	Salzwedel	<500	ö	2954	<20000	0,775	6:16%	5:14%	8:12%	23	0,8	0,3	N		217	236	241	●●						
Helios Klinik Sangerhausen	Sangerhausen	<500	p	2909	<20000	0,825	6:14%	5:13%	8:9%	30	1,3	0,7			74	117	99	●						
Klinikum Schönebeck gGmbH	Schönebeck	<500	ö	2897	<20000	0,801	6:17%	5:15%	1:10%	26	2,2	2,3			62	237	129	●●						
Diakoniekrankenhaus Seehausen gGmbH	Seehausen	<200	fg		<5000	0,766	5:17%	6:17%	8:15%	29	0,1	0,3			50	75	61	●						
Johanniter KH Genthin-Stendal gGmbH	Stendal	<1000	fg	2873											370	277	323	●●●						
SALUS gGmbH Fachklinikum Uchtspringe	Uchtspringe	<500	p	2864	<5000	0,709	1:56%	8:16%	4:14%	0	3,3	2,7		P										
Asklepios Kliniken Weißenfels-Hohenmörsen GmbH	Weißenfels	<500	p	2837											111	172	111	●●●						
Harzklinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH	Wernigerode	<1000	ö	2930	<20000	0,937	5:18%	6:15%	1:12%	26	0,7	2,6	N	P	91	215	111	●●						
Mediגרef Krankenhaus Anhalt-Zerbst gGmbH	Zerbst	<500	p	2939	<10000	0,852	8:25%	5:15%	6:15%	29	0,1	0,0			171	132	284	●●						
Schleswig-Holstein		281		2777		1,085	5:17%	8:13%	6:12%	36	2,9	2,56	4	11	0	3								
Klinik Ahrensburg Betreiber GmbH & Co. KG	Ahrensburg	<50	p	2707	<1000	0,605	8:47%	1:18%	9:10%	34	0,5	0,0												
Klinikum Bad Bramstedt GmbH	Bad Bramstedt	<500	fg	2738	<10000	1,518	8:92%	1:2%	4:1%	38	4,1	0,0	N		467	378	378	●						
August-Bier-Klinik Krankenhaus für Neuro-	Bad Malente	<50	fg	2688	<1000	1,363	1:85%	8:5%	19:3%		0,5	56,0												
Asklepios Klinik Bad Oldesloe	Bad Oldesloe	<200	p	2928	<10000	0,978	5:18%	6:14%	8:13%	29	0,7	0,2			52	117	50	●●						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP		
							25%	50%	8-48%	11-15%	12-9%		O	ZE		SE	Hüft-EP		Oberschenkel-fraktur	Fälle
Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau	Bad Schwartau	<50	p	2871	<5000	0,800	3	11	8-48%	11-15%	12-9%	80	2,2	0,0		137	●●●●	131	●●●●	
Segeberger Kliniken GmbH	Bad Segeberg	<500	p	2691	<50000	1,208	6	22	5-44%	6-9%	8-8%	38	5,3	5,4	N	152	●	120	●●	
Krankenhaus Borstel	Borstel	<50	fg	2782	<5000	0,973	1	3	4-83%	23-3%	5-3%	11	1,8	1,8						
Ostseeklinik Damp GmbH	Damp	<500	p	2883	<20000	0,857	7	29	5-18%	6-13%	14-9%	29	1,3	3,3	N	1125	●●●●	178	●●●●	
Sana Kliniken Ostholstein GmbH Klinik Eutin	Eutin	<500	p	3317	<5000	1,698	1	2	8-37%	5-26%	4-10%	1	0,0	23,4	B					
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Eutin	<50	fg	2706	<5000	1,698	1	2	5-20%	8-17%	1-11%	37	1,9	0,5	N	202	●●●●	275	●●●●	
Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg	Flensburg	<1000	fg	2869	<50000	1,038	9	29												
Katharinen Hospiz am Park	Flensburg	<50	fg		<20000	1,171	5	16	6-29%	4-20%	3-11%	36	1,2	3,5	N					
St.-Franziskus-Hospital	Flensburg	<500	fg	2942	<20000	1,171	5	16												
Helios Klinik Geesthacht	Geesthacht	<50	p		<10000	0,785	7	25	5-16%	6-14%	8-12%	28	0,3	0,2						
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht/Lauenburg	Geesthacht	<500	fg	2959	<10000	0,785	7	25	4-92%	-1-2%	5-1%	14	3,6	2,3				97	●●	
Krankenhaus Großhansdorf	Großhansdorf	<200	fg	2759	<10000	1,182	1	2												
Parkklinik Mammagen	Großhansdorf	<50	p	2896	<50000	1,036	10	34	5-17%	8-15%	6-13%	31	1,4	2,5	N	145	●●●●	203	●●●●	
WestküstenKlinik Heide	Heide	<1000	ö	2882	<50000	1,036	10	34	1-68%	8-22%	3-4%		0,7	0,8						
Ameos Krankenhausgesellschaft Holstein mbH	Heiligenhafen	<500	p	3051	<1000	0,745	2	3	5-24%	6-14%	8-13%	35	1,2	1,0		38	●	232	●	
Klinikum Nordfriesland GmbH	Husum	<500	ö	2862	<20000	0,909	10	33	8-84%	6-7%	9-5%	95	0,0	0,0					87	●●
KfW Krankenhausbetriebs-gesellschaft mbH & Co. KG	Husum	<50	p	2892	<1000	0,687	2	4	5-15%	6-15%	8-10%	30	0,8	6,2		165	●●●●	209	●●●●	
Zweckverb. Krankenhaus Itzehoe	Itzehoe	<1000	ö	2890	<50000	0,999	8	34	8-16%	6-16%	9-14%	35	4,1	0,0		40	●	125	●●●●	
Paracetus-Klinik Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen	Kaltenkirchen	<500	p	3025	<10000	0,791	5	22	3-99%	9-1%	21-0%	98	0,0	0,0						
Klinik Flechsig – Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten GmbH	Kiel	<50	p	2902	<1000	0,433	1	2												
Lubinus-Klinik	Kiel	<200	p	2941	<1000	0,433	1	2								620	●●●●	150	●●●●	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen	QSR-Behandlungsergebnisse		Knie-TEP Ergebnisse			
							25%	50%													
							O	ZE	SE	B	N		H	P		Fälle	Ergebnis		Fälle	Ergebnis	Fälle
Ostseeklinik Kiel GmbH	Kiel	<50	p	2913																	
Park-Klinik GmbH	Kiel	<50	p	2854	<5000	0,556	2	6	6:33%	13:21%	9:16%	84	2,3	0,0							
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Kiel	<50	fg	2900	<5000	0,835	3	8	8:72%	6:15%	11:3%	94	0,0	0,0							
Städtisches Krankenhaus	Kiel	<1000	ö		<50000	0,964	6	25	5:15%	6:15%	14:9%	18	6,3	1,5							
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel	Kiel	>1000	ö	2783	>50000	1,492	20	65	5:15%	1:10%	3:10%	49	6,2	1,1							
DRK Therapiezentrum Maril GmbH	Lübeck	<200	p	2637	<5000	1,784	1	2	8:41%	1:19%	5:17%	0	0,0	8,8							
Marien-Krankenhaus Lübeck	Lübeck	<50	fg	2964	<5000	0,471	2	6	14:21%	15:19%	3:16%	63	0,1	0,0							
Sana Kliniken Lübeck GmbH	Lübeck	<500	p		<20000	1,089	8	27	5:26%	6:17%	8:12%	29	2,3	3,7							
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck	Lübeck	>1000	ö	2806	>50000	1,326	17	56	5:15%	1:9%	6:9%	43	5,2	3,7							
FEK-Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH	Neumünster	<1000	ö	2840	<50000	1,159	10	36	5:17%	6:14%	8:11%	34	1,3	1,8							
Klinik Klosterstr. GbR Dr. Rüdell/R. Gotburg	Neumünster	<50	p	2910	<1000	0,647	2	5	13:70%	9:12%	14:8%	87	0,0	0,0							
Amos Krankenhausgesellschaft Holstein mbH	Neustadt	<500	p	2925	<1000	0,854	2	5	1:82%	8:11%	5:2%		0,0	7,7							
Klinikum Neustadt	Neustadt	<500	p	2806	<20000	1,399	6	22	8:37%	6:14%	5:11%	46	0,4	0,0							
Regio.Kliniken gGmbH	Pinneberg	<1000	ö	2815																	
Klinik Preetz Krankenhaus des Kreises Plön	Preetz	<200	ö	2824	<10000	0,893	8	27	6:17%	5:17%	8:10%	30	0,1	0,0							
DRK Krankenhaus Möllm/Ratzeburg	Ratzeburg	<200	fg	2885	<10000	0,954	9	29	5:21%	6:15%	8:14%	30	0,6	0,1							
DRK Ropersberg Klinik, Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH	Ratzeburg	<50	p	2576	<5000	1,951	1	2	8:41%	5:22%	1:19%	0	0,0	6,9							
Krankenhaus Reinbek St.-Adolf-Stift	Reinbek	<500	fg	2930	<20000	0,976	7	26	5:21%	6:19%	8:10%	31	1,0	0,0							
Kreiskrankenhäuser und Kreisnierenklinik Rendsburg-Eckemförde gGmbH	Rendsburg	<1000	ö	2903	<50000	0,945	10	32	5:15%	6:15%	8:10%	35	0,9	3,1							
Schlei-Klinikum Schleswig MLK GmbH	Schleswig	<500	p	2945	<20000	0,939	10	31	5:20%	6:15%	1:11%	31	2,3	0,3							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen			QSR-Behandlungsergebnisse		
							25%	50%	1:27%	8:36%	1:27%		8:36%	1:27%	8:36%	O	ZE	SE	B	N
Krankenhaus Middelburg	Süsel	<50	fg	2744	<5000	2,382	1	2	8:36%	5:13%	3	0,0	27,2							
Curschmann-Klinik	Timendorfer Strand	<50	p	2738	<1000	0,622	2	5	5:55%	4:7%	1	0,0	0,0							
Nordseeklinik Westerland	Westerland	<200	p	4242	<5000	0,850	5	19	5:17%	8:14%	19	0,3	0,0							
Klinikum Nordfriesland gGmbH, Klinik Föhr-Altmrum	Wyk	<50	ö	4428	<1000	0,603	7	20	5:22%	6:14%	14	0,1	0,0							
Thüringen		368		2831		1,09	14	47	5:16%	8:13%	36	2,47	2,1	6	18	0	8			
Kreis Krankenhaus Altenburg gGmbH	Altenburg	<500	ö	2866	<20000	0,982	8	26	5:19%	6:15%	23	1,7	0,1	N				97	229	113
Kreis Krankenhaus Apolda	Apolda	<500	ö	2915	<10000	0,871	7	24	8:17%	4:14%	30	0,4	0,6					147	105	238
Ilm-Kreis-Kliniken Amstadt-Ilmenau gGmbH	Amstadt	<500	ö	2977	<20000	0,840	9	26	5:15%	6:14%	29	0,5	0,0						277	75
Mariensstift Amstadt, Orthopädische Klinik	Amstadt	<50	fg	2754	<5000	1,554	2	6	8:97%	1:2%	84	0,0	2,1					373		470
Zentrallinik Bad Berka GmbH	Bad Berka	<1000	p	2870	<50000	1,907	6	21	5:35%	4:19%	49	5,7	6,5	N				268		187
DRK – Mannische Krankenhaus	Bad Frankenhausen	<1000	fg	2896	<50000	0,940	9	30	6:21%	5:20%	30	0,7	0,0	N				238	349	294
Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	<50	p									0,0	100,0	B						
Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	<50	p											B						
m & i Fachklinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	<50	p									0,0	100,0	B						
Klinikum Bad Salzungen	Bad Salzungen	<500	ö	2870	<20000	0,824	7	25	5:16%	8:14%	30	1,0	0,0	B				105	153	106
MEDIAN-Klinik Bad Tennstedt	Bad Tennstedt	<500	p	2845	<10000	1,184	7	28	8:28%	6:14%	52	0,7	0,4					250	63	366
HELIOS Klinik Blankenhain	Blankenhain	<200	p	3725	<5000	1,308	1	3	8:91%	1:8%	52	1,3	1,1					470		539
Helios Klinik Bleicherode	Bleicherode	<50	fg	2798	<20000	0,945	9	31	5:18%	6:16%	30	2,9	0,0	N				92	221	221
St.-Georg Klinikum gGmbH	Eisenach	<1000	fg	2920	<20000	1,259	4	16	8:59%	6:12%	52	1,1	0,0	N				1067	122	890
Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ gGmbH	Eisenberg	<500	ö											N						
HELIOS Klinikum Erfurt	Erfurt	>1000	p	2865	>50000	1,111	15	51	5:12%	8:11%	42	1,9	0,5	N				433	308	371

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							Leistungs-dichte Basis-DRG	25%	50%		O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP
Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk	Erfurt	<500	fg	2792	<20000	0,954	8	28	8:9%	35	1,8	0,0	N	P	112	230	114			
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH	Friedrichroda	<500	p	2854	<10000	0,853	9	26	8:13%	31	1,4	0,1	N			121				
SRH Waldklinikum Gera	Gera	>1000	p	2891	<50000	1,137	12	42	6:11%	40	2,6	0,9	N	P	252	367	350			
Gotha/Ohndorf	Gotha	<500	p	2800	<20000	0,863	8	31	8:17%	32	1,1	0,1	N		290	189	313			
Kaiserkrankenhaus Greiz	Greiz	<500	ö	2851	<20000	0,962	11	34	8:12%	30	2,6	0,0			82	168	99			
Fachkrankenhaus f. Psychiatrie und Neurologie	Hildburghausen	<500	p	2759	<5000	0,869	2	4	8:17%		2,1	0,4								
Henneberg-Kliniken gGmbH	Hildburghausen	<500	ö	2921	<10000	0,865	8	28	6:18%	33	0,2	0,0			58	152	116			
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	Jena	>1000	ö	2793	>50000	1,520	18	59	8:9%	43	5,9	2,5	N		210	366	36			
St.-Elisabeth-Krankenhaus Fachkrankenhaus für Geriatrie	Lengsfeld u. Stein	<50	fg	2803	<5000	1,960	1	1	5:15%	0	0,0	1,3								
Fachkrankenhaus für Dermatologie Schloß Friedensburg GmbH	Leutenberg	<50	ö							0,0	100,0	B	P							
Geriatrische Fachklinik Georgenhaus Meiningen	Meiningen	<50	fg	2751	<5000	1,805	1	1	8:68%		0,0	6,0								
Klinikum Meiningen GmbH	Meiningen	<1000	p	2849	<50000	1,248	11	37	5:16%	40	2,7	0,5	N		616	190	552			
Hufeland-Klinikum GmbH Bad Langensalza	Mühlhausen	<500	ö	2821	<50000	0,977	9	29	6:18%	34	1,4	0,0	N		415	353	613			
Ökumenisches Hainichklinikum gGmbH	Mühlhausen	<500	fg	2753	<5000	0,942	2	5	19:8%		0,0	0,5								
Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegs-erkrankungen	Neustadt	<50	fg	2842	<5000	0,796	1	2	5:6%	2	0,4	5,2								
Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH	Northausen	<1000	ö	2871	<50000	1,051	11	41	6:13%	37	2,2	0,2			35	193	47			
Thüringen-Klinik Pößneck GmbH	Pößneck	<200	ö	3044												121				
Eichsfeldklinikum gGmbH	Reifenstein	<500	fg	2952	<20000	0,898	8	25	8:9%	31	0,7	0,3	N		171	213	299			
Kreiskrankenhaus Ronneburg	Ronneburg	<50	ö	2832	<5000	1,957	1	1	1:22%		0,0	1,4								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Casemix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Besondere Leistungen		QSR-Behandlungsergebnisse					
							25%	50%	6:18%	5:17%	8:16%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Hüft-EP	Oberschenkel-fraktur	Knie-TEP	Fälle	Ergebnis
Thüringen Kliniken „Georgius Agricola“ GmbH	Saaelfeld	<1000	ö	2845	<50000	1,027	9	33	6:18%	5:17%	8:16%	33	0,9	0,3	N	P	474	●	275	●●	459	●	
Kreiskrankenhaus Schleiz	Schleiz	<200	ö	2941	<5000	0,795	6	20	5:18%	6:16%	8:10%	22	0,0	0,0					120	●●			
Kreiskrankenhaus Schmalkalden gGmbH	Schmalkalden	<500	ö	2866	<10000	0,853	9	28	6:20%	8:13%	5:12%	30	2,3	0,0					138	●●	41	●●	
Kreiskrankenhaus Sonneberg und Neuhaus gGmbH	Sonneberg	<500	ö	2846	<20000	0,952	9	26	5:21%	8:16%	6:14%	34	0,4	4,0			363	●●●	208	●	518	●●●	
Asklepios Fachklinik Stadtroda	Stadtroda	<500	p	2846	<5000	0,909	1	2	1:87%	8:4%	19:3%		1,2	16,3									
SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH	Suhl	<1000	p	2889	<50000	1,014	13	44	5:14%	6:11%	4:10%	39	3,3	0,1	N		232	●●	185	●●●	223	●●●	
KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH	Sülzhayn	<50	p												B								
Rheumaklinik Weißenburg	Uhlstädt-Kirchhasel	<50	p	2912	<5000	1,016	1	2	8:96%	1:4%			5,6	0,0	N								
Sophien- und Hufeland Klinikum gGmbH	Weimar	<500	fg	2822	<20000	0,914	7	26	8:15%	1:13%	6:13%	30	2,5	0,8	N		233	●●	194	●	285	●●	

Der Krankenhaus-Report 2011 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2011 stehen im Krankenhaus-Report-Internetportal unter der Adresse <http://www.krankenhaus-report-online.de> zur Verfügung und können unter Berücksichtigung des Copyrights heruntergeladen und in eigene Arbeiten übernommen werden. Mit den Daten können eigene Berechnungen durchgeführt werden.

Geben Sie die vorn in der Innenseite des Buchumschlags eingedruckte Codenummer ein. Es öffnet sich unter dem Punkt „Krankenhaus-Report“ ein Formular zur Registrierung. Wenn Sie das Formular an den Schattauer-Verlag schicken, erhalten Sie per E-Mail die Zugangsberechtigung zum Internetportal.

Im Internetportal zum Krankenhaus-Report 2011 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im eps- und pdf-Format
- alle Tabellen im xls- und pdf-Format
- Krankenhaus-Directory 2009 mit erweiterten Informationen im pdf-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2000 bis 7/2010

Zusätzlich zum Buch finden Sie im Internetportal:

- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2010
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2010
- Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 18 (4 Tabellen), 19 (zwei Tabellen) und 20 (zwölf Tabellen)
 - Tabelle 18–a: Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser für 1998–2008
 - Tabelle 18–b: Bettendichte im Ländervergleich 1998–2008
 - Tabelle 18–c: Personal nach Trägerschaft 2008
 - Tabelle 18–d: Krankenhäuser nach Trägerschaft 1991 bis 2008
 - Tabelle 19–a: Hauptdiagnosen nach Diagnosekapiteln 1996–2008
 - Tabelle 19–b: Patienten nach Krankheitsklasse und Wohnort je 100 000 Einwohner 2008 – rohe Rate –
 - Tabelle 20–a: Ausgewählte Hauptdiagnosen und ihre zehn häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2008
 - Tabelle 20–b: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2008 – insgesamt –
 - Tabelle 20–c: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2008 – männlich –
 - Tabelle 20–d: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2008 – weiblich –
 - Tabelle 20–e: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – insgesamt –
 - Tabelle 20–f: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – männlich –

- Tabelle 20–g: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – weiblich –
- Tabelle 20–h: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – insgesamt –
- Tabelle 20–i: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – männlich –
- Tabelle 20–j: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – weiblich –
- Tabelle 20–k: Die Operationen mit den größten Veränderungen (Viersteller)
- Tabelle 20–l: Die Operationen mit den größten Veränderungen (Dreisteller)

Die Internetversion des Directories (Kapitel 21) enthält folgende zusätzliche Spalten:

N	Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
Abw. CMI Land	Vergleich zwischen individuellem CMI mit dem entsprechenden Landeswert
Leistungsdichte Basis-DRG 75 %	Leistungsdichte Basis-DRG zu 75% aller Leistungen
Part in % a und m	Andere und medizinische Partition in %

Sollten Sie schon im Internetportal des Krankenhaus-Reports registriert sein, so müssen Sie nach dem Einloggen nur den Code für den Krankenhaus-Report 2011 zusätzlich eingeben. Sie erhalten dann Zugang zu den Daten für 2007, 2008/2009, 2010 und 2011.

Informationen zum Krankenhaus-Report sind auch hier zu finden: <http://www.wido.de/khreport.html>.

Autorenverzeichnis



Dr. Boris Augurzky
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
e.V. (RWI), Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen

Dr. Boris Augurzky studierte Volkswirtschaftslehre und Mathematik an der Universität Heidelberg. 2001 bis 2003 war er als Berater bei The Boston Consulting Group tätig. Seit 2003 ist er Leiter des Bereichs Gesundheit am RWI. Seine Forschungsinteressen gelten angewandten ökonometrischen Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsökonomie. Ein Fokus seiner Arbeit liegt auf dem stationären Gesundheitssektor, u. a. ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.



Dr. Andreas Beivers
Hochschule Fresenius München und Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), Nixenweg 2b, 81739 München

Geboren 1979. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 2004–2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Bereichsleiter stationäre Versorgung am Institut für Gesundheitsökonomik (Prof. G. Neubauer). Seit 2010 Leiter des Bachelor-Studiengangs Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München.



Ute Bölt
Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn,
Gruppe VIII A Gesundheit, Graurheindorfer Straße 198,
53117 Bonn

Geboren 1959. Diplom-Verwaltungswirtin (FH). Seit 1978 Beamtin des Landschaftsverbandes Rheinland. 1992 Wechsel in das Bundesministerium des Innern, Abteilung Öffentlicher Dienst. Federführende Erstellung des Ersten Versorgungsberichts der Bundesregierung zur Prognose der künftigen Entwicklung der Versorgungskosten. Seit 1999 Mitarbeiterin des Statistischen Bundesamtes in der Gruppe Gesundheit. Schwerpunkt: Methodische Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik.



Simone Burmann
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Examinierte Gesundheits- und Krankenschwester und Co-Abteilungsleiterin Pflege in der Züricher Höhenklinik Davos. Studium der Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen (BIG) in Osnabrück mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Krankenhausfinanzierung/-controlling und Personalmanagement. Seit 2006 Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband für den Bereich Krankenhauspolitik und -vergütung.



Guido Büscher
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln,
Gleueler Straße 176–178, 50935 Köln

Geboren 1980. Studium der Statistik mit Schwerpunkt Biometrie in Dortmund. Seit 2006 im Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln. Teilnahme am Traineeship Programm des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm von 2008 bis 2009.



Dr. Werner de Cruppé
Institut für Gesundheitssystemforschung,
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Studium der Medizin in Bonn und Heidelberg mit anschließender internistisch-hausärztlicher und psychosomatischer Facharztausbildung. Studium der Gesundheitswissenschaften und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Public Health der Universität Düsseldorf. Seit 2008 Mitarbeiter am Institut für Gesundheitssystemforschung mit Arbeitsschwerpunkten im Bereich Qualitätsforschung und patientenorientierter Informationsbedarf.



Claus Fahlenbrach
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

1983 bis 1989 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Marburg und Göttingen, klinisch tätig in Krankenhäusern in Bremen, Neuss und Potsdam, Facharzt für Innere Medizin, 1997 bis 2003 leitender Notarzt der Landeshauptstadt Potsdam, 2000 bis 2002 Studium Public Health an der Technischen Universität Berlin, Magister Public Health, 2003 bis 2009 Deutsche Krankenhausgesellschaft, seit September 2009 AOK-Bundesverband, Referent Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation.



Jörg Friedrich
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Sozialwissenschaften in Hannover. 1996 bis 1999 Stabsstelle der Pflegedienstleitung des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzen. 1999 bis 2002 Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation des AOK-Bundesverbandes. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). Seit 2006 Leiter des Forschungsbereichs Krankenhaus.



Prof. Dr. Max Geraedts
Institut für Gesundheitssystemforschung,
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Geboren 1962. Studium der Medizin in Marburg und der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin in Düsseldorf. Ärztliche Tätigkeit am Universitätsklinikum Marburg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen. DFG-Forschungsstipendium und Postdoctoral Fellowship „Health Services Research“ am Institute for Health Policy Studies der University of California, San Francisco. Habilitation für das Fach Gesundheitssystemforschung an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 2000 bis 2008 Professur für Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit 2009 Lehrstuhlinhaber für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke.



Dr. Nejla Gültekin
Kantonsspital St. Gallen, Abteilung Qualitätsmanagement,
Risk Management, Rorschacher Strasse 95,
CH-9007 St. Gallen

Geboren 1963. 1984 bis 1991 Studium der Humanmedizin in Gießen. 1993 Promotion an der Universität Köln. 1996 Zusatzbezeichnung Sportmedizin. 2001 Fachärztin für Anästhesie. 1992 bis 2001 Assistenzärztin an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin der Universität Köln und im Kantonsspital St. Gallen. 2001 bis 2003 Postgraduieretenstudium Public Health an der Universität Düsseldorf. 2004 bis 2005 Tätigkeit als Fachärztin in Bad Nauheim und an der Universitätsklinik Perth, Australien. 2006 bis 2010 Wissenschaftliche Referentin und stellv. Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn. Seit 9/2010 Risk Manager im Kantonsspital St. Gallen, Schweiz.



Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser,
Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Seit 2008 Ärztliche Referentin des GKV-Spitzenverbandes in der Abteilung Krankenhäuser und seit 2009 Referatsleiterin. U. a. für die Arbeitsgebiete medizinische Aspekte des G-DRG-Systems, Qualitätstransparenz, ambulante Tätigkeit von Krankenhäusern innerhalb § 116 b SGB V und die Entwicklung des neuen pauschalierten Psychiatrie-Entgeltsystems zuständig. Nach dem Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité tätig und anschließend bis 2008 leitende Oberärztin der Abteilung Hämatologie/Onkologie in einem 1000-Betten-Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Fachärztin für Innere Medizin mit Teilgebietsanerkennung für Hämatologie und Onkologie und Zusatzbezeichnung Hämostaseologie. Postgraduales Studium Health Care Management mit dem Abschluss Master of Business Administration. Seit 2007 EFQM-Assessorin.



Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Sana Kliniken AG, Oskar-Messter-Straße 24,
85737 Ismaning

Seit 2001 als Ärztin die Bereichsleiterin Sana Qualitätsmedizin der Sana Kliniken AG München. Zuvor jeweils mehrere Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. Düsseldorf und Abteilungsleiterin der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Als Gründungsmitglied der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. mehrere Jahre Geschäftsführerin dieser wissenschaftlichen Gesellschaft.



PD Dr. Günther Heller
**AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen**

Geboren 1962. Studium der Medizin und Soziologie in Mannheim, Berlin, Frankfurt und Heidelberg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent am Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin der Universität Marburg. Seit 2002 im Wissenschaftlichen Institut der AOK tätig. 2006 Habilitation am Fachbereich Humanmedizin der Universität Marburg. Seit August 2010 Mitarbeiter des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsforschung im Gesundheitswesen.



Kerstin Heyde
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Geboren 1981. Diplom-Sozialwirtin. Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen. 2003–2007 studentische und wissenschaftliche Hilfskraft in der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen im Forschungsprojekt MedViP (Medizinische Versorgung in der Praxis). Seit April 2008 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Zunächst Mitarbeit im Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung. Seit Ende 2008 im Forschungsbereich Integrierte Analysen, derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR).



Jürgen Klauber
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Geboren 1961. Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). 1992 bis 1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WIdO, 1997 bis 1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband, ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WIdO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.



Volker Koch
AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstraße 61,
40213 Düsseldorf

Geboren 1949. Studium der Wirtschaftswissenschaften in Münster und Wuppertal. Erste berufliche Tätigkeiten in Unternehmen der privaten Versicherungswirtschaft. Seit 1987 in Fach- und Führungspositionen des Vertragswesens im AOK-System tätig. Ab 2003 Referent für landesweite Verhandlungen im Geschäftsbereich Krankenhäuser der AOK Rheinland/Hamburg.



Helena Kramer
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1982. Studium der Betriebswirtschaftslehre an der FH Gießen-Friedberg. 2005 bis 2010 Mitarbeiterin der AOK Hessen in der Abteilung Planen und Steuern/Grundsatzfragen für die Bereiche Krankenhaus, Rehabilitation und Fahrkosten. Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Krankenhaus des WiDO.



Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser,
Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Geboren 1957. Studium der Physik und Volkswirtschaft in Aachen und Kiel. 1986 bis 1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie Promotion über Risikostrukturausgleich. Seit 1990 Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependence des AOK-BV) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). Projektleiter des AOK-Hausarztmodells und 1998 bis 2004 Leiter der Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband. Seit 2005 leitet er dort den Geschäftsbereich Gesundheit. Seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



Dr. Gregor Leclerque
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Volkswirtschaftslehre. 1997 bis 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Verteilungs- und Sozialpolitik, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Promotion zum Thema „Arbeitnehmervertretungen in Japan“. 2003 bis 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt am Main. Seit Jahresbeginn 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Krankenhaus des WiDo.



PD Markus Lungen
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln,
Gleueler Straße 176–178, 50935 Köln

Studium der Volkswirtschaft und Soziologie an der Universität zu Köln. Anschließend Referent für Krankenhausorganisation bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Seit 1999 im Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln. Habilitation im Fach Gesundheitsökonomie an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät. Seit 2005 kommissarischer Leiter des IGKE und Vertreter der Professur Gesundheitsökonomie. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Finanzierungs- und Verteilungsfragen des Gesundheitswesens sowie Kosten-Nutzen Analysen.



Dr. Jürgen Malzahn
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Humanmedizin in Berlin und Frankfurt am Main. Seit 1997 im AOK-Bundesverband tätig, dort bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement beschäftigt, dann Wechsel in das Referat Krankenhäuser und spätere Übernahme der Referatsleitung. Seit Januar 2007 Abteilungsleiter Stationäre Einrichtungen/Rehabilitation.



Prof. Dr. Thomas Mansky
TU Berlin, Fachgebiet Strukturentwicklung und
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,
Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Geboren 1953. Studium der Medizin in Göttingen. Forschungstätigkeit am Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie in Göttingen. Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin und Habilitation in der Medizinischen Informatik an der Universität zu Lübeck. Hauptabteilungsleiter für den Bereich medizinische Leistungsplanung bei Ev. Krankenhäuser im Siegerland gGmbH. Durchführung der ersten kompletten DRG-Analysen in Deutschland als Berater der Fa. 3M Medica. Leiter des Bereichs Medizinische Entwicklung der HELIOS Kliniken. Seit 2010 Leiter des Fachgebiets Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.



Dr. Sören Mattke
RAND Corporation, 20 Park Plaza, #720, Boston MA 02116

Senior Scientist bei RAND und Managing Director von RAND Health Advisory, der Beratungsabteilung von RAND Health. Experte in der Evaluation von neuen Technologien und Produkten im Gesundheitssektor sowie von innovativen Ansätzen zur Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten. Berater einer Vielzahl führender Unternehmen der Arzneimittel- und Medizintechnologiebranchen in den Bereichen Strategieberatung, Produktzulassung, Kostenerstattung, Produktentwicklung und Unternehmenskommunikation. Promotion in Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und in Gesundheitspolitik an der Harvard University. Master of Public Health der Harvard University.



Dr. Ateev Mehrotra
RAND Health, 4570 Fifth Ave, Ste 600, Pittsburgh,
PA 152132665

Policy Analyst bei RAND und Assistant Professor an der University of Pittsburgh School of Medicine. Forschungsschwerpunkte sind Indikatoren für Qualität und Kosten im Gesundheitswesen, neue Finanzierungsmodelle und die Rolle von Patienten. Facharzt für Innere Medizin und Kinderheilkunde. Studium der Medizin an der University of California, San Francisco und Facharztausbildung am Massachusetts General Hospital und am Children's Hospital in Boston. Allgemeinmediziner in eigener Praxis sowie Arzt für Innere Medizin und Kinderheilkunde an einer Klinik. Ausbildung in Versorgungsforschung an der University of California, Berkeley (Master of Public Health) und an der Harvard School of Public Health (Master of Science in Epidemiology).



Ulla Mielke
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1965. Ausbildung zur Apothekenhelferin. Anschließend zwei Jahre als Apothekenhelferin tätig. Ausbildung zur Bürokauffrau im AOK-Bundesverband. Ab 1987 Mitarbeiterin im damaligen Selbstverwaltungsbüro des AOK-Bundesverbandes. Seit 1991 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) im Bereich Mediengestaltung. Verantwortlich für die graphische Gestaltung des Krankenhaus-Reports und für die Aufbereitung der Daten für das Internet.



Matthias Mohrmann

**AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
Geschäftsbereich Krankenhäuser, Kasernenstraße 61,
40213 Düsseldorf**

Geboren 1964. Ausbildung bei der AOK Hamburg. Berufsbegleitendes Studium der Wirtschaftswissenschaften mit Abschluss als Diplom-Kaufmann. Seit 1994 im Vertragsbereich Krankenhäuser der AOK Hamburg, 1998 Referatsleiter Krankenhäuser, 2001 Stellvertretender Leiter des Vertragsbereichs. 2005 Wechsel zur AOK Rheinland als Geschäftsbereichsleiter Krankenhäuser mit den Bereichen Verhandlungsmanagement, Krankenhausplanung und Rehabilitation. 2006 zusätzlich Übernahme des Bereichs Fallmanagement. Seit der Fusion Mitte 2006 in entsprechender Funktion bei der AOK Rheinland/Hamburg tätig.



Prof. Dr. Günter Neubauer

**Universität der Bundeswehr, Institut für Volkswirtschaftslehre,
Werner-Heisenberg-Weg 39, 85577 Neubiberg**

Seit 1976 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München. Mitglied verschiedener Schiedsämter in Bayern. Seit 1997 externes Mitglied des Verwaltungsrates des Klinikums Magdeburg. 1991 bis 1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.



Annabelle Neudam

**4QD – Qualitätskliniken.de GmbH/Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V., Friedrichstraße 60,
10117 Berlin**

Annabelle Neudam ist seit 2009 Referentin des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. in Berlin und betreut dort vorrangig den Bereich Qualitätsmanagement. Sie ist Gesundheitsökonomin und arbeitete zuvor als examinierte Kranken- und Gesundheitspflegerin an der Universitätsklinik in Düsseldorf. Entlang ihrer Ausbildung erwarb sie auch im Ausland Berufserfahrung. Neben einer Tätigkeit in der Unternehmensentwicklung am Universitätsspital Basel war sie am Centre for Health and Policy Studies der University of Calgary, Kanada, beschäftigt.



Dr. Dieter Paffrath
AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse,
Edisonstraße 70, 24145 Kiel

Geboren 1949. Nach dem Studium der Volkswirtschaft und der Sozialwissenschaften Assistent an der Ruhruniversität Bochum. Dort erste Forschungsprojekte über Krankenhäuser. 1980 im WIdO Aufbau des GKV-Arzneimittelindex (Arzneiverordnungs-Report), später auch Leiter des WIdO. Ab 1994 Strategieprojekte für den AOK-Bundesverband. Seit 1998 Leiter des Geschäftsbereichs Krankenhausmanagement der AOK Westfalen-Lippe. Seit 2002 Mitglied des Vorstandes der AOK Westfalen-Lippe. Von Februar 2004 bis Januar 2006 Mitglied des Vorstand der AOK Schleswig-Holstein, ab Februar 2006 Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein. Seit 1. Oktober 2010 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST.



Torsten Schelhase
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit,
Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198,
53117 Bonn

Geboren 1970. Studium der Geographie mit Schwerpunkten Wirtschafts- und Sozialgeographie in Bayreuth und Bonn. 2002 bis 2003 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bereich Bedarfsplanung. Seit 2003 Mitarbeiter im Statistischen Bundesamt, seit 2005 Leiter des Referats Gesundheitsstatistiken.



Karl-Heinz Schönbach
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Diplom Volkswirt. Geb. 1954 in Wuppertal. Seit 2008 Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband. Herausgeber der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik. Vor Tätigkeiten in der Krankenversicherung Leiter der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn. Veröffentlichungsschwerpunkte: Versorgungssysteme und Wettbewerb im Gesundheitswesen.



Prof. Dr. Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn,
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn

Geb. 1955. Internist. Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn. Bis 2009 Generalbevollmächtigter Aufsichtsrat der Universitätsklinik Frankfurt am Main. 2006 Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke. Zuvor Dekan der Medizinischen Fakultät und 2002 bis 2005 Ärztlicher Direktor der Uniklinik Marburg. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit. Vorsitz des Wiss. HTA-Berats des DIMDI. Mitglied des Vorstands des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung.



Susanne Sollmann
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986 bis 1988 wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Redaktion und Koordination des Krankenhaus-Reports.



Jutta Spindler
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A, Zweigstelle Bonn,
Graurheindorfer Straße 198, 53117 Bonn

Jahrgang 1965. Studium der Sozialwissenschaften mit den Schwerpunkten Empirische Sozialforschung und Sozialstrukturanalyse in Duisburg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin u. a. an den Universitäten Köln und Duisburg in berufs- und medizinsoziologischen Forschungsprojekten und Leitung der Geschäftsstelle eines Modellprojekts zur Verbesserung regionaler Ausbildungschancen von Jugendlichen. Seit 2002 im Statistischen Bundesamt zunächst in der Gruppe Mikrozensus, seit 2006 in der Gruppe Gesundheit zuständig für die Organisation und Koordination im Bereich der Gesundheitsstatistiken, insbesondere für den Aufbau und die Weiterentwicklung der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.



Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen

Univ.-Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Volkswirt. Seit 2003 Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Vorherige Stationen: 1999 bis 2003 Universität Greifswald, 1997 bis 1999 Universität München, 1989 bis 1991 und 1994 bis 1997 Fachhochschule Köln, 1991 bis 1994 Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, 1985 bis 1989 Referententätigkeit im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Disease Management und Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie des Geschäftsführenden Vorstands der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt.



Christian Wehner
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1980. Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth, Massey University (Palmerston North, Neuseeland) und Stellenbosch University (Stellenbosch, Südafrika). 2005 Projektmitarbeiter für Krankenhaus-Prozessoptimierung bei Siemens Medical Solutions USA, Inc. (Malvern, PA, USA). 2007 bis 2010 Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband für den Bereich Krankenhauspolitik, Krankenhausvergütung und -finanzierung sowie Verhandlungsmanagement. Seit Mitte 2010 Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband für den Bereich Vergütung.

Index

A

Abrechnungsdaten 21, 27, 40, 50, 67, 136f, 213, 351
Ambulante Operationen 310f
AQUA-Institut 31, 40, 46, 49
Arzneimittel 74, 82, 122, 181, 243, 245ff, 255, 318
Ärztemangel 173f, 178, 194f, 245
Ausbildungsfonds 286, 314, 318
Ausgleiche 265f, 279

B

BÄK 175f, 178, 187, 189, 194f, 242, 248
Basisfallwert 6, 34, 74, 141, 150, 153–156, 158f, 237, 264, 266, 272ff, 276, 279, 282, 382
Basisfallwertkorridor 154, 156
Bedarfsplanung 173–195, 242
Behandlungsmarkt 3, 6ff, 11
Behandlungsqualität 14, 39, 69, 119, 135, 137, 151, 153, 256, 385
Besondere Einrichtungen 382, 385
Bettenauslastung 182ff, 256, 294, 312
Bettendichte 184, 290, 299, 304
Bettenzahl 5, 124, 176, 184, 290, 308, 311f, 381
BMG 180, 194, 223f, 236, 242, 244ff, 249f, 253
BQS 30, 33, 36, 40, 50, 69, 83, 138, 146, 170, 256f
Brustzentren 10, 72, 84, 206
Budgetverhandlungen 6, 72f, 82, 264f, 281
Bundesbasisfallwert 155, 255
Bundesministerium für Gesundheit 180, 194, 223, 256
Bundespfllegesatzverordnung 221f, 247, 309f

C

Casemix 141, 215, 266f, 271, 279, 382f
Casemix-Index 267
Centers for Medicare und Medicaid Services 117
Chronic Care 113
CMI 165, 207, 266–271, 382, 383
CMS 34f, 108, 112, 115, 117ff, 123, 126, 130

D

Diagnosen 27, 32, 82, 95, 104, 109, 119, 123f, 128, 137f, 192, 217, 222, 230ff, 234, 236, 242, 285, 319–348, 349–375, 383
DIMDI 209ff, 223, 356, 360
Disease Management 6
DKG 163, 172, 175, 182, 185, 188–194, 220, 223, 229, 243f, 248, 250, 252f, 255
DRGs 21f, 36, 46, 83, 91, 104, 133, 135, 149–161, 192, 198, 200f, 209–225, 234–237, 252–256, 261–269, 276–286, 319, 348ff, 375, 368, 375, 377, 381ff
DRG-System 135, 149, 154, 156ff, 160, 186, 266, 277

E

EBITDA-Marge 165
Effizienz 4, 61f, 64, 68, 72, 74f, 78, 106, 159, 173, 194, 199, 206, 211, 321
Effizienzverbesserung 72f
EFQM 85
Einheitspreissystem 5

Einsparpotenziale 249, 321
 Entgeltssystem 5f, 82, 166, 210, 215,
 220–224, 229, 233, 244, 247, 252,
 255f, 262, 266, 283, 350, 375
 Erfassungsaufwand 19, 24, 27, 31, 35
 Ergebnismessung 20, 22f
 Ergebnisqualität 24, 31ff, 36, 39f, 46,
 72, 74, 77f, 98, 111, 123, 131ff,
 136f, 146, 151, 182

F

Fallpauschalierung 22, 226
 Fehlversorgung 62, 149, 155f, 160
 Follow-up 49ff, 54, 57, 60, 70, 138
 Fördermittel 150, 162–165, 169ff, 182
 Frühgeborene 39

G

G-BA 43, 47, 132, 136, 146, 177, 181f,
 188f, 192, 219, 234, 236, 246, 255ff
 G-DRG-Katalog 267, 277
 Gesundheitsausgaben 62f, 244, 252
 Gesundheitsmonitorbefragung 100f
 Gesundheitsversorgung 5, 7, 14f, 17,
 78, 93, 103, 106f, 115, 128, 150,
 159, 174, 186, 194ff, 243, 247, 286,
 311
 G-IQI 27, 33, 36
 GKV 8f, 40, 60, 73, 100f, 161f, 168f,
 171, 173, 180, 182, 190f, 193, 195,
 211, 213, 220, 223ff, 229, 241–257,
 263, 273f, 283

H

Hauptdiagnose 40, 213, 226, 231f,
 235, 319, 330, 335, 338, 342, 349f,
 356ff, 368
 Hill-Burton-Formel 197
 Hüft(gelenks)endoprothese 30f,
 49–60, 131, 134–138, 143, 224,
 375, 381, 387

Hüftgelenksimplantate 49–60
 Hüft-EP 131, 135, 139, 143

I

ICD 26, 67, 138, 213, 222f, 230, 234,
 326, 330ff, 335, 339, 356
 Indikatoren 19, 25–35, 83, 89, 106–
 113, 119, 124–128, 136–141, 207,
 256, 289, 319, 388
 InEK 76, 166, 171, 209ff, 220f, 223,
 234, 238, 252, 262, 266, 274, 277,
 283, 350, 356, 375
 Informationsasymmetrie 3, 10, 12,
 14
 Innovationen 4, 76, 121, 188f
 Investitionen 5, 75, 82, 110, 117, 128,
 133, 162–166, 169f, 182
 Investitionsfinanzierung 162ff, 169,
 172, 182, 185, 194f, 197, 250, 254,
 256
 Investitionsfördermittel 162, 169
 Investitionspauschale 161, 165–171,
 250
 Investitionsquote 163, 183
 Investitionsstau 161, 163, 171

K

Katalogeffekt 267
 KBV 175, 178, 181, 187ff, 194f, 229,
 248, 252f
 KHEntgG 34, 211, 262ff, 274, 276,
 278, 310, 348–351, 381
 KHG 162, 166f, 182, 210, 220ff, 225,
 250, 252, 283, 286, 294, 351
 KHRG 62, 67, 149ff, 154, 156, 159,
 186, 210, 241, 250, 256, 261f, 264,
 272, 274, 276–281, 350
 Kinder- und Jugendpsychiatrie 210,
 212, 215, 235, 299
 Klinikmanagement 26, 34
 Komplikationen 22, 27f, 30, 69f, 74,
 77, 82f, 107, 128, 134, 136, 138ff,
 336, 357, 388f

Konvergenzphase 154, 159, 168f, 247, 261–265, 276
 Kosteneinsparungen 13, 128
 Krankenhausbetten 82, 152, 176, 184, 252, 290, 294, 299, 311
 Krankenhausdichte 76, 165, 290
 Krankenhauseinweisung 7, 10, 181
 Krankenhausfälle 26, 28, 32, 95, 213, 289, 292, 309, 318, 320, 328f, 382
 Krankenhausfinanzierungsgesetz 5, 72, 162, 182, 209f, 244, 286, 294
 Krankenhauspatienten 11, 82, 95, 118f, 124, 137, 285, 319f, 324, 326, 330, 349
 Krankenhausplanung 6, 10, 16, 72, 170, 173–195, 197–208, 294
 Krankenhausportale 88–91
 Krankenhausstandort 165, 200, 202f
 Krankenhaussterblichkeit 28, 30
 Krankenhausversorgung 3–16, 62, 68, 71ff, 98, 128, 152, 154, 156, 159f, 181, 192, 195, 252, 254
 Krankenhausverweildauer 217
 Krankenhauswahl 10f, 33, 69, 87, 91, 93–103, 158
 Krankenkassen 3, 6–10, 13f, 19, 21, 31f, 34f, 40, 50, 61f, 65, 69, 72, 74–78, 82, 94, 99, 102, 132ff, 145, 151–159, 166, 177f, 182, 184, 188–195, 205f, 220, 234, 242–254, 265f, 281, 283, 310, 356

L

Landesbasisfallwert 65, 154, 156f, 242, 255, 263, 273, 276f, 279f, 283
 LBFW 242, 262ff, 276–281
 Leistungserbringer 7ff, 11f, 14, 21, 28, 76, 87, 99, 106, 113, 133ff, 151, 155, 164, 173, 190
 Leistungsmarkt 3, 7f, 11, 14, 156
 Leistungstransparenz 149, 153
 Leistungsverträge 9
 Lowess-Regression 43

M

Manipulationsresistenz 19, 27, 31, 35
 MDC 203f, 269ff, 282, 349f, 375, 383ff
 MDK 46, 227
 Medicare 35, 107, 114f, 117f, 124, 128ff, 145
 Mehrerlösausgleiche 277
 Mehrleistungen 9, 65, 241, 243, 263, 272, 279ff, 382
 Mehrleistungsabschlag 263–266, 274, 276f, 281
 Mindestauslastung 184
 Monistik 161–171
 Monopol 19, 35, 206
 Mortalität 40f, 44, 83, 119, 124, 127f, 138

N

Neugeborene 39–47, 252, 320, 356, 375
 Normauslastung 184f

O

OPS 27, 51, 55, 59, 209, 211, 217, 219, 221, 223ff, 229, 235, 244, 252, 348, 360ff, 370
 OPS-Katalog 219, 223f, 226

P

P4P 22, 30, 105–115, 117–129, 131–145
 P4P-Programme 106, 109, 117f, 126, 128
 Partitionen 267, 375, 384f
 Patient 7ff, 15, 24, 69, 72, 81–91, 93–103, 110, 113ff, 158, 167, 208, 217, 310, 357, 360, 377
 Patient-Centered Medical Home 113

Patientenberichte 12
 Pay for Performance 22, 82, 105ff,
 113–117, 129, 131, 133
 Personalkosten 234, 312, 318
 Pflegesätze 72, 209, 212–216, 309, 351
 Pflegesonderprogramm 242, 263, 272,
 274, 281, 283
 Pflegeversicherung 144f, 254f
 PIA 210f, 227ff, 231, 237
 PKV 161, 168f, 171, 182, 220, 223,
 250, 252, 255
 Plankrankenhäuser 158, 167, 182
 Psych-Entgelte 197, 209–236
 Psychiatrie 210f, 212, 215ff, 220,
 222f, 226f, 229, 233, 234ff, 243ff,
 247, 250, 252, 351
 Psychiatrie-Entgeltsystem 209–236
 Psychiatrische Institutsambulanzen
 209, 227, 229
 Psychosomatik 210, 215, 218, 220,
 222, 235, 351
 Psych-PV 210, 215–218, 221f, 224

Q

QOF 108f, 111
 QSR 23, 25f, 30–35, 69f, 74, 76, 131,
 134–138, 141, 144ff, 381, 385ff
 Qualitätsanforderungen 77, 188, 191f
 Qualitätsberichte 6, 11, 15, 69, 83f,
 88f, 93f, 103f, 106, 201
 Qualitätsindikatoren 19, 23, 26f, 31,
 33–36, 46, 69f, 83, 85, 88f, 105f,
 119, 132, 135, 189, 256, 385, 388
 Qualitätsinformationen 3, 10ff, 14f,
 21, 72, 91, 93–103, 118f
 Qualitätskliniken 87–91
 Qualitätsmanagement 85ff
 Qualitätsmängel 64, 70, 77, 388
 Qualitätsmessung 19, 21, 23ff, 31,
 34ff, 45, 69, 83, 199
 Qualitätsparameter 7, 10, 71, 89, 134
 Qualitätssicherung 19, 21, 23f, 28,
 35f, 39f, 46f, 61, 69, 78, 81, 83, 85,
 91, 118, 134, 136, 138, 145f, 189f,
 219, 234, 236, 246, 256f, 381, 385

Qualitätswettbewerb 10, 14, 149–153
 Quality and Outcomes Framework
 105, 108, 111

R

Rechtsform 297f
 Reporting Bias 46
 Risikoadjustierung 28, 45, 111, 133,
 135, 137, 145
 Risikopatienten 33
 Risikostrukturausgleich 14f, 17, 222
 Routinedaten 21, 24f, 33f, 39–47, 60f,
 69, 78, 83, 89, 108, 136, 145f, 381,
 385
 RWI 65, 78, 166, 172, 194

S

Sachverständigenrat 106f, 115, 132,
 146, 155, 160, 186, 196
 Schonbeträge 276
 Schonbetragsvolumen 276
 Selektivverträge 9f, 61, 73–79, 113,
 191f, 245
 Sicherstellungsauftrag 74, 170, 177,
 182, 193
 Sicherstellungsplanung 177
 SMR 41–46, 138, 388
 Sterblichkeit 23f, 26, 28, 30f, 33, 40f,
 44ff, 138
 Survival Analysis 50

T

Tagespauschalen 209–212, 219, 226,
 266
 Todesursachenstatistik 328
 Träger 187, 201, 285, 294, 297f, 306,
 381
 Trägerschaft 126, 165, 199, 294, 318,
 381f
 Transparenz 77, 91, 104, 169, 209,
 211, 218f, 228, 242, 255

U

- Überkapazitäten 6, 64, 67, 72, 169, 184f
- Überlebenswahrscheinlichkeit 40
- Überlebenszeitanalyse 50
- Übersversorgung 22, 174, 177, 180, 190, 199
- Unterversorgung 107, 173f, 177, 179–183, 185, 190, 194

V

- Vergütungssystem 19, 21f, 30–35, 64, 82, 106f, 112, 119, 128, 133, 145, 173, 176, 190, 192f, 215, 221, 228f, 235ff, 247, 351, 368, 375
- Versicherte 6, 8f, 13f, 32, 73, 76, 78, 94, 96, 99f, 112, 139, 149, 151, 158, 180, 188, 194, 205, 207, 213, 241, 243, 245
- Versorgungsqualität 20f, 24f, 44, 63f, 68, 118, 134, 154, 247, 257
- Versorgungsvertrag 6
- Vertragscontrolling 32

Vertragswettbewerb 3, 8f, 14

Verweildauer 82f, 119, 121f, 218, 227, 256, 289, 294, 299, 309f, 312, 319, 321, 326, 328f, 339, 342, 351, 362, 368ff, 382

W

- Wartezeiten 64, 155
- Wettbewerb 3–17, 78, 82, 84, 91, 149–153, 156, 160, 167, 190f, 194, 206, 242, 244, 253
- Wettbewerbsparameter 6, 9, 11, 81, 86
- Wirtschaftlichkeit 7, 9, 47, 62, 64, 74f, 86, 96, 122, 153, 160, 165, 170, 245, 297

Z

- Zahlbasisfallwert 279, 382
- Z-Bax 279, 281, 382
- Zentrenbildung 198f, 208
- Zertifikate 84, 88, 91
- Zertifizierungsprogramme 25

This page intentionally left blank

Im Gesundheitswesen zielt der Wettbewerb nicht nur darauf, Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen, sondern er dient auch der Sicherung und Verbesserung der Qualität. Die Einführung der G-DRGs hat die Transparenz im stationären Bereich stark erhöht und damit neue Möglichkeiten im klinikinternen Qualitätsmanagement und in der externen Qualitätssicherung eröffnet. Perspektivisch ist auch eine wachsende Berücksichtigung von Qualitätsparametern in Versorgungsverträgen und bei der Krankenhausplanung zu erwarten.

Im Rahmen des Schwerpunktthemas »**Qualität durch Wettbewerb**« analysiert der Krankenhaus-Report 2011 insbesondere:

- Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland
- die Nutzung von Routinedaten in der Qualitätssicherung
- die Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten
- Qualität als Wettbewerbsparameter der Krankenhäuser
- Selektivverträge als Instrument zur Qualitätsverbesserung
- Erfahrungen mit und Anwendbarkeit von Pay-for-Performance

Folgende interessante Themen werden **zur Diskussion** gestellt:

- die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen
- Investitionspauschalen als Weg in die Monistik
- die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung
- das Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen

Der Datenteil umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes für Krankenhäuser. Ergänzt werden diese Daten durch das **Krankenhaus-Directory** und die **Krankenhauspolitische Chronik**.

Das **Internetportal** zum Krankenhaus-Report enthält alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000. Den Zugang zum Internetportal ermöglicht der im Buchumschlag eingedruckte Code.

ISBN 978-3-7945-2802-8

