

Klauber
Robra
Schellschmidt

2008/2009

Krankenhaus-Report

Schwerpunkt:
Versorgungszentren

mit Online-Zugang

Städtischer
Verlag

Zugang zum Internetportal des »**Krankenhaus-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 435)

... 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: **KHR0809-6500-12XxX8**

Jürgen Klauber
Bernt-Peter Robra
Henner Schellschmidt

Krankenhaus- Report 2008/2009

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2008/2009

Schwerpunkt: Versorgungszentren

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

Editorial Board

Gerhard Brenner

Saskia Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn

Rolf Hoberg

Hans-Helmut König

Karl Lauterbach

Michael Monka

Günter Neubauer

Dieter Paffrath

Barbara Schmidt-Rettig

Rüdiger Strehl

Axel Wiest

Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Andreas Beivers

Ute Bölt

Reinhard Busse

Uwe Deh

Ralf Dralle

Christian Ernst

Nicole Ernstmann

Jörg Friedrich

Bettina Gerste

Thomas Graf

Leonhard Hansen

Günther Heller

Markus Herrmann

Christina Hochhuth

Andreas Klement

Ludwig Kuntz

Gregor Leclerque

Andreas Lehr

Thomas Lichte

Markus Lungen

Christof Minartz

Günter Neubauer

Oliver Ommen

Holger Pfaff

Wolfgang Pföhler

Bernt-Peter Robra

Matthias Schäg

Torsten Schelhase

Jutta Spindler

Petra Steffen

Jutta Visarius

Arndt Winterer

Michael Wittland

Markus Wörz

Mit 87 Abbildungen und 75 Tabellen

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:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen. Wegen der großen Datenfülle sind Unstimmigkeiten nicht ganz auszuschließen.

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.

© 2009 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, D-70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Druckerei Himmer AG, Steinerne Furt 95, 86167 Augsburg

Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

ISBN 978-3-7945-2646-8

Vorwort

In den vergangenen Jahren haben sich die rechtlichen und faktischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser gewandelt. Die Einführung der G-DRGs mit den hieraus resultierenden Anpassungen sind an erster Stelle zu nennen. Zahlreiche Kliniken haben die Entwicklung genutzt, eigene unternehmerische Konzepte umzusetzen.

Eine Möglichkeit zur Stärkung der wettbewerblichen Position bei gleichzeitiger Wahrung oder Verbesserung der medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ist die Bildung von Zentren. Generell kann hierunter eine Konzentration auf die eigenen Stärken verstanden werden. Dabei muss allerdings die regionale Versorgung sichergestellt bleiben.

In Gebieten, in denen wegen der demographischen Entwicklung und einer unvollständigen Nachbesetzung der Hausarztpraxen die herkömmliche medizinische Versorgung über niedergelassene Ärzte nicht mehr problemlos aufrechterhalten werden kann, erwachsen den Krankenhäusern neue Betätigungsfelder und Geschäftsmodelle.

Der diesjährige Krankenhaus-Report widmet sich in seinem Schwerpunkt der Bildung von Versorgungszentren durch Krankenhäuser. Die Betrachtung konzentriert sich auf solche Zentrenbildungen, die mit einer fach- und/oder sektorenübergreifenden Neuordnung des Versorgungsgeschehens einhergehen. Von Interesse sind die mit der Zentrenbildung einhergehenden Veränderungen der medizinischen Abläufe sowie die resultierenden organisatorischen Herausforderungen.

Für die Krankenhäuser selbst stellen diese Veränderungen gleichermaßen eine Herausforderung wie eine Chance dar. Der Krankenhaus-Report 2008/2009 trägt diesem dichotomen Charakter Rechnung, indem sowohl die gewandelten gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden als auch die aktive Rolle, welche die Krankenhäuser selbst in diesem veränderten Rahmen zu spielen begonnen haben.

Über die Schwerpunktbeiträge hinaus präsentiert der Krankenhaus-Report weitere Beiträge zu aktuellen Themen. Angesprochen werden hierbei beispielsweise neue Ansätze bei der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, die Auswirkungen von Mindestmengenregelungen oder die Frage, ob Krankenhauspatienten gegebenenfalls bereit sind, zugunsten einer besseren Behandlungsqualität weitere Wege in Kauf zu nehmen. Gerade in Zeiten der G-DRGs kommt überdies der wirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern eine stärkere Rolle zu. Auch dieses Thema findet seinen Niederschlag in einem Beitrag in dieser Rubrik.

Wie in jedem Jahr ergänzen umfangreiche Darstellungen und Analysen statistischer Daten den Report. Vordringlich sind hier die Beiträge des Statistischen Bundesamtes zu nennen, die für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken Struktur-, Diagnose- und Kostendaten präsentieren. Wie bereits im vergangenen Jahr werden Abrechnungsdiagnosen auf der Grundlage von § 21 Krankenhausentgeltgesetz vorgestellt. Die Kontinuität der Darstellung erlaubt es, die Entwicklungen im Zeitverlauf zu betrachten. Ein weiterer Beitrag nimmt die Budgetentwicklung im Zuge des Konvergenzprozesses der G-DRG-Einführung in den Blick.

Auch diesmal gilt unser Dank allen Mitgliedern des Editorial Boards, deren kompetente und engagierte Unterstützung den Krankenhaus-Report in der vorliegenden Form erst möglich gemacht hat. Gedankt sei dem Schattauer-Verlag für seine professionelle verlegerische Betreuung der Veröffentlichung. Über das gemeinsame Internetportal, das im vergangenen Jahr erstmals die zuvor verwendete CD ersetzt hat, können Materialien und Analysen zu den im Report behandelten Themen abgerufen werden, die – im Gegensatz zur CD – periodisch aktualisiert werden können. Die krankenhaupolitische Chronik, die in erprobter Manier alle wichtigen, die Gesundheitswirtschaft betreffenden politischen Entwicklungen des vergangenen Jahres nachzeichnet, liegt über das Portal auch für die vorangegangenen Jahre seit 2000 vor.

Für das Jahr 2007 präsentiert das Krankenhaus-Directory auf der Basis von mehr als 1.600 Krankenhäusern zentrale Kennziffern und gibt damit Aufschluss über strukturelle Charakteristika und wirtschaftliche Entwicklung der verzeichneten Häuser.

Wichtig für das Zustandekommen des Krankenhaus-Reports war wie immer die engagierte Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Susanne Sollmann und Gregor Leclerque haben den Report kompetent redaktionell betreut. Kerstin Heyde und Katrin Macco haben die redaktionelle Arbeit tatkräftig unterstützt. Ulla Mielke hat mit großem Geschick die zahlreichen Grafiken für die Buchpublikation und für den Internetauftritt erstellt. Jörg Friedrich zeichnet für das Krankenhaus-Directory verantwortlich. Ihnen allen gilt unser herzlicher Dank.

Berlin und Magdeburg, im November 2008

Jürgen Klauber
Bernt-Peter Robra
Henner Schellschmidt

Inhalt

Teil I	Schwerpunktthema: Versorgungszentren	
1	Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen	3
	Günter Neubauer und Christof Minartz	
1.1	Problemstellung	3
1.2	Theoretische Erklärungsansätze	4
1.2.1	Economies of Scale	4
1.2.2	Spezialisierung und Qualität	6
1.2.3	Reduktion der Transaktionskosten	7
1.3	Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung	9
1.3.1	Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen	9
1.3.2	Zentrumsbildung in einem Betrieb	10
1.3.3	Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe	11
1.3.4	(Sektorübergreifende) Versorgungszentrierung in einer Region	12
1.4	Weiterentwicklung	13
1.5	Europäische Perspektive	14
1.6	Literatur	14
2	Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte	17
	Bettina Gerste	
2.1	Hintergrund und Ziel	17
2.2	Qualitätsberichte als Datengrundlage	18
2.3	Empirische Analyse der Zentrenbildung	20
2.4	Fazit	32
2.5	Literatur	33
3	Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus	35
	Leonhard Hansen	
3.1	Einleitung	35
3.2	Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2008	36
3.2.1	Anzahl und Rechtsform	36
3.2.2	In MVZ tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen	38
3.2.3	Räumliche Verbreitung der MVZ	41
3.3	Medizinische Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung	42
3.3.1	Anzahl und Rechtsform	42
3.3.2	In MVZ mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen	43

3.3.3	Räumliche Verbreitung der MVZ mit Krankenhausbeteiligung	43
3.4	Fazit	46
3.5	Literatur	47
4	Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus	49
	Reinhard Busse und Markus Wörz	
4.1	Einleitung	49
4.2	Typen von Gesundheitssystemen	50
4.3	Ambulantes Operieren im internationalen Vergleich	52
4.4	Gegebenheiten und Entwicklungstrends in ausgewählten Ländern	55
4.4.1	Österreich	55
4.4.2	England	56
4.5	Schlussfolgerungen für Deutschland	58
4.6	Literatur	58
5	Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch	61
	Uwe Deh und Ralf Dralle	
5.1	Überblick	62
5.2	Medizinisch-inhaltliches vs. vergütungsrechtlich-allokatives Primat – Das Henne-Ei-Problem der Zentrenbildung	65
5.3	Medizinisch-inhaltliche Zentrenbildung – versorgungspolitischer Aspekt	67
5.4	Vergütungsrechtliche Zentrenbildung – ökonomischer Aspekt	70
5.5	Der versorgungspolitische Aspekt als inhaltliche Füllung für die leere Hülle des Vergütungstatbestandes – ein Ausweg für die Zentrumsbildung.	72
5.6	Fazit	72
5.7	Literatur	73
6	Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung	75
	Matthias Schäg, Markus Herrmann, Andreas Klement, Thomas Lichte und Bernt-Peter Robra	
6.1	Einführung	76
6.2	Regionale Versorgungszentren in Regionen mit drohender Unterversorgung	78
6.3	Personalentwicklung durch ein regionales MVZ.	81
6.4	Mobile medizinische Teams.	82
6.5	Möglichkeiten für die Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinika	83
6.6	Ausblick	85
6.7	Literatur	86

7	Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln	87
	Ludwig Kuntz und Michael Wittland	
7.1	Einleitung	87
7.2	Das Zentrum als Organisationsform der Wahl	88
7.2.1	Zentrenstrukturen an Universitätskliniken und Krankenhäusern.	90
7.2.2	Potenziale der Zentrenbildung	91
7.3	Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln	93
7.3.1	Ziele	93
7.3.2	Erfahrungen	94
7.4	Diskussion	96
7.5	Fazit	99
7.6	Literatur	99
8	Psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren	101
	Petra Steffen, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Holger Pfaff	
8.1	Einleitung	101
8.2	Methode	105
8.2.1	Stichprobe	105
8.2.2	Messinstrument	105
8.2.3	Analysen	106
8.3	Ergebnisse	107
8.4	Diskussion	109
8.5	Implikationen und weiterer Forschungsbedarf	111
8.6	Literatur	113
9	Die Bildung von Versorgungszentren und Leistungsnetzen im Praxistest am Beispiel der Rhön-Klinikum AG	115
	Wolfgang Pföhler	
9.1	Der Ansatz der Rhön-Klinikum AG als privatem Gesundheitsdienstleister	115
9.2	Die Bedeutung von Informations- und Kommunikations- technologien für die standortübergreifende Zusammenarbeit von Krankenhäusern.	117
9.3	Die Bildung von Kompetenzzentren und Netzwerken am Beispiel onkologischer Behandlungen	119
9.4	Beispiele für die konzerninterne und trägerübergreifende Vernetzung von Kliniken	125
9.5	Schlussfolgerungen und Zusammenfassung	126

Teil II Zur Diskussion

10	Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern in Zeiten der G-DRGs . . .	129
	Markus Lungen, Christina Hochhuth und Christian Ernst	
10.1	Hintergrund	129
10.2	Zielsetzung und Methode	130
10.3	Instrumente der wirtschaftlichen Steuerung im stationären Bereich .	131
10.3.1	Kostenträgerrechnung	131
10.3.2	Prozesskostenrechnung	133
10.3.3	Behandlungspfade (Clinical Pathways)	134
10.3.4	Balanced Scorecard	135
10.3.5	SWOT- Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)/ Portfolioanalyse	137
10.4	Kritik/Diskussion	137
10.5	Literatur	139
11	Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW	143
	Arndt Winterer	
11.1	Einleitung	143
11.2	Bisherige Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein- Westfalen	144
11.3	Wesentliche Kritikpunkte am Status Quo	145
11.4	Eckwerte des neuen Ordnungs- und Finanzierungsrahmens	147
11.5	Flexible Verwendung und verwaltungsarmes Verfahren für die Baupauschale	150
11.6	Die Baupauschale in der Diskussion	151
11.7	Erste Zwischenbilanz	153
11.8	Literatur	154
12	Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen	155
	Jörg Friedrich und Andreas Beivers	
12.1	Ausgangslage: Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei zunehmender Patientensouveränität	156
12.2	Zielsetzung: Empirische Validierung der Patientenwege	157
12.3	Untersuchungsmethodik	158
12.3.1	Datengrundlage	158
12.3.2	Geokodierung der Krankenhausstandorte	159
12.3.3	Geokodierung der Patientenwohnorte	160
12.3.4	Distanzmessung	161
12.3.5	Bestandsaufnahme: Patientenwege in Deutschland	162
12.4	Empirische Detailuntersuchungen am Beispiel der Hüftoperationen . .	163

12.4.1	Auswahl der untersuchten Leistung und Identifikation der Erbringer . . .	164
12.4.2	Patientenwege bei Notfällen und elektiven Leistungen im Vergleich . . .	166
12.4.3	Wohnortnächste Versorgung und Zusatzdistanz.	167
12.4.4	Patientenwege und Alter	168
12.4.5	Patientenwege und Siedlungsstruktur	169
12.4.5.1	Nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	169
12.4.5.2	Nach den Regionstypen des BBR	173
12.4.6	Krankenhauswahl wandernder Patienten	175
12.4.7	Krankenhauswahl bei wohnortnächster Versorgung	177
12.5	Fazit	179
12.6	Literatur	180

13	Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW)	
	Eine Simulation mit Echtdate	183
	Günther Heller	
13.1	Einführung	184
13.2	Material und Methoden	185
13.3	Ergebnisse	187
13.4	Diskussion	194
13.5	Zusammenfassung	198
13.6	Literatur	199

Teil III Krankenhauspolitische Chronik

14	Krankenhauspolitische Chronik	203
	Jutta Visarius und Andreas Lehr	

Teil IV Daten und Analysen

15	Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz.	229
	Gregor Leclerque und Jörg Friedrich	
15.1	Einführung	229
15.2	Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets	231
15.2.1	Gewinner und Verlierer	231
15.2.2	Abstand zum LBFW.	232
15.2.3	Annäherung an den LBFW	233
15.3	Allgemeine Budgetentwicklung.	234
15.3.1	Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten	234
15.3.2	Budgetverteilung	236

15.4	Entwicklung der Basisfallwerte	238
15.5	Fazit	240
15.6	Literatur	240
16	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2006.	241
	Ute Bölt	
16.1	Vorbemerkung	241
16.2	Kennzahlen der Krankenhäuser	243
16.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser	243
16.3.1	Sachliche Ausstattung	245
16.3.2	Angebot nach Fachabteilungen	254
16.3.3	Personal der Krankenhäuser	257
16.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	264
16.4.1	Vollstationäre Behandlungen	264
16.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen	265
16.4.3	Ambulante Operationen	266
16.5	Psychiatrische Krankenhäuser	266
16.6	Kosten der Krankenhäuser	267
17	Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2006	275
	Torsten Schelhase	
17.1	Vorbemerkung	275
17.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten	276
17.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten	280
17.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten	280
17.3.2	Verweildauer der Patienten	282
17.3.3	Regionale Verteilung der Patienten	284
17.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten	286
17.4.1	Diagnosen der Patienten	286
17.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht	292
17.4.3	Verweildauer bei bestimmten Diagnosen	297
17.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen	299
17.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2006	302
17.6	Ausblick	306
18	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis des § 21 Krankenhausentgeltgesetz.	309
	Jutta Spindler	
18.1	Vorbemerkung	309
18.2	Erläuterungen zur Datenbasis	310

18.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	311
18.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	314
18.5	Operationen und medizinische Prozeduren	318
18.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	327
19	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2006	337
	Thomas Graf	
19.1	Vorbemerkung	337
19.2	Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	338
19.3	Das Angebot von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	340
19.3.1	Sachliche Ausstattung	340
19.3.2	Personelle Ausstattung	344
19.3.3	Fachlich-medizinische Ausstattung	346
19.4	Die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	348
19.4.1	Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten)	349
19.4.2	Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen mit mehr als 100 Betten	349
Teil V	Krankenhaus-Directory	
20	Krankenhaus-Directory 2007: DRG-Krankenhäuser im dritten Jahr der Budgetkonvergenz	359
	Der Krankenhaus-Report 2008/2009 im Internet	435
	Autorenverzeichnis	437
	Index	453

This page intentionally left blank

Einführung

Gregor Leclerque und Bernt-Peter Robra

Der gesetzliche Rahmen, in dem die Krankenhäuser operieren, hat sich verändert. Durch eine Reihe von Maßnahmen – vor allem die Einführung der G-DRGs, aber auch durch weiteren Abbau von Kapazitäten und Änderungen der Trägerstruktur – hat sich der Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt erhöht. Gleichzeitig haben die Kliniken neue Freiheiten gewonnen. Die §§ 115b, 116b und 140 SGB V räumen zusätzliche Möglichkeiten der Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor ein, beispielsweise auch in Form der Integrierten Versorgung. Zahlreiche Kliniken haben diese Freiheiten genutzt, um fachliche und unternehmerische Konzepte zu entwickeln. So gibt es einen verstärkten Trend zur Bildung von Versorgungszentren im Krankenhaus.

Der Krankenhaus-Report 2008 widmet sich in seinem Schwerpunkt „Versorgungszentren“ dieser Entwicklung. Von besonderem Interesse sind jene Zentren, die nicht nur Größenvorteile nutzen, sondern die Versorgungsformen und -inhalte verändern. Beispielsweise stärkt die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) am Krankenhaus fachübergreifende Kooperationen und schlägt gleichzeitig eine Brücke zwischen den Sektoren.

Diese gestalterischen Möglichkeiten erlauben den Krankenhäusern eine Konzentration auf ihre jeweiligen fachlichen Stärken. Die Potenziale dieser Entwicklung sind noch nicht ausgeschöpft. Gerade vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden gesellschaftlichen Entwicklung – namentlich der Alterung der Gesellschaft und der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden medizinischen Versorgung in den ländlichen Gebieten – könnten die Krankenhäuser einen neuen Stellenwert im Gesundheitssystem gewinnen. Ziel des Schwerpunktes im Krankenhaus-Reports 2008/2009 ist es, diesen Prozess und seine Chancen zu beleuchten.

Schwerpunkt: Versorgungszentren

Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen

Fallpauschalen haben das betriebswirtschaftliche Optimierungskalkül der Krankenhäuser grundlegend geändert. Konnte es zuvor als eine erlösmaximierende Strategie gelten, die Verweildauer der im Krankenhaus behandelten Patienten zu verlängern, so läuft die unternehmerische Zielsetzung jetzt darauf hinaus, die richtigen Patienten anzuziehen. Die Bildung von Zentren ist hierbei eine naheliegende Strategie. Die Spezialisierung auf bestimmte Behandlungen erlaubt eine Realisierung von Größenvorteilen und verspricht eine Verbesserung der Leistungsqualität. Dieser Reputationsgewinn erlaubt es, weitere Patienten anzuziehen. Eine auf die Behandlung ausgerichtete fachgebietsübergreifende Ablauforganisation kann überdies Transaktionskosten einsparen. Möglichkeiten zur Zentralisierung und Spezialisierung bestehen dabei nicht nur in der regionalen und sektorübergreifenden Ausrichtung von Krankenhäusern. Auch innerbetrieblich sind Zentrierungen möglich. Besonders

vorteilhaft erscheint die Zentrenbildung im Rahmen einer Unternehmensgruppe. Es kann davon ausgegangen werden, dass solche Verbünde zukünftig in wachsendem Maße die Bildung von Versorgungszentren zur Steigerung ihrer Wettbewerbsfähigkeit verfolgen. (*Beitrag Neubauer/Minartz*)

Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte

Der Begriff des Zentrums ist nicht legal definiert. Daher liegt es nahe, anhand der Qualitätsberichte zu untersuchen, wie die Krankenhäuser selber den Zentrumsbegriff nach Inhalt und Ziel ausgestalten. 2006 nannte die Hälfte aller Krankenhäuser mindestens ein Zentrum. Manche Zentrenarten, beispielsweise die verbreiteten Brustzentren, waren oft in kleinen Häusern vorhanden; Zentren für komplexere Leistungen, wie zum Beispiel Transplantationszentren, sind dagegen vornehmlich in sehr großen Kliniken angesiedelt. Darüber hinaus finden sich Zentren wesentlich häufiger in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern als in solchen in privater Trägerschaft. Auch die Betrachtung der an den jeweiligen Zentrenarten beteiligten Fachabteilungen liefert interessante Erkenntnisse. (*Beitrag Gerste*)

Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus

Mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) besteht seit 2004 eine rechtliche Grundlage, welche die Bildung fachübergreifender Zentren regelt und fördert. Im Verlauf der vergangenen knapp vier Jahre ist eine große Zahl solcher MVZ gegründet worden. Davon haben viele den Charakter von Gemeinschaftspraxen auf veränderter rechtlicher Basis. Anders als bei den Gemeinschaftspraxen können MVZ jedoch von praktisch allen medizinischen Leistungserbringern gegründet werden, so auch von Krankenhäusern. Tatsächlich zeigt sich, dass die MVZ unter Trägerschaft eines Krankenhauses einen wachsenden Anteil an diesen Einrichtungen ausmachen, wobei sie – im Unterschied zu den übrigen MVZ – überwiegend auf die Mitwirkung von Ärzten im Angestelltenverhältnis zurückgreifen. Insbesondere in den östlichen Bundesländern spielen Krankenhäuser bei der Schaffung von MVZ eine mitunter dominante Rolle. (*Beitrag Hansen*)

Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus

Seit rund zwanzig Jahren gibt es Bemühungen, ambulante Leistungen am Krankenhaus auszuweiten. Dennoch zählt Deutschland beispielsweise im Bereich der ambulanten Operationen gegenüber anderen Ländern eher zu den Schlusslichtern. Ein Blick auf die Praxis in Österreich und England macht deutlich, dass auch in diesen beiden Ländern das ambulante Operieren in der öffentlichen Diskussion große Aufmerksamkeit erfährt. Gerade England stellt in gewisser Weise ein Gegenbild der deutschen Verhältnisse dar, ist hier doch die fachärztliche Versorgung ganz überwiegend auf die Krankenhäuser konzentriert. Und während in Deutschland die doppelte Facharztschiene oftmals kritisch betrachtet wird, gibt es in England derzeit Bestrebungen, eine von den Krankenhäusern losgelöste fachärztliche Versorgung aufzubauen – einschließlich ambulanter Operationen. Daher ist in diesen beiden Ländern, ungeachtet der völlig unterschiedlichen Ausgangslage, das Thema des Aufbaus von Versorgungszentren und der „Ambulantisierung“ von Leistungen von großer Aktualität und Relevanz. (*Beitrag Busse/Wörz*)

Zentrenbildung in Deutschland – ein ungesteuerter Großversuch

Die existierenden Regelungen zur Zentrenbildung betreffen derzeit nur die Finanzierung der durch ein Zentrum erbrachten Leistungen. Sie befassen sich gerade nicht mit der Frage, wann und wie eine Zentrenbildung unter dem Aspekt der Daseinsvorsorge geboten erscheint. Diese Entscheidung liegt vielmehr in der Initiative der Krankenhäuser selbst. Allerdings hat die mit einer Zentrenbildung einhergehende Spezialisierung immer auch regionale Auswirkungen, beispielsweise verstärkten Wettbewerb oder eine regionale Versorgungslücke. Daher ist die Zentrenbildung eine Herausforderung für die Planung der flächendeckenden Versorgung, wie sie den Ländern obliegt. Gemessen daran ist es verwunderlich, dass die Zentrenbildung in den Krankenhausplänen der Länder bislang kaum Wiederhall gefunden hat. (*Beitrag Deh/Dralle*)

Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung

Trotz der insgesamt voraussichtlich rückläufigen Bevölkerungszahlen ist aufgrund der demographischen Alterung von einer Zunahme der Fallzahlen im stationären wie auch im ambulanten Bereich auszugehen; dies gilt selbst, wenn man eine weitere Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes Älterer in Rechnung stellt. Gleichzeitig stellen die mit der gesellschaftlichen Alterung einhergehenden Veränderungen neue Anforderungen an die medizinische Versorgung. Gerade in der Fläche, in der es aufgrund eines Mangels an niedergelassenen Ärzten schwierig wird, die bisherigen Strukturen aufrechtzuerhalten, können MVZ oder andere Formen der gemeinschaftlichen Berufsausübung mit einer kooperativen Verbindung zu einem Krankenhaus künftig eine zentrale Rolle in der regionalen Krankenversorgung übernehmen. Dabei wird angesichts des steigenden Anteils alter Patienten die stärkere Einbindung geriatrischer und zugehender Leistungen eine wichtige Komponente darstellen. (*Beitrag Schäg/Herrmann/Klement/Lichte/Robra*)

Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln

Universitätskliniken sind – aufgrund ihrer Größe, ihrer Rolle als Maximalversorger und ihrer Nähe zur Forschung – hochkomplexe Institutionen, die besondere Ansatzpunkte bieten, die medizinischen Abläufe zu strukturieren und durch Zentrenbildung zur Komplexitätsreduktion der Organisation beizutragen. Insbesondere die fachübergreifende Zentrenbildung kann die Ergebnisqualität verbessern. Am Beispiel des jüngst gegründeten Herzzentrums der Universität Köln lassen sich diese Punkte im Praxisbezug aufzeigen. Gleichzeitig zeigt dieses Beispiel jedoch auch den in der Literatur oftmals unterschätzten Stellenwert „weicher“ Einflussfaktoren. Insbesondere ist die Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten eine zentrale Voraussetzung für eine gelingende Zentrumsbildung. (*Beitrag Kuntz/Wittland*)

Psychoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren

Im Rahmen der Zertifizierung von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen ist eine obligatorische jährliche Patientinnenbefragung vorgesehen. So entsteht eine solide Grundlage, um die Leistung der Brustzentren aus Sicht der Patientinnen zu beurteilen. Im Vordergrund steht hierbei die Interaktion zwischen den behandelnden Ärzten

und Pflegekräften einerseits und den Patientinnen andererseits. Dabei lässt sich feststellen, dass die Interaktionsqualität seitens der Patientinnen durchweg als hoch eingestuft wird. Unterschiede zwischen den einzelnen Zentren weisen dennoch auf bestehende Entwicklungspotenziale hin. (*Beitrag Steffen, Ommen, Ernstmann, Pfaff*)

Die Bildung von Versorgungszentren und Leistungsnetzen im Praxistest am Beispiel der Rhön-Klinikum AG

Private Klinikketten stehen vor der Aufgabe, die verschiedenen Standorte miteinander zu verbinden. Diese Herausforderung ergibt sich aus dem Ziel, Mittel wirtschaftlich einzusetzen, hat aber ebenso Auswirkungen auf den Ablauf und die Qualität der medizinischen Leistungserbringung. Grundlegend ist es, einen einheitlichen Standard der klinischen Informations- und Kommunikationssysteme durchzusetzen. Auf dieser Basis sind fachbezogene Kooperationen möglich, z. B. hochspezialisierte Leistungen, die nur an einzelnen Standorten verfügbar sind, innerhalb des Klinikverbundes allen Patienten zugänglich zu machen. Auch die überregionale Kooperation mit externen Partnern spielt eine Rolle. Durch die Einbindung regionaler Versorgungszentren in ein größeres Netzwerk kann eine Sicherung beziehungsweise Verbesserung der lokalen medizinischen Versorgung – insbesondere ein erleichterter Zugang zur Hochleistungsmedizin – erreicht werden. (*Beitrag Pföhler*)

Zur Diskussion

Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern in Zeiten der G-DRGs

Die Einführung der G-DRGs hat den Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit für die Krankenhäuser stärker in den Vordergrund gerückt. Damit steigt auch die Bedeutung verlässlicher betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente. Der Blick in die vorhandene Literatur zeigt, dass es eine Vielzahl von Veröffentlichungen zu diesem Themenbereich gibt. Allerdings sind Evaluationen, die wissenschaftlichen Standards gerecht werden, alles andere als dicht gesät. Die Mehrzahl der Publikationen beschränkt sich auf theoretische Darstellungen ohne empirische Komponente oder aber auf Erfahrungsberichte, in denen jedoch keine fundierte, an überprüfbare Kriterien geknüpfte Beurteilung der Instrumente hinsichtlich ihrer Effizienz und Effektivität vorgenommen wird. Umso wichtiger ist ein verlässlicher Literaturüberblick, denn er macht deutlich, welche Erkenntnisse bezüglich der Verwendbarkeit von Steuerungsinstrumenten tatsächlich auf Tatsachen beruhen und in welchen Bereichen eine genauere Analyse dringend geboten wäre. (*Beitrag Lünen/Hochhuth/Ernst*)

Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW

Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser wird seit längerer Zeit intensiv diskutiert. Meistens geht es dabei um die Frage, ob die im Rahmen der geltenden dualistischen Finanzierung vorgenommene Trennung der investiven von den sonstigen Mitteln zeitgemäß und praktikabel ist. Oft wird der Übergang zu einer monistischen Finanzierung befürwortet. Das Land Nordrhein-Westfalen hat einen neuen Weg ein-

geschlagen. Ohne die Verantwortung des Landes für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung in Frage zu stellen, wurde ein Umstieg auf Investitionspauschalen vorgenommen. Ziele sind eine deutliche Vereinfachung der Bewilligung, sowie größere Gestaltungsspielräume und mehr Eigenständigkeit der Krankenhäuser bei der Mittelverwendung. Obwohl diese Pauschalen erst Ende 2007 eingeführt worden sind und derzeit noch Übergangsregelungen gelten, lassen sich erste Schlussfolgerungen bezüglich der Umsetzung ziehen. (*Beitrag Winterer*)

Patientenwege ins Krankenhaus – räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen

Die Bildung von Versorgungszentren geht in der Regel mit einer Spezialisierung auf bestimmte Leistungen einher, von der man sich neben wirtschaftlichen Vorteilen vor allem auch eine Verbesserung der Ergebnisqualität verspricht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Patienten bereit sind, für planbare Leistungen statt des nächstgelegenen auch weiter entfernt liegende Krankenhäuser aufzusuchen. Anhand einer umfangreichen Studie auf Basis von mehr als sechs Millionen Krankenhausfällen von AOK-Versicherten lässt sich feststellen, dass im Falle elektiver Leistungen durchaus eine bewusste Auswahl des aufgesuchten Hauses erfolgt. Insbesondere tendieren die Patienten zu vergleichsweise kleinen Häusern, die jedoch bei der spezifischen Indikation überdurchschnittliche Fallzahlen aufweisen. Dabei ergeben sich freilich Unterschiede beispielsweise bezüglich der Art des Eingriffs, des Alters der Patienten oder auch der regionalen Versorgungsstruktur. (*Beitrag Friedrich/Beivers*)

Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von VLBWs – eine Simulation unter Verwendung von Echtdateien

Im Zentrum der Diskussion um die Einführung von Mindestmengen steht eine vermutete Qualitätsverbesserung. Simulationsrechnungen können dabei helfen, die Auswirkung einer Mindestmengeneinführung abzuschätzen. Auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten lässt sich beispielsweise für sehr untergewichtige Früh- und Neugeborene prognostizieren, dass die Senkung des Mortalitätsrisikos umso stärker ausfallen würde, je höher die Mindestmenge pro Jahr festgesetzt wird. Allerdings erhöht die Konzentration der Leistungen an bestimmten Standorten die Entfernung zur nächsten Klinik, welche die Mindestmengenvorgabe erfüllt. Die Senkung des Mortalitätsrisikos, die durch eine Erhöhung der Mindestmengen gewonnen wird, muss daher gegen die Erreichbarkeit der nächsten Klinik abgewogen werden. Simulationsrechnungen zeigen, in welchen Regionen bei zunehmend stringenter Mindestmengenregelungen die medizinische Versorgung immer schwieriger zu erreichen ist und daher Kompromisse zwischen beiden Zielen gefunden werden müssen. (*Beitrag Heller*)

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz

Bereits im vergangenen Jahr war in einem Beitrag festgestellt worden, dass der Konvergenzprozess – betrachtet man die Entwicklung auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser – nicht den idealtypischen Verlauf nimmt. Theoretisch sollten sich

die Basisfallwerte der Krankenhäuser bis 2009 von oben oder von unten kommend stetig dem jeweiligen Landesbasisfallwert annähern. Tatsächlich wechseln zahlreiche Krankenhäuser im Zeitverlauf von der Verlierer- in eine Gewinnerposition oder umgekehrt. Überdies hat der Anteil der Gewinner im Zeitverlauf deutlich zugenommen. Ungeachtet dessen lässt sich jedoch erkennen, dass die Spannweite zwischen den krankenhausesindividuellen Basisfallwerten im Verlauf der drei betrachteten Jahre deutlich abgenommen hat, wofür verschiedenen Ursachen ausgemacht werden können. Insgesamt läuft der Konvergenzprozess in Richtung auf eine Annäherung der Entgeltniveaus. (*Beitrag Leclerque/Friedrich*)

Wie in jedem Jahr wird auch der Krankenhaus-Report 2008 durch eine Krankenhauspolitische Chronik ergänzt. Sie zeichnet unter anderem die Verabschiedung des GKV-WSG nach, das – zunächst als Übergangslösung vor der Entscheidung zwischen einer Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie wahrgenommen – fundamentale Einschnitte bei der korporatistischen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vorsieht. Vier Beiträge aus dem Statistischen Bundesamt stellen zentrale Entwicklungen im Krankenhausbereich dar. Konkret betrifft dies die Grund- und Kostendaten (*Beitrag Bölt*) sowie die Diagnosedaten der Krankenhäuser (*Beitrag Schelhase*). Im vergangenen Jahr waren erstmals zusätzlich Analysen zu Diagnosen und Prozeduren auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz im Krankenhaus-Report präsentiert worden. Auf dieser Grundlage können in diesem Jahr Veränderungen zum Vorjahr dargestellt werden (*Beitrag Spindler*). Schließlich werden auch für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Grund- und Diagnosedaten präsentiert (*Beitrag Graf*). Das Krankenhaus-Directory enthält für mehr als 1 600 Krankenhäuser Angaben zu Strukturdaten auf der Grundlage der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

Teil I Schwerpunktthema:

Versorgungszentren

(Kapitel 1–9)

This page intentionally left blank

1 Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen

Günter Neubauer und Christof Minartz

Abstract

Der Beitrag befasst sich mit den Zielen und Optionen der Zentrierten Versorgung. Anhand von theoretischen Erklärungsansätzen wird dargelegt, welche Gründe für eine zentrierte Versorgung sprechen. Insbesondere wird hierbei auf Skaleneffekte, die Steigerung der Qualität durch Spezialisierung und die Reduktion von Transaktionskosten eingegangen. Bei der Darstellung von konkreten Ausprägungsformen konzentriert sich der Beitrag auf die folgenden drei Ebenen der Versorgungszentrierung: sektorübergreifende Zentrierung der Versorgung in einer Region, Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe und schließlich in einem einzelnen Krankenhausbetrieb. Abschließend wird gezeigt, inwieweit sich die Versorgungszentrierung in Deutschland weiterentwickeln wird und welche Rolle in diesem Kontext die Europäisierung spielt.

The article deals with objectives and options of centralised medical care. Based on theoretical approaches, it outlines the advantages of centralised care. In particular, it addresses the issues economies of scale and reduction of transaction costs and shows that specialisation results in quality improvements. The article focuses on three levels of centralised medical care: cross-sectoral centralisation within a region, centralisation within a hospital chain and finally within a single hospital. Finally, it demonstrates how centralized medical care will probably develop in Germany and what role the europeanisation plays in this context.

1.1 Problemstellung

Die neueren gesetzlichen Rahmenbedingungen für die deutschen Krankenhäuser, insbesondere die Einführung der G-DRGs, die andauernde Mittelknappheit, aber auch medizinisch-technische Innovationen führen zu tiefgreifenden Anpassungsprozessen auf dem Krankenhausmarkt. Der gesundheitspolitisch gewollte Wettbewerb bewirkt einerseits einen Abbau von Überkapazitäten in Form von Bettenreduzierungen und auch in Form von Krankenhausschließungen. Andererseits haben viele Krankenhäuser die zunehmende Bedeutung der Wettbewerbsfähigkeit erkannt und entsprechende Konzepte entwickelt. Sie haben nicht nur auf die neuen Rahmenbedingungen reagiert, sondern die neuen Freiheiten genutzt, um ihre Häuser zukunftsorientiert aufzustellen.

Eine Strategie stellt die Bildung von medizinischen Zentren dar. In ihnen wird die medizinische Kompetenz über tradierte Grenzen einzelner Fachabteilungen hinweg konzentriert, was zugleich eine Restrukturierung der Prozessabläufe im Kran-

kenhaus zur Folge hat. Die damit verbundene Interdisziplinarität und gleichzeitige Spezialisierung soll zum einen die Behandlungsqualität erhöhen und zum anderen die Kosteneffizienz steigern. Darüber hinaus kann die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern intensiviert und verbessert werden.

Im Rahmen dieses Beitrags verstehen wir unter dem Begriff *Zentrierung* die Zusammenlegung von Leistungen im Sinne einer funktionalen Bedeutung. Demgegenüber verwenden wir den Begriff *Zentralisierung* nachgeordnet als eine spezielle Form der Zentrierung im Sinne einer räumlichen Bedeutung.

Dieser Beitrag soll einen Überblick über die theoretischen Erklärungsansätze, die Ziele und Gestaltungsoptionen zentrierter Versorgung geben. Anhand von theoretischen Erklärungsansätzen sollen zunächst die Treiberfaktoren für die Versorgungszentrierung beleuchtet werden. Anschließend werden konkrete Ausprägungsformen der Versorgungszentrierung dargestellt. Dabei werden Krankenhäuser und auch niedergelassene Ärzte einbezogen. Es werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Anreize für die Leistungserbringer betrachtet, die zu einer verstärkten Bildung von Versorgungszentren in Deutschland führen. In diesem Kontext wird die Weiterentwicklung der zentrierten Versorgung in Deutschland insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendrucks diskutiert. Ein Ausblick auf die europäische Perspektive schließt diesen Beitrag ab.

1.2 Theoretische Erklärungsansätze

Zunächst sollen im Rahmen von theoretischen Erklärungsansätzen die Ziele einer zentrierten Versorgung erörtert werden. Hierbei stehen Skaleneffekte (*Economies of Scale*), das Ziel einer verbesserten Behandlungsqualität und der Druck die Transaktionskosten zu reduzieren im Mittelpunkt.

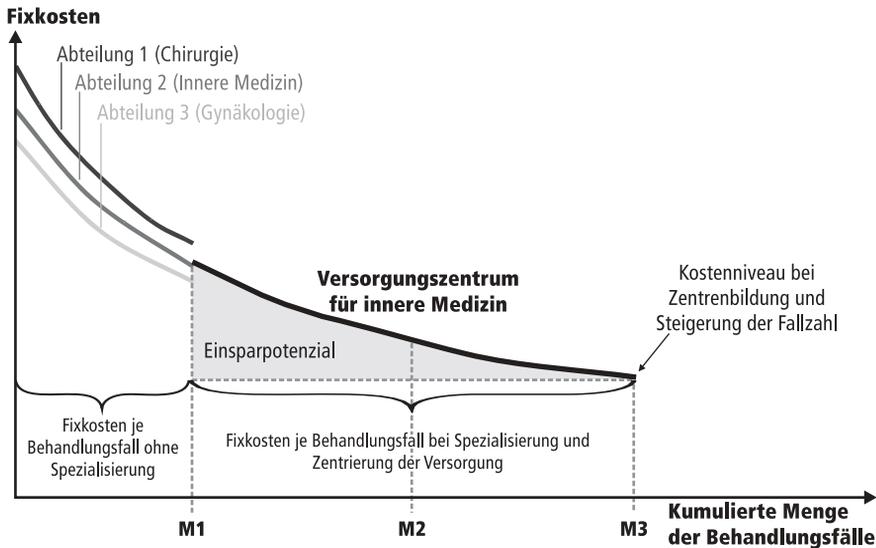
1.2.1 Economies of Scale

Die Einführung der G-DRGs hat in erster Linie dazu geführt, dass sich deutsche Krankenhäuser neu positionieren mussten und müssen. Da nun nicht mehr Verweildauertage, sondern die gewichtete Zahl der behandelten Patienten bei der Vergütung von entscheidender Bedeutung sind, spielen die Fallkapazität eines Krankenhauses und deren Erhöhung eine zunehmend wichtigere Rolle.

Bei einer Kapazitätserweiterung entstehen Sprungkosten. Um diese Sprungkosten zu decken, werden zusätzliche Patienten, d. h. eine erhöhte Auslastung benötigt. In einem stagnierenden Markt können zusätzliche Patienten nur zu Lasten der Konkurrenz gewonnen werden. Ein Ansatz zur Gewinnung von zusätzlichen Patienten ist die Spezialisierung. Durch eine entsprechende Arbeitsteilung mit benachbarten Krankenhäusern und die Zentrierung auf bestimmte Spezialgebiete können die notwendigen Betriebsgrößen erreicht werden.

Die Bildung von größeren Betriebseinheiten und damit die Optimierung der Kostenstrukturen ist ein geeigneter Weg, um dem ökonomischen Druck zu begegnen. Gemäß der Theorie der *Economies of Scale* sinken mit einer steigenden Ausbrin-

Abbildung 1–1

Fixkostendegression bei zentrierter Versorgung

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

gangsmenge die Durchschnittskosten eines Betriebes. Die wichtigste Ursache hierfür ist die Fixkostendegression, da sich mit einer steigenden Kapazitätsauslastung die Fixkosten auf eine größere Ausbringungsmenge verteilen. Im Rahmen der zentrierten Versorgung werden wesentliche Aktivitäten der Wertschöpfungskette zusammengelegt und dadurch die Fixkosten gesenkt. Wie Abbildung 1–1 veranschaulicht, kann durch Spezialisierung und Zentrierung der Versorgung ein niedrigeres Fixkostenniveau je Fall erreicht werden. Durch die Zusammenlegung unterschiedlicher Abteilungen und Konzentration auf ein Spezialgebiet, in diesem Fall die innere Medizin, kann das Krankenhaus in diesem Bereich die Fallzahl erhöhen und die Kosten senken. Die Arbeitsteilung und Spezialisierung von einzelnen Krankenhäusern führt zu einer Bildung von Versorgungszentren mit verbesserten Kostenstrukturen.

Im Bereich der Krankenhäuser, die vor allem durch ihren hohen Anteil der Personalkosten von ungefähr zwei Dritteln an den laufenden Gesamtkosten einen hohen Fixkostenanteil haben, spielt eine hohe Kapazitätsauslastung und die damit verbundene Fixkostendegression eine entscheidende Rolle. Die Bildung von spezialisierten medizinischen Zentren stellt eine Möglichkeit dar, um eine hohe Kapazitätsauslastung zu erreichen. Durch die Zentrenbildung können Doppelvorhaltungen von Personal und medizinisch-technischen Geräten reduziert oder ganz vermieden werden. Es wird aber gleichzeitig schwieriger, ein umfassendes medizinisches Leistungsangebot an jedem Standort vorzuhalten.

Die Zentrierung der Infrastruktur und die arbeitsteilige Spezialisierung in Versorgungszentren ermöglichen die Versorgung einer regionalen und überregionalen Patientenklientel mit verbesserten Kostenstrukturen. Damit sind die Größenvorteile und Skaleneffekte ein wichtiger Anreiz zur Gründung eines medizinischen Zentrums.

1.2.2 Spezialisierung und Qualität

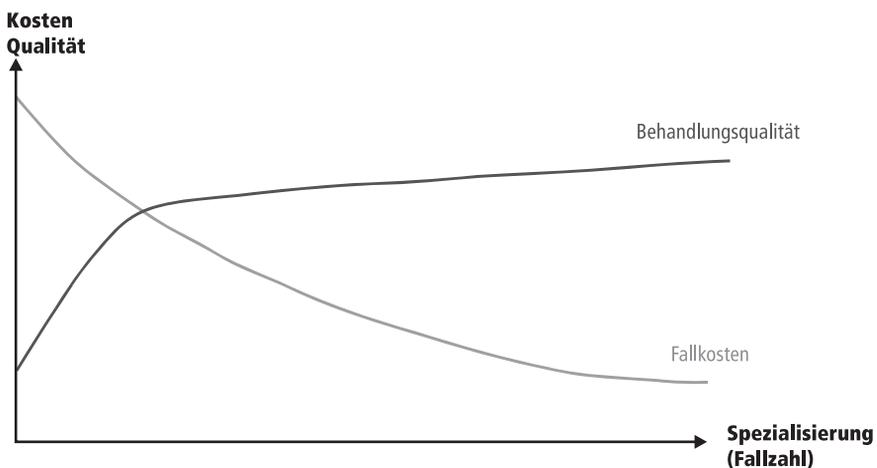
Ein weiterer Treiberfaktor der zentrierten Versorgung ist die angestrebte Steigerung der medizinischen Qualität. Durch Zentrumsbildung und die Spezialisierung auf bestimmte Organe, Krankheiten oder Eingriffe wird die jeweilige Fallzahl gesteigert. Dadurch kann in einem engen Fachgebiet ein Erfahrungsvorsprung realisiert werden, der in Kombination mit der Kompetenzbündelung im Zentrum für eine überdurchschnittliche Qualität der medizinischen Behandlung sorgt. Gerade angesichts der sich wandelnden Rahmenbedingungen gewinnt die Qualitätsorientierung an Bedeutung.

Unterschiedliche Studien haben ergeben, dass in Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen das Risiko der perioperativen Mortalität signifikant sinkt (Birkmeyer et al. 2002). Wenn keine anderen Qualitätsinformationen vorliegen, ist die Menge der durchgeführten Prozeduren ein geeigneter Indikator für die Qualität eines Hauses und damit eine gute, erste Entscheidungshilfe bei der Klinikauswahl (Heller 2004). Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität, wie Abbildung 1–2 zeigt.

Die Abbildung verdeutlicht, dass nicht nur, wie bereits dargelegt, mit steigender Fallzahl und Spezialisierung die Fallkosten abnehmen, sondern auch die Behandlungsqualität steigt. Wir sind in dem vorliegenden Beispiel von einem degressiven Verlauf der Funktion der Behandlungsqualität ausgegangen, d. h. die Qualität der Behandlung nimmt zunächst mit einer Erhöhung der Fallzahl stark zu, allerdings wird der Qualitätszuwachs bei weiter steigenden Fallzahlen immer geringer (Vickers et al. 2007). Je öfter in einem Zentrum ein bestimmter Eingriff vorgenommen wird, umso besser sind die Behandlungsergebnisse im Sinne einer sinkenden Komplikations- und Sterblichkeitsrate.

Abbildung 1–2

Auswirkungen der Spezialisierung auf Fallkosten und Behandlungsqualität



Große Abteilungen verfügen über größere Erfahrungen darin, Operationskomplikationen zu beherrschen. Die entstandene Routine hilft, Probleme frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Deshalb ist die Zentrenbildung gerade auch aus medizinischer Sicht sinnvoll. Die Prozessorientierung in medizinischen Zentren sorgt zudem nicht nur für eine Verbesserung der Kostenstrukturen, sondern für eine Optimierung der Patientenbehandlung. Durch die Überwindung konventioneller Versorgungsstrukturen wird beispielsweise eine schnellere Diagnosenerstellung ermöglicht. Bereits der Begriff „medizinisches Zentrum“ steht – obwohl er nicht geschützt ist – für einen hohen Qualitätsanspruch.

Insbesondere abgestimmte Behandlungspfade als ein Instrument der Prozessoptimierung im Versorgungszentrum tragen dazu bei, die Behandlungsqualität zu steigern. Dies gelingt, indem durch die Standardisierung klinischer Behandlungspfade klare Behandlungs- und Qualitätsziele vorgegeben werden. Gerade bei Behandlungen, die in einem Versorgungszentrum häufig erbracht werden, ist die Erstellung von Behandlungspfaden sinnvoll und wirkt qualitätssteigernd.

Auch der Gesetzgeber hat mit der Einführung von Mindestmengen bei planbaren Leistungen (nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V) die Bedeutung der Quantität einer Leistung im Hinblick auf die damit verbundene Behandlungsqualität gesetzlich verankert. Krankenhäuser, die die festgelegte Mindestmenge nicht erreichen, dürfen derartige Leistungen nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen (Neubauer und Neubauer 2005). Diese gesetzliche Maßnahme soll die Zentrenbildung in der deutschen Krankenhauslandschaft fördern.

Eine Spezialisierung und Zentrenbildung kann sowohl in einem Verbund von Krankenhäusern als auch in einem einzelnen Krankenhaus erfolgen, was an späterer Stelle thematisiert wird. Die mit der Zentrierung verbundenen Lern- und Spezialisierungseffekte führen zu einer Steigerung der Qualität bei der Patientenversorgung. Insbesondere die Prozessqualität kann durch die Optimierung der Koordination der einzelnen Teilprozesse erhöht werden.

Durch Zentrenbildung kann insgesamt die betriebswirtschaftliche Situation eines oder mehrerer Krankenhäuser optimiert werden, da sich durch die Steigerung der Qualität die Patientenzahl erhöhen lässt und dadurch wiederum die Kostenstrukturen verbessert und die Erlöse ausgedehnt werden.

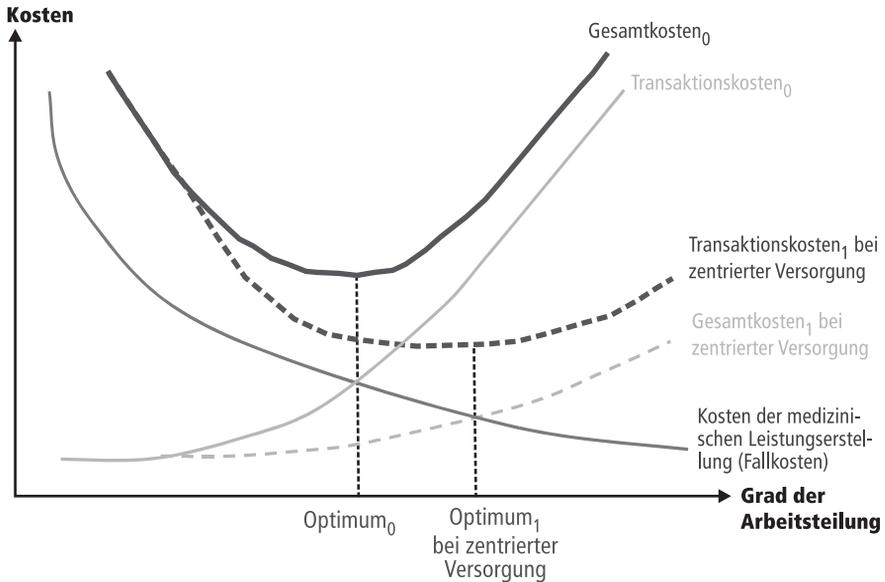
1.2.3 Reduktion der Transaktionskosten

Durch Spezialisierung und Arbeitsteilung können Effizienzpotenziale ausgeschöpft werden. Allerdings werden bei der Arbeitsteilung auch entsprechende Abstimmungsprozesse notwendig, wodurch Ressourcen verbraucht werden. Der zur Abstimmung erforderliche Einsatz von Produktionsfaktoren verursacht (Transaktions-) Kosten (Picot et al. 2002). Eine zunehmende medizinische Arbeitsteilung führt deshalb nicht zwangsläufig zu sinkenden Gesamtkosten, die sich aus den Kosten der medizinischen Leistungserbringung (Fallkosten) und den Transaktionskosten zusammensetzen.

Unter Transaktionskosten verstehen wir Verwaltungs- sowie medizinisch-pflegerische Koordinationskosten. Um eine arbeitsteilige Aufgabe optimal zu erfüllen, müssen die einzelnen Arbeitsabläufe sowie deren Teilergebnisse aufeinander abgestimmt werden. Durch eine sinnvolle Aufgabenteilung können Koordinationskosten

Abbildung 1–3

Transaktionskosten und Kosten der medizinischen Leistungserbringung



Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

gesenkt, allerdings nicht vollständig vermieden werden (Zelle 1998). Es gilt, den optimalen Grad der Arbeitsteilung zu finden, der die geringsten Gesamtkosten erzeugt. Die folgende Abbildung veranschaulicht den Verlauf der Kosten der medizinischen Leistungserbringung, der Transaktionskosten und der Gesamtkosten als Summe der beiden erstgenannten.

Wie die Abbildung 1–3 zeigt, sinken die Kosten der medizinischen Leistungserbringung mit zunehmender Arbeitsteilung, während die Transaktionskosten im Gegensatz dazu steigen. Die Gesamtkosten haben deshalb einen U-förmigen Verlauf, d. h. sie fallen zuerst, erreichen ihren Tiefpunkt und steigen anschließend wieder an. Durch die Zentrierung der Versorgung lassen sich die Transaktionskosten aufgrund einer zweckmäßigen Aufgabenverteilung absenken. Dies führt zu einem Absinken der Gesamtkosten und es wird ein neues Optimum O1 erreicht mit einem höheren Grad der Arbeitsteilung.

Horizontale und vertikale Kooperationen bzw. Zentrierungen wirken damit durch Senkung der Transaktionskosten effizienzsteigernd (SVR 2007). Durch die Zentrierung der Versorgung können niedrigere Transaktions- und damit auch niedrigere Gesamtkosten erreicht werden, da aufgrund der ausgeprägten Prozessorientierung die Kooperation und Arbeitsteilung vereinfacht werden.

1.3 Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung

In diesem Beitrag unterscheiden wir drei Ebenen der Versorgungszentrierung: Zum ersten in einem einzelnen Krankenhausbetrieb, zum zweiten in einem Krankenhausunternehmen mit mehreren Betrieben und zum dritten (sektorübergreifend) in einer Region. Die Abbildung 1–4 gibt hierzu eine Übersicht.

Bevor die genannten Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung konkretisiert werden, stellen wir zunächst die im Hinblick auf die Zentrenbildung relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen dar.

1.3.1 Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren mit unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen die Rahmenbedingungen für die Bildung von medizinischen Zentren verändert und deren Gestaltungsoptionen erweitert. Bereits im Jahr 2000 wurde mit der Einführung der integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit angestoßen. Das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004 setzte mit der Einführung der Anschubfinanzierung einen finanziellen Anreiz, um die transsektorale Kooperation weiter zu fördern. Eine weitere Perforierung der Sektorgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung macht es notwendig, dass die Krankenhäuser entsprechende organisatorische Voraussetzungen schaffen. Medizinische Zentren sind hier die angemessene Antwort, um die Kooperation zu vereinfachen und nicht nur interne Einrichtungen zu integrieren, sondern auch externe.

Mit dem § 95 SGB V hat der Gesetzgeber Krankenhäusern als medizinischen Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben, medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und auf diese Weise an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Ein MVZ am Krankenhaus stellt zum einen eine zusätzliche Erlösmöglichkeit dar und zum anderen dient es dazu, die Patienten ins zugehörige Krankenhaus zu lenken.

Zudem führt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zu einer Liberalisierung und Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung. Ärzte können nun gleichzeitig am Krankenhaus angestellt sein und im Rahmen einer Teilzulassung an

Abbildung 1–4

Ebenen der Versorgungszentrierung



der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese neuen Freiheiten eröffnen Ärzten und Krankenhäusern mehr Möglichkeiten und fördern die sektorübergreifende Zentrenbildung.

Darüber hinaus bietet der § 116b SGB V den Krankenhäusern eine Möglichkeit zur Ausdehnung ihrer Erlöse, indem sie ambulante Behandlungen erbringen. Gerade medizinische Zentren sind prädestiniert dafür, hochspezialisierte Leistungen z. B. auf dem Gebiet der Onkologie zu erbringen und erfüllen damit die Anforderungen des Gesetzgebers für diese Art der ambulanten Leistungserbringung. Je nach vertragsärztlicher Versorgungssituation können medizinische Zentren in einem Krankenhaus eine Konkurrenz für niedergelassene Ärzte darstellen.

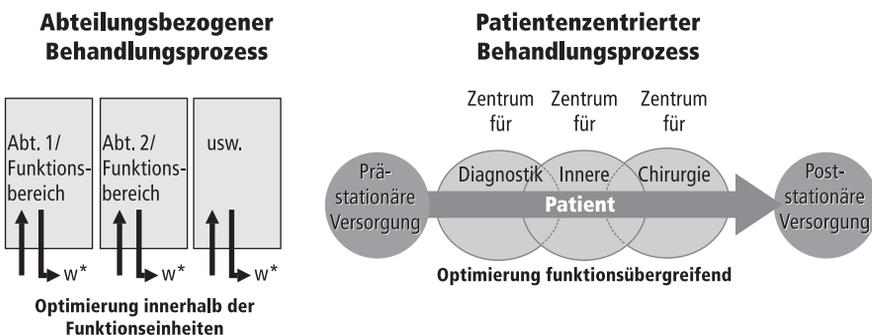
1.3.2 Zentrumsbildung in einem Betrieb

Die Bildung von medizinischen Zentren im Rahmen eines Krankenhausbetriebes bündelt die medizinische Kompetenz und überwindet übliche Grenzen zwischen einzelnen Fachabteilungen. Für die Behandlung einer bestimmten Krankheitsgruppe werden sämtliche erforderliche Teilleistungen im medizinischen Zentrum zusammengefasst und koordiniert angeboten. Zuvor eigenständig tätige Fachbereiche und Abteilungen werden zu spezialisierten und interdisziplinären Zentren gebündelt. Die Abbildung 1–5 veranschaulicht die Optimierung des stationären Behandlungsprozesses durch Patientenzentrierung gegenüber einem konventionellen abteilungsbezogenen Behandlungsprozess. Der Vorteil der Patientenzentrierung liegt darin, dass ein effizienterer medizinischer Behandlungsablauf ermöglicht wird und dadurch die Wartezeiten minimiert werden.

Das Ziel einer solchen funktionsübergreifenden Zentrenbildung liegt in der Verbesserung der Versorgung und Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Durch die gemeinsame Nutzung der medizinisch-technischen Infrastruktur können auch in einem einzelnen Betrieb die Kostenstrukturen verbessert werden. Hierzu ist natürlich eine bestimmte Mindestgröße des Krankenhausbetriebes erforderlich, um die interdisziplinäre Arbeit unter der Beteiligung unterschiedlicher Fachrichtungen zu ermög-

Abbildung 1–5

Patientenzentrierung in einem Krankenhausbetrieb



lichen. Insbesondere können Universitätsklinika Vorteile realisieren, indem sie durch Bildung von medizinischen Zentren den Prozess der komplizierten und kostenintensiven Eingriffe interdisziplinär (aufgrund der Transaktionskosten) optimieren.

Die Etablierung von medizinischen Kompetenz- und Exzellenzzentren gilt als Versprechen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung auf dem neuesten Stand der Medizin. Durch fakultätsübergreifende Zusammenarbeit in einem Exzellenzzentrum wird dieses Qualitätsversprechen eingelöst. Exzellenzzentren zeichnen sich durch eine leistungsstarke medizinische Forschung aus, die das Eintrittstor für die Einführung von Innovationen in das deutsche Gesundheitssystem darstellt. Dies führt dazu, dass Exzellenzzentren aus Patientensicht besonders attraktiv und deshalb in der Lage sind, hohe Erlöse zu erzielen.

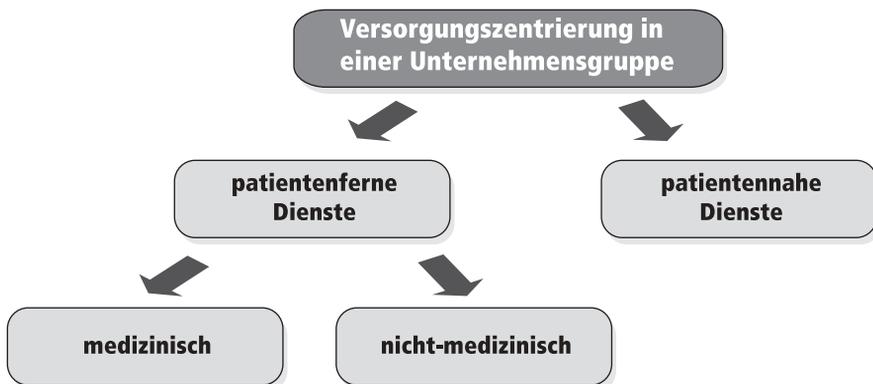
1.3.3 Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe

Die Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe, die mehrere Krankenhäuser umfasst, ermöglicht eine überbetriebliche Spezialisierung, was eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Behandlungsqualität verspricht (Münch 2006). Durch die horizontale Koordination und Zentrierung der Leistungsprozesse von Krankenhäusern im Verbund können medizinische Zentren beispielsweise gegliedert nach Indikationen oder Organen gebildet werden. Diese Spezialisierung sorgt dafür, dass eine Doppelvorhaltung v. a. von medizinischen Geräten vermieden wird und die Auslastung in den einzelnen Zentren gesteigert werden kann.

Neben der Zentrierung von patientennahen Diensten können in einem Unternehmensverbund auch die patientenfernen Dienste zentriert werden. Wie Abbildung 1–6 zeigt, können letztere zusätzlich nach medizinischen und nicht-medizinischen Diensten unterschieden werden.

Abbildung 1–6

Versorgungszentrierung im Unternehmensverbund



1.3.4 (Sektorübergreifende) Versorgungszentrierung in einer Region

Die Versorgungszentrierung in einer Region folgt dem „System Zentraler Orte“ nach Christaller (1933) und Lösch (1940). Die Krankenhausplanung in Deutschland basiert noch heute auf den Theorien von Christaller und Lösch. Danach verfügt ein „zentraler Ort“ hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung über einen sogenannten Bedeutungsüberschuss. Zentrale Orte bieten Versorgungsgüter und Dienstleistungen in einem größeren Maße an, als dies für die lokal ansässige Bevölkerung notwendig ist, d. h. die umliegende Region wird mitversorgt.

Idealtypisch bildet sich das Einzugsgebiet kreisförmig um den zentralen Ort aus (Thünen 1826). Von entscheidender Bedeutung für die Größe des Einzugsgebietes ist die „wirtschaftliche Entfernung“, d. h. die Transport- und Zeitkosten, die für die Bevölkerung anfallen. Patienten sind nur bereit, bis zu einer bestimmten physischen und damit wirtschaftlichen Entfernung weiter entfernte Versorgungszentren in Anspruch zu nehmen. Indes gilt für die Versorgungszentren, dass sie ein bestimmtes Einzugsgebiet benötigen, um eine betriebliche Mindestgröße zu erreichen, mit der die Betriebskosten pro Leistungseinheit gedeckt werden können. Die Wirtschaftlichkeit einzelner medizinischer Versorgungszentren hängt damit entscheidend von ihrem Einzugsgebiet ab.

Sinken die Kosten der Erreichbarkeit, erweitert sich das Einzugsgebiet eines Krankenhauses. Sofern Patienten die freie Wahl des Krankenhauses eingeräumt wird, kommt es zu einem regionalen Wettbewerb. Je stärker durch moderne Transportwege die Kosten der Erreichbarkeit sinken, umso mehr Patienten können für ein Krankenhaus gewonnen werden. Um den drohenden Verdrängungswettbewerb aufgrund von überlappenden Versorgungsgebieten zu vermeiden, können sich Krankenhäuser komplementär spezialisieren. Durch diese Zentrierung der Versorgung steigen aber wiederum die Erreichbarkeitskosten für die Bevölkerung, da sie nun weitere Wege in Kauf nehmen muss. Durch die Spezialisierung muss die Versorgung für die Patienten – etwa durch eine verbesserte Behandlungsqualität – attraktiver werden, damit sie die Kosten der längeren Wege nicht scheuen (Neubauer et al. 2007).

Durch die zunehmende Zentrierung der Versorgung wird aber die Grundversorgung in der Fläche bedroht. Wenn die Bevölkerung für ihre medizinische Versorgung bereit ist, weitere Wege in Kauf zu nehmen, können ländliche Krankenhäuser nur noch schwer die betriebswirtschaftlich erforderliche Mindestmenge an Patienten erzielen, da sie zunehmend Patienten an die spezialisierten medizinischen Zentren verlieren. Es sei denn, sie spezialisieren sich selbst und bieten nur noch im Verbund eine Grundversorgung an.

Eine neue Dimension der Zentrierung muss in der Zentralisierung der Patientenversorgung in sektorübergreifenden Gesundheitszentren gesehen werden. Hier geht es in erster Linie darum, die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung zu integrieren. Trotz der vielfältigen Möglichkeiten der Telematik bedeutet eine fachliche Integration aber immer noch ein räumliches Zusammenrücken der Behandlungsorte. Fachärzte der gleichen Fachrichtung schließen sich zusammen, um auf diese Weise die interne Spezialisierung zu intensivieren und die erforderliche diagnostische und therapeutische Ausstattung gemeinsam bereitzustellen und zu nutzen.

1.4 Weiterentwicklung

Der zunehmende Kostendruck wird in der Krankenhausversorgung weitere Anpassungsprozesse auslösen. Zum einen werden sich die Krankenhäuser zu größeren Unternehmensgruppen zusammenschließen, zum anderen wird sich aber auch die Spezialisierung und interne Zentrierung als Antwort auf die zunehmende Arbeitsteilung und Wissensvermehrung in der Medizin weiterentwickeln.

Wie wir bereits aufgezeigt haben, sind die Möglichkeiten der Zentrierung in Unternehmensgruppen noch ungleich größer als etwa in einem einzelnen Krankenhaus. Von daher erwarten wir, dass durch die vermehrte Kettenbildung im Krankenhausesektor die Zentrierung der Versorgung sowohl in den Regionen als auch innerhalb der einzelnen Krankenhausgruppen zunehmen wird. Doch auch Krankenhäuser selbst, insbesondere Krankenhäuser der Grundversorgung, stehen vor der Frage, wie sie einerseits ihre Wettbewerbsfähigkeit in der Fläche erhalten und andererseits zu hohe Fallkosten vermeiden können. So wird auch für sie die Zentrierung der Versorgung im Rahmen einer arbeitsteiligen Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenhäusern voranschreiten.

Schließlich sehen wir aber auch in der Zentrierung der fachärztlichen Versorgung gerade für Deutschland noch einen gewissen Verbesserungsbedarf. Im Ausland ist die fachärztliche Versorgung in der Regel am oder im Krankenhaus zentriert. Die in Deutschland noch immer vorzufindende doppelte Facharztschiene ist hier ein Hindernis. Freilich muss das nicht bedeuten, dass alle Fachärzte am Krankenhaus angestellt sein müssen. Hier sind viele Formen der Zentrierung der Versorgung möglich. Von Facharztzentren über Belegkrankenhäuser bis hin zu medizinischen Versorgungszentren können die neuen, durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz liberalisierten Arbeitsbedingungen genutzt werden.

Die Option, dass ein Arzt im Krankenhaus angestellt ist und gleichzeitig mit einer Teilzulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, eröffnet sowohl Krankenhäusern als auch niedergelassenen Medizinerinnen neue Chancen. Durch die Angliederung eines medizinischen Versorgungszentrums an ein Krankenhaus kann eine einheitliche ambulante sowie stationäre Versorgung der Patienten gewährleistet werden. Ein Patient kann kontinuierlich von dem selben Arzt behandelt werden oder zumindest bereits frühzeitig mit dem behandelnden Krankenhausarzt in Kontakt treten. Insbesondere können durch die Zentrierung der ambulanten und stationären Versorgung an einem Ort Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Auch die Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bietet neue Möglichkeiten zur Zentrierung der fachärztlichen Versorgung. Ein MVZ am Krankenhaus kann als Hauptbetriebsstätte einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft beispielsweise als Bestandteil eines auf Onkologie spezialisierten Zentrums fungieren. Vertragsärzte können weiterhin überwiegend in ihrer Praxis tätig sein und zusätzlich im fachübergreifenden Versorgungszentrum. Dies eröffnet für alle Beteiligten, d. h. Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Patienten Vorteile und Synergiepotenziale.

Insgesamt kann durch die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes die Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung verstärkt werden. Allerdings gilt es zu bedenken, dass bereits vor Einführung des VÄndG durch das Belegarztwesen und Ermächtigungen für Krankenhausärzte eine Verzahnung der fach-

ärztlichen Versorgung möglich war. Zumindest dürften die neuen Regelungen aber einen stärkeren Wettbewerb und damit Anpassungsprozesse auslösen, die zukünftig wiederum die Zentrierung der Versorgung forcieren dürften.

1.5 Europäische Perspektive

Ein zusammenwachsender europäischer Raum wird an den vielen Grenzen der europäischen Mitgliedsstaaten eine transnationale Zentrierung der Krankenhausversorgung nicht nur zulassen, sondern sogar unterstützen (Neubauer und Schallermaier 2006). Schon heute gibt es im Bereich der Hochleistungsmedizin bestimmte Zentrierungstendenzen. Hier sei etwa an das europäische Transplantationszentrum erinnert.

Gerade kleinere europäische Mitgliedsstaaten müssen sich überlegen, wie weit sie vor dem Hintergrund der Entwicklung der Medizin den Anspruch erfüllen wollen, alle Möglichkeiten der medizinischen Versorgung im eigenen Land anzubieten, oder ob sie sich nicht besser im Rahmen einer Arbeitsteilung und Spezialisierung mit den Nachbarstaaten entsprechend abstimmen. Für die großen europäischen Mitgliedsstaaten ist diese Frage aber ebenfalls nicht von vornherein abzulehnen – auch sie sollten sich insbesondere im Bereich der Forschung und Entwicklung zu Zentren hinbewegen.

Die Bildung von Kompetenzzentren, die für besondere Entwicklungen stehen, kann durchaus im europäischen Rahmen ablaufen. Hier eröffnet sich in der nahen Zukunft gerade für die Europäische Kommission im Rahmen ihrer Initiative zur Koordination der Gesundheitspolitik ein reichhaltiges Feld. Freilich muss Koordination heißen, durch finanzielle Unterstützung und durch Information Abläufe aufeinander abzustimmen und nicht zentral anzuordnen.

1.6 Literatur

- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346: 1128–37.
- Christaller W. Die zentralen Orte in Süddeutschland: eine ökonomisch-geographische Untersuchung über die Gesetzmäßigkeit der Verbreitung und Entwicklung der Siedlungen mit städtischen Funktionen. Jena: Fischer 1933.
- Heller G. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen in Deutschland? In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz*. Stuttgart: Schattauer 2005: 213–32.
- Lösch A. Die räumliche Ordnung der Wirtschaft. Eine Untersuchung über Standort, Wirtschaftsgebiete und internationalen Handel. Jena: Fischer 1940.
- Münch E. Vom Krankenhaus zum Versorgungs- und Service-Stützpunkt in der Flächenversorgung. In: Rebscher H (Hrsg.). *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Heidelberg: Economica 2006: 769–82.
- Neubauer AS, Neubauer S. Macht Übung den Meister? Deutschland erfindet das Mindestmengen-Rad. *krankenhaus umschau* 10/2005: 838-840.

- Neubauer G, Schallermaier C. Europäische Integration als Herausforderung an die Wirtschaft. In: Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Ausgewählte Beiträge von Günter Neubauer. München: Eigenverlag. 2006.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer 2007: 65–85.
- Picot A, Diel H, Franck E. Organisation: Eine ökonomische Perspektive. 3. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 2002.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- Thünen JH von. Der isolierte Staat in Beziehung auf Landwirtschaft und Nationalökonomie. Hamburg: Friedrich-Perthes Verlag 1826.
- Vickers AJ, Bianco FJ, Serio AM, Eastham JA, Schrag D, Klein EA, Reuther AM, Kattan MW, Pontes JE, Scardino PT. The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy. In: JNCI Journal of the National Cancer Institute 2007; 99(15):1171–7.
- Zelle B. Kooperationen von Krankenhäusern im Bereich der Patientenversorgung. Bayreuth: P.C.O. 1998.

This page intentionally left blank

2 Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte

Bettina Gerste

Abstract

Anhand einer Sekundärdatenanalyse soll die Zentrenlandschaft in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2006 beschrieben werden. Dazu wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet. Die Verteilung der Zentren nach Größe, Trägerschaft und Region sowie die an den Zentren beteiligten Fachabteilungen werden ebenso dargestellt wie die Strukturmerkmale der zentrenbildenden Krankenhäuser. Insgesamt werden 2933 Zentrennennungen aus 889 Krankenhäusern ausgewertet. Die meisten Zentren befanden sich in Kliniken öffentlicher Trägerschaft und waren etwa gleich auf Häuser unterschiedlicher Größe verteilt. In der Regel waren ein bis drei Fachabteilungen an einem Zentrum beteiligt. Die häufigste Form war das Brustzentrum. Die ausgewerteten Qualitätsberichte geben jedoch nicht zu allen Fragen Aufschluss, da die Diversität der Einträge einen schnellen systematischen Überblick erschwert.

By means of a secondary data analysis of quality reports, the article describes the number and forms of medical care centres in German hospitals in 2006. Centres are described by size, ownership, region and hospital units involved as well as the structural features of the respective hospitals. 889 hospitals have reported a total of 2933 medical care centres. The majority were located in clinics of public ownership and were more or less equally distributed to hospitals of different sizes. In most cases, one to three hospital units were involved. The most common form was the breast center. However, since the evaluated quality reports are filled out very diversely, some questions remain open.

2.1 Hintergrund und Ziel

Mit den Veränderungen der Krankenhauslandschaft in den letzten Jahren sowie mit der Verschiebung des Fokus auf eine sektoren- oder disziplinenübergreifende Versorgung von Patienten zeigt sich verstärkt ein Trend zur Bildung von Versorgungszentren im Krankenhaus. Die Zentrenbildung gilt einerseits als Antwort auf erhöhten wirtschaftlichen Druck – so verspricht man sich beispielsweise Synergieeffekte durch Ressourcenbündelung und mehr Kosteneffizienz durch restrukturierte, verbesserte Prozessabläufe. Sie gilt andererseits als Marketinginstrument gegenüber den Patienten – Alleinstellungsmerkmale etwa sind über den Zentrenbegriff gut nach außen kommunizierbar. Unter medizinischen Gesichtspunkten steht als dritte wichtige Grün-

dungsmotivation die fächerübergreifende Bündelung medizinischer Kompetenz im Vordergrund, die eine Verbesserung der Behandlungsqualität erwarten lässt.

Der Begriff des Zentrums ist jedoch zur Zeit nicht geschützt; es existieren kaum klare oder einheitliche Vorgaben bei der Etablierung eines Zentrums. Die definitiven Unschärfen setzen sich bei den Typologien für (Versorgungs-)Zentren an Krankenhäusern fort. Eine kurze Literaturrecherche ergibt bereits rund zehn verschiedene Typen.¹

Der Gesetzgeber regelt im KHEntg (§ 5 Abs. 3) lediglich Vergütungsfragen, stellt aber in seiner Gesetzesbegründung die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit Qualitätsfragen heraus.²

Das Fehlen ausreichender strukturbildender Kriterien sowie die unterschiedlichen Motivationen für die Zentrenbildung haben zum Entstehen einer vielgestaltigen Zentrenlandschaft beigetragen. Es ist an der Zeit, diese erstmals eingehender zu beschreiben.

Ausgehend von den veröffentlichten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, der einzigen bereits zur Verfügung stehenden Informationsquelle, wird der Stand der Zentrenbildung innerhalb deutscher Kliniken anhand einer Sekundärdatenanalyse untersucht: Welche Aussagen lassen sich zu den existierenden Zentren treffen – und welche nicht? Dies dient gegebenenfalls dazu, weiteren Informations- oder Forschungsbedarf deutlich zu machen.

Leitfragen der Analyse sind:

- Welche Strukturmerkmale tragen diejenigen Krankenhäuser, die Zentren gebildet haben? Existieren Unterschiede nach Trägerschaft oder Krankenhaus-Größenklassen?
- Kann man verschiedene Formen von Zentren unterscheiden und wie häufig und verbreitet sind die verschiedenen Zentrumstypen? Variieren die Formen mit den Strukturmerkmalen des Krankenhauses?
- Welche Fachabteilungen sind an der Zentrenbildung vorrangig beteiligt?

2.2 Qualitätsberichte als Datengrundlage

Datengrundlage und gesetzlicher Rahmen

Die deutschen Krankenhäuser sind seit 2005 gesetzlich verpflichtet, alle zwei Jahre (erstmalig für das Berichtsjahr 2004) einen strukturierten Qualitätsbericht über das Haus und seine Organisationseinheiten zu erstellen. Qualitätsberichte sind von allen

1 Der Wissenschaftsrat unterscheidet in seinen Allgemeinen Empfehlungen zur Universitätsmedizin (vom 13.07.2007, Berlin) Departments und Profizentren. Schmitz et al. (2006) unterscheiden Kompetenzzentren, Behandlungszentren, Koordinationszentren und administrative Zentren. Sie klassifizieren nach dem Grad interner Eigenständigkeit: Sind eigene Führungs- und Verwaltungsstrukturen vorhanden oder nicht? Hat das Zentrum Budgetverantwortung? Siewert (2005) unterscheidet Departments, ressourcenorientierte Zentren, krankheitsorientierte Zentren und Service-Zentren. Bei Richter-Kuhlmann wird neben diesen Begriffen auch der Terminus DRG-Zentrum verwendet.

2 Siehe dazu ausführlicher den Beitrag von Deh/Dralle in diesem Band

nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern auf der Grundlage des § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V anzufertigen, den Krankenkassen zu übermitteln und zu veröffentlichen. Sie dienen der Information der Öffentlichkeit über das Leistungsangebot und das Engagement der Kliniken im Hinblick auf Qualität und Qualitätssicherung und sollen etwa Patienten oder einweisenden Ärzten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen.

Grundlage dieses Beitrags sind die im Jahr 2007 von den Krankenhäusern veröffentlichten Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2006.

Vorbemerkungen zu Datenqualität und Vorgehen

Die in den Qualitätsberichten dokumentierten Angaben werden von den Krankenhäusern selbst vorgenommen, Vorgaben gibt es kaum. Entsprechend wird allein bei der Benennung von fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkten oder Zentren eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffe verwendet (Freitextfelder). Die weitgehend unstandardisierte Form der Darstellung bringt es mit sich, dass bei der hier durchgeführten quantitativen Analyse in vielen Fällen sehr starke Verallgemeinerungen und Zusammenfassungen vorgenommen werden müssen, um zu Aussagen über Gruppen von Zentren zu kommen. So werden etwa rein sprachliche Merkmale zur Klassifizierung der Zentren herangezogen (Ausählung des Vorkommens bestimmter Wortfolgen, ohne im Einzelfall beispielsweise die konkrete Vertragslage zu berücksichtigen).

Eine erste Sichtung der Berichte ergab, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgegebene Struktur zur Typisierung der Zentren, die eine Klassifizierung in zunächst neun konkrete und eine Restkategorie³ vorsah, zur Erfassung der neu entstandenen Vielfalt von 4250 in den Berichten genannten fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkten bei Weitem nicht ausreichte. 57,2 Prozent aller Einträge waren unter „Sonstiges“ verzeichnet und nur durch einen Text näher beschrieben.

Darunter fand sich eine Vielzahl von Angaben, die mit zentrierter Versorgung zwar in Verbindung gebracht werden können, beispielsweise Kooperation mit niedergelassenen Praxen, Beratungsstellen, Tageskliniken oder Nennung von Schwerpunkten, aber dennoch nicht selbst als Zentrum zu bezeichnen wären. Diese wurden herausgefiltert und nur solche Einrichtungen weiter betrachtet, die den Begriff „Zentrum“ im Namen bzw. im Erläuterungstext führten. Insgesamt waren dies 2933 Zentren, deren Merkmale in der folgenden Auswertung näher beschrieben werden.

³ Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses“ (A-8), Anhang 2 zu Anlage 1 der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser bzw. Vereinbarung des G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 17.10.2006, zuletzt geändert am 21.06.2007, Anhang 2 zu Anlage 1, zuletzt geändert am 21.02.2006.

2.3 Empirische Analyse der Zentrenbildung

Überblick über die teilnehmenden Krankenhäuser

Im Jahr 2006 hatten insgesamt 1 899 Krankenhäuser Qualitätsberichte veröffentlicht (Tabelle 2–1). 889 Kliniken⁴ berichteten Informationen zu Zentren, davon 14 Kliniken mit mehreren Standorten⁵. Das entsprach 42,3 Prozent aller Krankenhäuser im Jahr 2006 oder 46,8 Prozent der Kliniken mit veröffentlichtem Qualitätsbericht. Da vermehrt große Häuser Zentren führten und kleinere Kliniken deutlich unterrepräsentiert waren (Abbildung 2–1, linker Teil), deckten die 889 Häuser bereits 73,3 Prozent aller Betten und 78,4 Prozent aller Fälle in Deutschland ab.

Freigemeinnützige und öffentliche Häuser, die in der Regel größer sind als Kliniken privater Trägerschaft, waren über-, private unterrepräsentiert (Abbildung 2–1, rechter Teil).

Jede dritte Klinik hatte lediglich ein Versorgungszentrum eingerichtet, knapp zwei Drittel der Häuser wiesen ein bis drei Zentren auf. Im Mittel waren es 3,3 Zentren pro Krankenhaus, das Maximum lag bei 34 Zentren.

Überblick über die Zentren

Im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung gaben die 889 Kliniken für das Jahr 2006 2 933 Versorgungszentren an.

Die hohe Anzahl an Zentrennennungen überrascht. Sie kommt teilweise dadurch zustande, dass die Datenquelle Mehrfachnennungen enthält.

Tabelle 2–1

Anzahl von Versorgungszentren je Krankenhaus

	Anzahl Zentren	Anzahl Krankenhäuser	Anteil an Häusern mit Zentren in Prozent	Anteil an allen Häusern mit Bericht in Prozent
	1	310	34,9	16,3
	2	182	20,5	9,6
	3	116	13,0	6,1
	4	79	8,9	4,2
	5–6	102	11,5	5,4
	7–9	60	6,7	3,2
	10–19	35	3,9	1,8
	über 20	5	0,6	0,3
Häuser mit Zentrum		889	100,0	46,8
Häuser ohne Zentrum		1 010		53,2
Häuser mit Qualitätsbericht		1 899		100,0

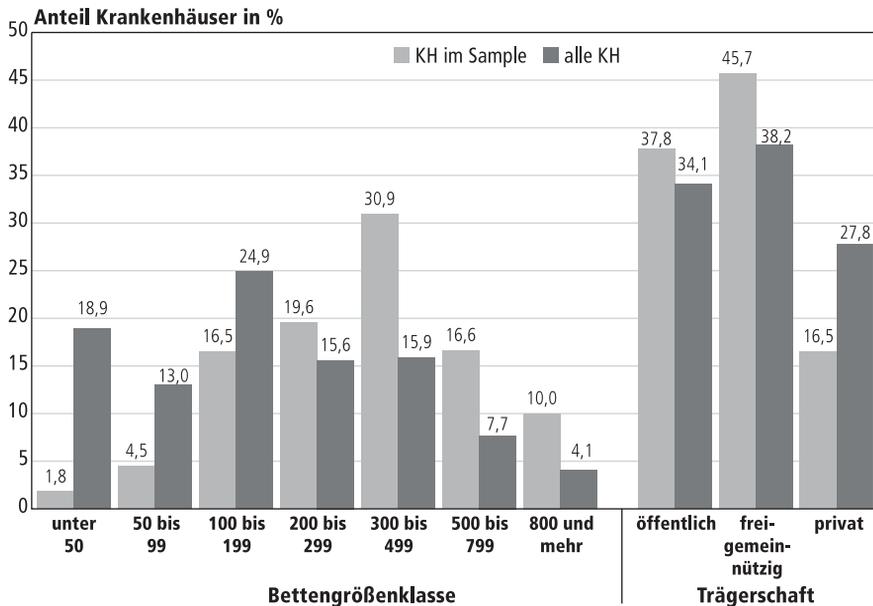
Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

4 Betriebseinheiten nach Institutionskennzeichen (IK)

5 Häuser mit einem Standort wurden genauso gewertet wie Häuser mit mehreren Standorten.

Abbildung 2–1
Repräsentativität



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

- Ein Zentrum, an welchem mehrere Kliniken beteiligt sind, wird in den je Krankenhausbetrieb anzufertigenden Qualitätsberichten häufig von allen Kooperationspartnern aufgeführt – ein aus der Perspektive des ausfüllenden Hauses folgerichtiger Schritt, der jedoch die tatsächliche Anzahl der Zentren verschleiert. Eine Kennzeichnung als externe Kooperation erfolgt nicht in jedem Fall, und wenn, dann nur durch einen Erläuterungstext, nicht in maschinenlesbarer Form.⁶ Das Herausfiltern von Mehrfachnennungen aus den Daten ist ohne weitere Recherchen unmöglich.

⁶ Beispiel 1: Kooperationen zwischen zwei Betreibern sind oft nur durch eine Bindestrich-Konstruktion im Namen vermutbar: Haus 1 führt ein zertifiziertes Brustzentrum mit seinem vollen Namen (mit regionalem Bezug: zwei Städtenamen finden sich darin wieder) ohne Angabe von Kooperationspartnern auf. Aufgrund des zusammengesetzten Namens wird für die zweite Stadt recherchiert: Auch das dortige Krankenhaus berichtet ein zertifiziertes Brustzentrum, jedoch ohne Angabe weiterer Details.

Beispiel 2: Nicht alle Kooperationspartner führen ein Zentrum, an dem sie teilhaben, auf: Ein Partner nennt das Zentrum samt den drei weiteren Kooperationspartnern im Erläuterungstext. Von diesen Partnern nennt einer das Zentrum ebenfalls, die beiden anderen erwähnen es nicht.

Beispiel 3: Kooperation nur von einem Partner benannt, aber Zentrum von allen aufgeführt: Haus 1 beschreibt, dass das „Brustzentrum xy“ im Jahr z als Zusammenschluss dreier Krankenhäuser und zahlreicher Kooperationspartner aus dem Vertragsarztbereich gegründet wurde. Haus 2 und Haus 3 berichten jeweils ein Brustzentrum ohne weitere Anmerkungen.

- Bei Häusern mit mehreren Standorten – davon sind 14 im Sample enthalten – wurde ebenfalls jedes aufgeführte Zentrum gezählt, auch wenn es von mehreren Standorten genannt wurde (analog zum Vorgehen bei Kooperationen zwischen mehreren Kliniken).⁷

Aus diesem Grund sind nicht Aussagen nicht über „Zentren“ schlechthin möglich, sondern lediglich Aussagen über „Zentrennennungen“ oder „Zentrenbeteiligungen“.

Leistungsspektrum der Zentren

Als häufigste Zentrenform gelten Medizinische Kompetenzzentren (Schmitz et al. 2006). Sie stellen eine organisatorische Möglichkeit dar, sich auf Behandlungsschwerpunkte zu konzentrieren, traditionelle Fächergrenzen zu überwinden und eine verbesserte Versorgung der Patienten anzubieten. Aufgrund der jeweiligen Schwerpunktsetzung sind sie meist nach Indikationen, Organen, Symptomen oder Befunden benannt.

Die zehn vorgegebenen Kategorien der Auswahlliste⁸ wurden nach Sichtung der Kommentare in der Kategorie „Sonstige“ um acht weitere ergänzt.⁹ Damit konnte der Anteil sonstiger Zentren von 39,7 auf 20,8 Prozent verringert werden. Eine weitere Zusammenfassung erschien allerdings aufgrund der vorgefundenen Diversität wenig sinnvoll – keine der weiteren zu bildenden Gruppen hätte mehr als 30 Zentren enthalten.

Die Verteilung der 2 322 Zentren, für die eine Zuordnung zu den 17 Kategorien vorgenommen werden konnte, ist in Abbildung 2–2 dargestellt. Die häufigste Form waren mit Abstand die Brustzentren. Vergleichsweise häufig waren auch Zentren

⁷ Insgesamt wurden von diesen 14 Häusern 65 Zentren genannt.

⁸ 1. Brustzentrum

2. Perinatalzentrum

3. Schlaganfallzentrum

4. Transplantationszentrum

5. Traumazentrum

6. Tumorzentrum

7. Zentrum für angeborene und erworbene Fehlbildungen

8. Zentrum für Gefäßmedizin

9. Zentrum für Schwerbrandverletzte

10. Sonstige

⁹ Folgende acht Kategorien wurden neu gebildet (in Klammern sind jeweils alle Begriffe bzw. Wortkomponenten aufgeführt, deren Nennung zur Zuordnung führten. Unterschiedliche Schreibweisen und Beugungsformen wurden ebenfalls berücksichtigt.):

1. (In-)Kontinenzzentrum (Inkontinenz, Kontinenz, Beckenboden)

2. Schmerzzentrum (Palliativ, Schmerz)

3. Darmzentrum (Darm, Koloproktologie; ohne Kombination Magen-Darm, diese findet sich unter Bauchzentren)

4. Diabeteszentrum (Diabetes, Diabetologie)

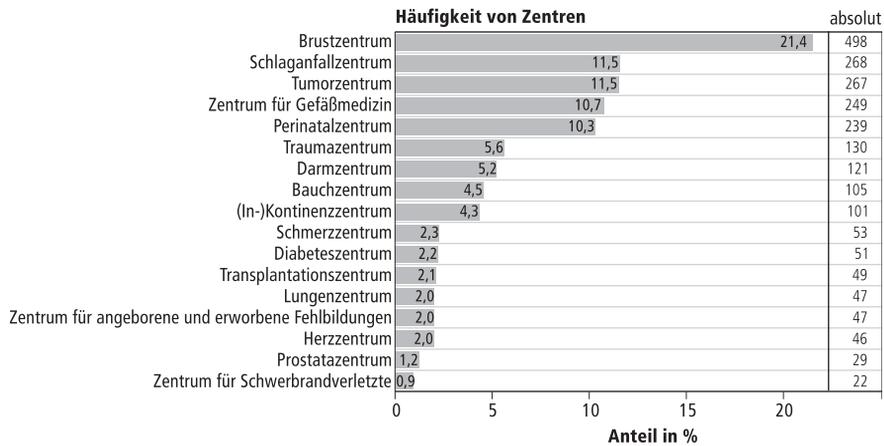
5. Bauchzentrum (Bauch, abdominal, Magen-Darm, gastro, viszeral)

6. Herzzentrum (Herz, Kardiologie, Rhythmologie)

7. Lungenzentrum (Lunge, Thorax, Pneumologie, Pulmologie)

8. Prostatazentrum (Prostata)

Abbildung 2–2

Häufigkeit der Zentrentypen

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

für Gefäßmedizin, Schlaganfall, Tumorerkrankungen und Perinatalzentren. Es existieren hingegen nur wenige Prostatazentren oder Zentren für Schwerbrandverletzte.

Trägerschaft der Zentren

Beinahe jedes zweite Zentrum befand sich in Kliniken öffentlicher Trägerschaft (Tabelle 2–2), was überwiegend auf die Universitätsklinika mit ihrer überdurchschnittlichen Größe und deren Engagement hinsichtlich der zentrierten Versorgung zurückzuführen sein dürfte. Erwartungsgemäß lag die Anzahl der Zentren pro Haus in öffentlicher Trägerschaft über der freigemeinnütziger oder privater Kliniken.

Die zusätzliche Differenzierung nach dem Zentrentyp lässt ebenfalls erkennen, dass die Maximalversorgung, gemessen z. B. an Transplantations-, oder Traumazentren, eher in öffentlichen Häusern stattfindet, die Grundversorgung, gemessen an Bauch-, Lungen- oder Darmzentren, eher in freigemeinnützigen Kliniken (Abbildung 2–3).

Tabelle 2–2

Zentren nach Trägerschaft

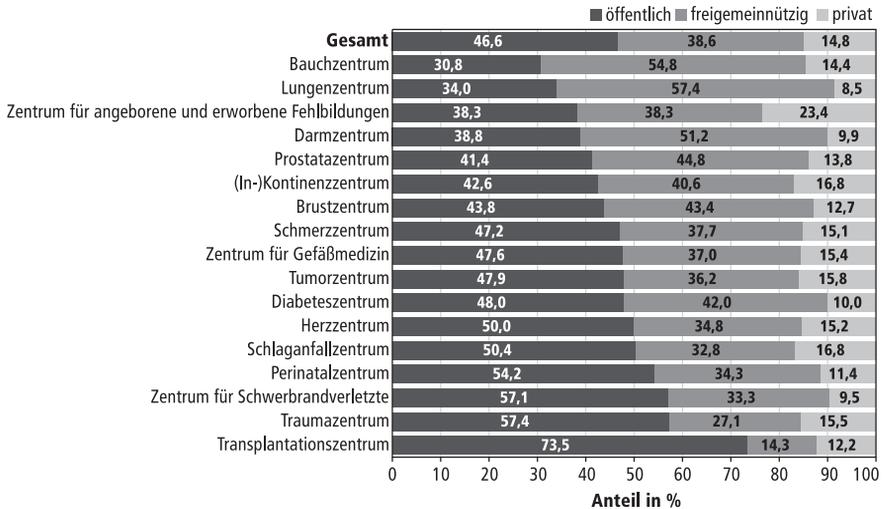
Trägerschaft	Anteil an den Zentren (in %)	mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)
öffentlich	46,6	4,1	37,8
freigemeinnützig	38,6	2,8	45,7
privat	14,8	2,9	16,5
gesamt	100	3,3	100,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 2–3

Zentrentyp nach Trägerschaft



Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

Zentren nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser

Fachabteilungsübergreifende Kooperationen können erst bei Kliniken mit mehreren Fachabteilungen entstehen und setzen somit eine gewisse Krankenhausgröße voraus. Die Analyse verdeutlicht die Größenabhängigkeit. Kliniken bis 300 Betten machten bereits 42,4 Prozent aller Häuser im Sample aus (Tabelle 2–3), stellten aber nur rund jedes vierte Zentrum (24,1 %). Am anderen Ende der Größenskala – bei den Kliniken über 800 Betten – waren in 10,0 Prozent der Häuser bereits 24,5 Prozent aller Zentren angesiedelt. Die mittlere Zentrenzahl je Haus stieg kontinuierlich mit der Krankenhausgröße an.

Für eine nach Zentrentyp differenzierte Darstellung wurden daher die unteren Größenklassen bis 300 Betten zu einer zusammengefasst. Insgesamt verteilen sich die 2933 Zentren mit jeweils rund einem Viertel gleich auf Krankenhäuser der vier Größenklassen (Abbildung 2–4).

Vorwiegend in großen Kliniken bzw. bei Maximalversorgern angesiedelt waren erwartungsgemäß Transplantationszentren und Zentren für Fehlbildungen und für Schwerbrandverletzte (Abbildung 2–5). Diese wiesen jeweils eine geringe Gesamtanzahl auf. Damit zeigt sich auch bei der Fokussierung auf Zentren, dass Maximalversorger eher als andere auf die Versorgung von seltenen Indikationen spezialisiert sind.

Überwiegend in kleineren Häusern waren Bauch-, Darm- und sowie die häufigste Kategorie, die Brustzentren, angesiedelt. Auch die Zentren für Fehlbildungen fielen hier auf, denn diese fanden sich zu einem hohen Prozentsatz sowohl in sehr großen als auch in kleinen Häusern (Abbildung 2–5).

Betrachtet man die beiden oberen Größenklassen zusammen (Häuser mit über 500 Betten), wird erkennbar, dass auch Herz-, Prostata-, Diabetes- und Perinatal-

Tabelle 2–3

Zentren nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses

Anzahl Betten	Anteil an den Zentren (in %)	Mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)
unter 50	0,7	1,1	1,8
50 bis 99	1,6	1,2	4,5
100 bis 199	8,9	1,7	16,5
200 bis 299	12,9	2,0	19,6
300 bis 499	26,4	2,9	30,9
500 bis 799	25,0	4,9	16,6
800 und mehr	24,5	8,5	10,0
Insgesamt	100,0	3,3	100,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

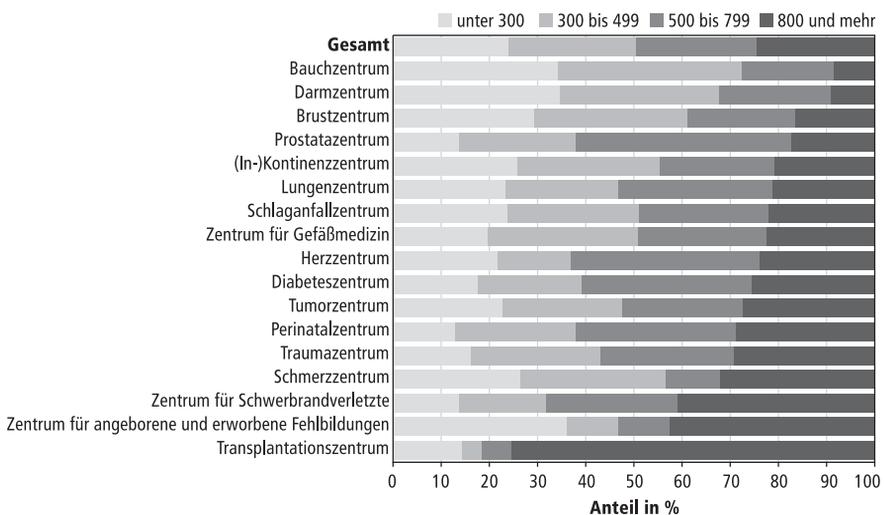
WIdO

zentren sich hauptsächlich (zu über 60 Prozent) in großen Kliniken befanden (Abbildung 2–4). Bis auf die Perinatalzentren (n=239) wiesen alle genannten Zentren-typen nur eine geringe Gesamtanzahl (maximal n=51) auf.

Weitere häufige Zentrenformen (Gefäßmedizinische, Schlaganfall- und Tumorzentren) verteilten sich zu rund jeweils einem Viertel gleich auf alle Größenklassen.

Abbildung 2–4

Zentrentyp nach Bettengrößenklasse

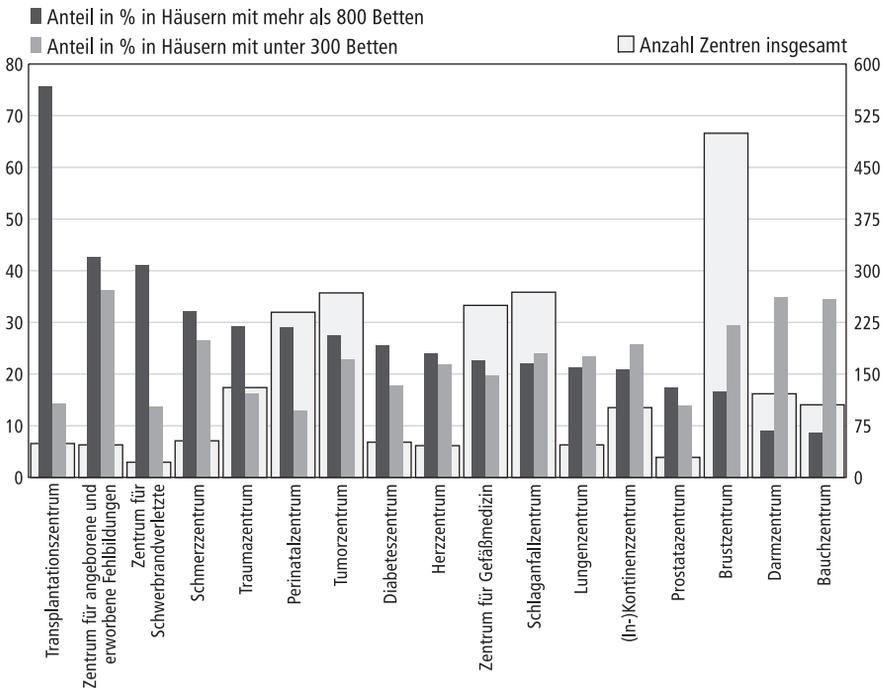


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 2–5

Verteilung der Zentrentypen in der kleinsten und größten Bettengrößenklasse



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Zentren nach Bundesland

Die regionale Verteilung der Zentren ist Tabelle 2–4 zu entnehmen. Gemessen an der durchschnittlichen Zahl der Zentrennennungen je Krankenhaus, die, wie bereits erwähnt, bei 3,3 lag, waren überdurchschnittliche Werte mit 4,5 und mehr Zentren je Haus in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Berlin und Bremen zu finden. Dies lässt sich z. T. mit der Größe der beteiligten Kliniken erklären (im Mittel mindestens 500 Betten), weil – wie bereits festgestellt – die Zahl der Zentren einer Klinik mit ihrer Größe ansteigt.

Überdurchschnittlich häufig vertreten waren Krankenhäuser und Zentren aus NRW: Jedes vierte in den Berichten aufgeführte Zentrum wurde aus diesem Bundesland gemeldet. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zur regionalen Krankenhausplanung, die auch Regelungen zu Zentren enthält¹⁰.

Für die hier nicht im Detail dargestellten Regionalanalysen nach Zentrentyp seien zwei weitere Auffälligkeiten genannt, um die Variationsbreite bei Zentrengründungen, die Schnelligkeit der Verbreitung neuer Zentrentypen oder die Auswirkungen der Aktivitäten auf gesetzgeberischer Seite zu verdeutlichen:

10 Siehe auch den Beitrag von Deh/Dralle in diesem Band.

Tabelle 2–4

Regionale Verteilung der Zentren nach Bundesland

Land	Anzahl Zentren	Anteil an den Zentren (in %)	Mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)	Mittlere Anzahl Betten je Krankenhaus
Schleswig-Holstein	103	3,5	3,6	3,3	377
Hamburg	71	2,4	3,6	2,2	516
Niedersachsen	245	8,4	3,2	8,5	361
Bremen	50	1,7	4,5	1,2	501
Nordrhein-Westfalen	763	26,0	3,2	26,5	397
Hessen	176	6,0	3,1	6,4	400
Rheinland-Pfalz	147	5,0	3,4	4,8	472
Baden-Württemberg	339	11,6	3,0	12,6	404
Bayern	338	11,5	2,9	13,2	396
Saarland	54	1,8	3,4	1,8	386
Berlin	127	4,3	4,5	3,1	655
Brandenburg	86	2,9	2,9	3,4	412
Mecklenburg-Vorpommern	84	2,9	5,6	1,7	595
Sachsen	147	5,0	3,1	5,3	444
Sachsen-Anhalt	94	3,2	3,4	3,1	462
Thüringen	109	3,7	4,5	2,7	500
Insgesamt	2 933	100,0	3,3	100,0	421

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

- In Nordrhein-Westfalen waren Darmzentren auffällig häufig, über die Hälfte der 121 Nennungen kam aus NRW. Auch Prostata-, Diabetes-, Lungen- und Bauchzentren wurden dort überdurchschnittlich häufig genannt. Besondere Gründe für diese Häufung, beispielsweise eine spezifische Berücksichtigung in der Krankenhausplanung des Landes, sind jedoch nicht bekannt¹¹.
- Prostatazentren wurden nur aus westlichen Bundesländern und Berlin berichtet.

Überblick über an den Zentren beteiligte Fachabteilungen

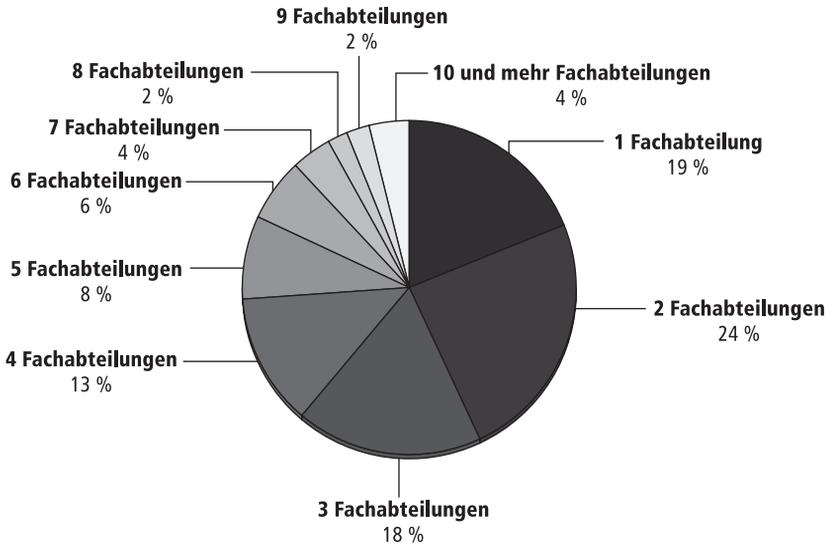
Die Art und Anzahl der am jeweiligen Zentrum beteiligten Fachabteilungen kann Aufschluss über den Grad der Interdisziplinarität eines Zentrums erteilen.¹²

11 Persönliche Mitteilung der AOKs Rheinland/Hamburg und Westfalen-Lippe.

12 Informationen über beteiligte Fachabteilungen wurden den Strukturdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen der Qualitätsberichte entnommen. Die meisten Häuser gaben die teilnehmenden Fachabteilungen nach der gebräuchlichen Nomenklatur an; manche haben Namen benutzt, die in ihrer Schreibweise nicht im Fachabteilungsschlüssel enthalten waren. Diese konnten

Abbildung 2–6

Anzahl der an einem Zentrum beteiligten Fachabteilungen



Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

In der Regel waren ein bis drei Fachabteilungen an einem Zentrum beteiligt (Abbildung 2–6). Knapp zwei Drittel aller Zentren gingen somit wenig Kooperationen mit anderen Fachgruppen ein. Mit 19 Prozent lag der Anteil von Zentren mit nur einer Fachabteilungsbeitrag überraschend hoch.

Welchem Fach die Abteilungen zuzuordnen waren, ist Tabelle 2–5 zu entnehmen. Darin sind die größten Zentrentypen (über 50 Nennungen) mit den jeweils häufigsten Fachabteilungsbeiträgen aufgeführt. Dabei wurden jeweils die fünf häufigsten Fachabteilungen je Zentrentyp berücksichtigt. So waren beispielsweise an 87 Prozent aller Brustzentren Fachabteilungen der „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, bei 20 Prozent nuklearmedizinische Abteilungen beteiligt.

Die Strahlenheilkunde ist bei Brust- und Tumorzentren zu rund 40 Prozent beteiligt. Pathologie und Nuklearmedizin werden nur bei Brustzentren aufgeführt, nicht aber bei Tumorzentren.

Die Allgemeine Chirurgie war mit Ausnahme der Brust- und Perinatalzentren überall beteiligt, in der Regel mit Beteiligungsquoten von über 50 Prozent. Auch Kooperationen mit der Radiologie oder der Inneren Medizin wurden für die Mehrzahl der Zentren angeführt.

Tabelle 2–6 stellt dar, welches die je Zentrentyp häufigsten Kombinationen beteiligter Fachabteilungen waren. Dies konnten auch solitäre Abteilungen sein: So

teilweise nachbearbeitet werden, damit eine Auswertung möglich war. In einigen Fällen wurde auch die Angabe „Alle Fachabteilungen des Hauses“ gemacht. Durch diese Unschärfen konnten nicht für alle Zentren entsprechende Fachabteilungsbeiträge ermittelt werden. Es fehlen daher 3,4 Prozent der Zentren (n=100) bei den fachabteilungsbezogenen Auswertungen.

Tabelle 2–5
Anteil der in den Zentren beteiligten Fachabteilungen in %

Fachabteilung	Zentrumstyp											
	Brust	Schlag-anfall	Tumor	Gefäß-medicin	Peri-natal	Trauma	Darm	Bauch	Inkon-tinenz	Schmerz	Diabetes	Sonstige
Allgemeine Chirurgie	33		69	95		96	90	97	72	33	54	53
Anästhesie						46				40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	87		46		74				89		19	
Gastroenterologie							36	36			17	
Geburtshilfe					34				20			
Innere Medizin	44		47	43			62	71			71	28
Intensivmedizin	18					32				33		
Kardiologie				23								
Kinderchirurgie					14							
Neonatologie					29							
Neurologie			74						18	29		14
Nuklearmedizin	20											
Orthopädie												
Pädiatrie					76						21	13
Pathologie	21											
Radiologie	44	36	28	58		35	33	11			17	16
Sonstige Fachabteilung				24						46		
Strahlenheilkunde	40		43				31	14				
Urologie												67

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

war bei den Brustzentren die häufigste Nennung die Frauenheilkunde und Geburtshilfe – und zwar ohne andere Beteiligungen. Die Anteilswerte der jeweils häufigsten Fachabteilungskombination an den entsprechenden Zentren variierten stark. So stellte allein die Kombination „Innere Medizin; Allgemeine Chirurgie“ 35,4% aller Bauchzentren. Hingegen zeichnen sich die Tumorzentren durch sehr unterschiedliche Fachabteilungskombinationen aus; selbst die häufigste Konstellation, die aus einer Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie ohne weitere Fachabteilungsbeteiligung besteht, macht weniger als drei Prozent aller Tumorzentren aus.

Fasst man jeweils die fünf häufigsten Kombinationen zusammen, so schwanken die Anteilswerte zwischen 12% bei den Tumorzentren und mehr als 63% bei den Bauchzentren. Bei beiden Betrachtungsweisen erweisen sich die Bauchzentren somit als der homogenste Zentrumstyp, während sich die Tumorzentren durch besondere Heterogenität auszeichnen.

Tabelle 2–6

Die häufigsten Fachabteilungskombinationen nach Zentrentyp

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
Brustzentrum (n=498)	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	110	22,4	} 37,7
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Radiologie	32	6,5	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geburtshilfe	21	4,3	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Strahlenheilkunde	11	2,2	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Strahlenheilkunde, Radiologie, Pathologie	11	2,2	
Schlaganfallzentrum (n=268)	Neurologie	51	19,0	} 44,4
	Innere Medizin	29	10,8	
	Innere Medizin, Neurologie	17	6,3	
	Neurologie, Radiologie	11	4,1	
	Allgemeine Chirurgie, Neurologie, Radiologie	11	4,1	
Tumorzentrum (n=267)	Allgemeine Chirurgie	8	2,9	} 12,1
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	7	2,6	
	Innere Medizin	7	2,6	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6	2,2	
	Allgemeine Chirurgie, Strahlenheilkunde	5	1,8	

Tabelle 2–6

Fortsetzung

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
Zentrum für Gefäßmedizin (n=249)	Allgemeine Chirurgie	34	13,9	} 41,6
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	22	9,0	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Radiologie	20	8,2	
	Allgemeine Chirurgie, Radiologie	17	6,9	
	Allgemeine Chirurgie, Sonstige Fachabteilung, Radiologie	9	3,7	
Perinatalzentrum (n=239)	Pädiatrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	64	27,0	} 53,2
	Pädiatrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	11,4	
	Pädiatrie, Neonatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13	5,5	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12	5,1	
	Pädiatrie	10	4,2	
Traumazentrum (n=130)	Allgemeine Chirurgie	24	18,9	} 30,7
	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	8	6,3	
	Pädiatrie, Allgemeine Chirurgie	3	2,4	
	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Urologie, Orthopädie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Radiologie, Anästhesie	2	1,6	
	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie	2	1,6	
Darmzentrum (n=121)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	26	23,6	} 40,9
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Radiologie	6	5,5	
	Allgemeine Chirurgie	6	5,5	
	Innere Medizin, Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	4	3,6	
	Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	3	2,7	
Bauchzentrum (n=105)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	34	35,4	} 63,5
	Innere Medizin, Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	9	9,4	
	Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	9	9,4	
	Allgemeine Chirurgie	6	6,3	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Strahlenheilkunde	3	3,1	

Tabelle 2–6

Fortsetzung

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
(In-)Kontinenzzentrum (n=101)	Allgemeine Chirurgie, Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	16,8	} 43,6
	Allgemeine Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11	10,9	
	Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8	7,9	
	Allgemeine Chirurgie, Urologie	4	4,0	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4	4,0	
Schmerz-zentrum (n=53)	Sonstige Fachabteilung	6	11,5	} 32,7
	Innere Medizin, Strahlenheilkunde, Sonstige Fachabteilung	3	5,8	
	Intensivmedizin, Anästhesie	3	5,8	
	Anästhesie	3	5,8	
	Intensivmedizin, Sonstige Fachabteilung, Anästhesie	2	3,8	
Diabetes-zentrum (n=51)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	8	15,4	} 38,5
	Innere Medizin	5	9,6	
	Innere Medizin, Gastroenterologie	3	5,8	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	3,8	
	Allgemeine Chirurgie	2	3,8	

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

2.4 Fazit

Anhand einer Sekundärdatenanalyse konnte die Zentrenlandschaft in deutschen Krankenhäusern beschrieben werden. Die Verteilung der Zentren nach Größe, Trägerschaft und Region sowie die an den Zentren beteiligten Fachabteilungen wurden ebenso dargestellt wie die Strukturmerkmale der zentrenbildenden Krankenhäuser.

Was dabei vornehmlich ins Auge sticht, ist die große Vielfalt der Zentren hinsichtlich ihres Aufbaus und ihrer fachlichen Ausrichtung. Dennoch lassen sich einige generelle Aussagen treffen. Zu diesen zählt beispielsweise der – wenig überraschende – Umstand, dass vornehmlich große Krankenhäuser dazu tendieren, Zentren zu etablieren. Da öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser in der Regel größer sind als private, ist bei letzteren auch die Zentrenbildung weniger häufig als bei solchen in anderer Trägerschaft. Unterschiede existieren auch, wenn man die fachliche Ausrichtung der Zentren in Betracht zieht. Gerade die häufig anzutreffenden Bauchzentren sind beispielsweise auch in kleineren Häusern anzutreffen. Zentren, die sich auf speziellere Indikationen beziehen, wie zum Beispiel die Trans-

plantationszentren, sind nicht nur insgesamt sehr viel seltener, sie finden sich auch überwiegend in großen bis sehr großen Krankenhäusern. Angesichts der Tatsache, dass in der Literatur oftmals hervorgehoben wird, der große Vorteil von Zentren bestehe in der Überwindung von Fachabteilungsgrenzen, ist es überraschend, dass immerhin bei 19% der Zentren nur eine einzige Fachabteilung vorhanden ist und ein weiteres Viertel der Zentren lediglich aus zwei Fachabteilungen besteht.

Die Datenquelle „Qualitätsberichte der Krankenhäuser“ bietet jedoch nicht in allen Fragen Aufschluss. Bisher erschwert die Diversität der Einträge einen schnellen systematischen Überblick. Sowohl Aspekte interner Organisation der Zentren (z. B. Grad der Eigenständigkeit) als auch die Quantifizierung von Kooperationen zwischen verschiedenen Kliniken oder zwischen stationärem und ambulantomem Bereich mussten weitestgehend offen bleiben.

Für zukünftige Analysen zum Thema Krankenhauszentren wäre daher eine Berichterstattung auf Ebene der Zentren (Fokus der Abfrage auf das einzelne Zentrum, nicht auf das Krankenhaus) wünschenswert. Sie müsste idealerweise eine stärker standardisierte Abfrage einzelner Items und damit eindeutiger Differenzierungen etwa bei der Darstellung von Kooperationen (Art und Grad der Vernetzung beteiligter Institutionen) oder Gründungsmotivationen für Zentren ermöglichen.

Insgesamt sollte der Zuschnitt der Zentren nicht nur hinsichtlich Aufgabenstellung, Leistungsspektrum oder Schwerpunktsetzung beschreibbar sein, sondern auch im Hinblick etwa auf Eigenständigkeit, Ressourcenausstattung oder Kooperationsbeziehungen, damit die Ernsthaftigkeit bei der Umsetzung des Konzepts zentrierter Versorgung erkennbar wird und die Spreu vom Weizen getrennt werden kann. Auch bei der Beobachtung von Veränderungen in der Zentrenlandschaft, deren hohe Dynamik sich auch in den kommenden Jahren weiter fortsetzen dürfte, wäre eine klare und eindeutige Definition verschiedener Zentrenformen sicher von Vorteil.

2.5 Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V – Beschluss zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. 17.10.2006.
- Koop H. Zusammenfassung des BVGD-Forums auf der 61. Jahrestagung der DGVS. Berlin, Oktober 2006. Zugriff unter www.bvgd-online.de/556.php.
- Richter-Kuhlmann E. Universitätskliniken: Trend zur Zentrenbildung. Dtsch Arztebl 2006; 103 (7): A-384–86 / B-337 / C-320.
- Schmitz C, Quante S, Debatin JF. Moderne Klinikorganisation, warum Zentrenbildung? – das Beispiel Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Chir Gastroenterol 2006, 22: 230–5.
- Siewert JR. „Des Kaisers Neue Kleider“ oder: Neue Strukturmodelle für Universitätsklinika. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2006, 11. Jg, 2: 75–80.
- Wissenschaftsrat. Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Drs. 7984–07. Berlin, 13.07.2007.

This page intentionally left blank

3 Eine empirische Analyse der MVZ am Krankenhaus

Leonhard Hansen

3

Abstract

Seit zum Jahresbeginn 2004 die Möglichkeit zur Bildung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) geschaffen wurde, wurden mehr als tausend solcher Einrichtungen gegründet. An mehr als einem Drittel ist ein Krankenhaus beteiligt. Von den MVZ erwartet man unter anderem eine teilweise Durchbrechung der strikten Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Der vorliegende Beitrag untersucht, inwiefern die MVZ unter Krankenhausbeteiligung besondere Charakteristika aufweisen. Hierzu wird bezüglich zentraler Aspekte wie Anzahl, Größe und vertretene Fachrichtungen deren Entwicklung von 2004 bis Anfang 2008 nachgezeichnet und der entsprechenden Entwicklung bei den übrigen MVZ gegenübergestellt. Dabei zeigen sich viele Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede insbesondere bezüglich der gewählten Rechtsform und des starken Rückgriffs auf Ärzte im Angestelltenverhältnis.

Since it is legally possible to establish so-called MVZ (Medizinische Versorgungszentren; medical care centres), more than a thousand such centres have been founded in Germany. Over a third of these involve a hospital. One of the aims of creating MVZ is to overcome the strict separation between the inpatient and outpatient sector in the German health care system. This article examines whether MVZ which involve a hospital show particular characteristics. To this end, it analyses the situation concerning central aspects like number, size and specialities in comparison with other forms of MVZ from 2004 to the beginning of 2008. The analysis reveals many similarities but also some remarkable differences which concern the legal form chosen or the use of salaried or office-based physicians.

3.1 Einleitung

Als am 1. Januar 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft trat, war dies auch die Geburtsstunde der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Kennzeichnendes Merkmal dieser Einrichtungen ist die fachübergreifende Zusammenarbeit der dort tätigen Ärzte. Durch diese Kooperation über Fachgrenzen hinweg bieten MVZ einen Ansatz, um eine stärker am Krankheitsbild des Patienten orientierte Behandlung zu ermöglichen. Die Kooperation im Rahmen des MVZ ist dabei nicht auf Ärzte beschränkt, sondern kann ebenso die Angehörigen anderer Heilberufe umfassen. Aus Sicht der hier handelnden Ärztinnen und Ärzte glaubt

man, dass sich die Patientenversorgung verbessern könnte, indem die Behandlung aus einer Hand erfolgt und nicht in Teilabschnitten von nicht vernetzt handelnden Ärzten erbracht wird.

In vielen Fällen wirken MVZ wie Gemeinschaftspraxen, doch besteht die rechtliche Beziehung nicht zwischen dem Patienten und einem bestimmten Arzt, sondern zwischen Patient und Zentrum. Damit existiert erstmals in Deutschland in nennenswertem Maße die Möglichkeit, die vertragsärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte erbringen zu können. Für die Ärzte selbst resultiert hieraus nicht nur die Möglichkeit, ihren Beruf in einem flexibleren Arbeitszeitregime auszuüben, als dies bislang der Fall war. Es erlaubt ihnen darüber hinaus in stärkerem Maße, organisatorische und wirtschaftliche Aspekte zu bündeln.

Durch die Möglichkeit der Krankenhausbeteiligung an MVZ ergibt sich ein weiterer Ansatzpunkt, um die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu überbrücken. MVZ nehmen damit tendenziell eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen diesen Bereichen ein.

Seit die rechtlichen Möglichkeit zur Gründung von MVZ geschaffen wurden, hat sich ihre Zahl in Deutschland kontinuierlich erhöht. Es zeigt sich, dass diese Organisationsform der ärztlichen Versorgung einen starken Widerhall erfahren hat. Der folgende Beitrag stellt daher die Entwicklung von MVZ und einige zentrale Charakteristika dar. Dabei wird zunächst auf alle MVZ eingegangen, bevor die Betrachtung auf solche MVZ eingeschränkt wird, die sich in Trägerschaft eines Krankenhauses befinden. Wie sich zeigen wird, bestehen zwischen diesen beiden Gruppen viele Gemeinsamkeiten, doch auch einige bemerkenswerte Unterschiede.

Die hier vorgelegten Ergebnisse basieren auf einer Datenerhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die seit der Jahresmitte 2004 in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird. Stichtag der letzten hier zugrunde gelegten Erhebung war der 31.3.2008. Diese Daten decken somit von Beginn der Einführung von MVZ in Deutschland an die Entwicklung in diesem Bereich ab.

3.2 Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2008

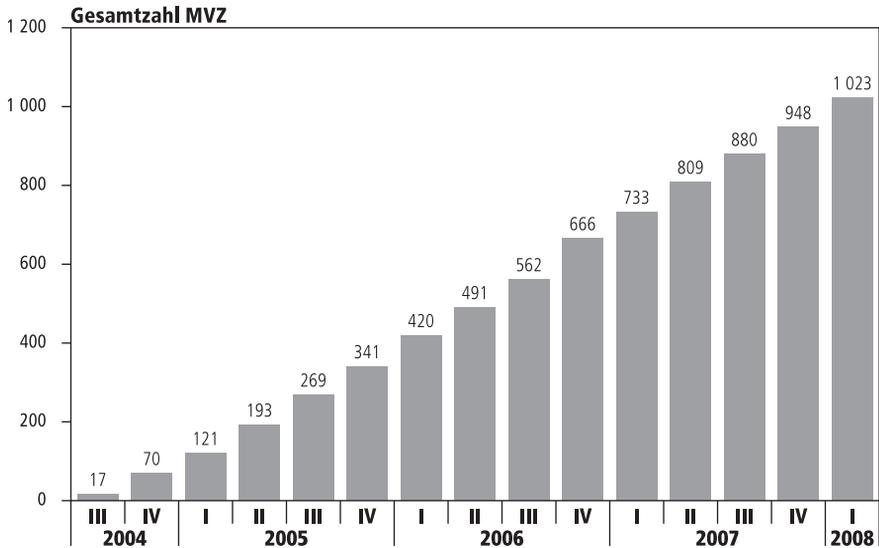
3.2.1 Anzahl und Rechtsform

In den knapp vier Jahren seit der Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen hat sich die Zahl der MVZ kontinuierlich erhöht. Zum Stichtag 31.3.2008 existierten 1 023 registrierte Einrichtungen dieser Art (Abbildung 3–1).

MVZ können von jedem Leistungserbringer im Sinne des vierten Kapitels des SGB V gegründet werden. Dies umfasst beispielsweise Vertragsärzte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, aber auch ermächtigte Krankenhausärzte, Apotheker oder Heilmittelerbringer. Vorgeschrieben ist jedoch, dass das MVZ unter ärztlicher Leitung steht. Die im MVZ beschäftigten Ärzte können als Vertragsärzte oder als Angestellte des MVZ tätig sein. Sowohl

Abbildung 3-1

Gesamtzahl an Medizinischen Versorgungszentren, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDo

Vertrags- als auch angestellte Ärzte können als ärztliche Leiter fungieren (Isringhaus et al. 2004).¹

Im Grunde genommen kann sich ein MVZ jeder zulässigen Rechtsform bedienen. Nicht möglich ist die Gründung als eingetragener Verein, da dies der wirtschaftlichen Zielsetzung des MVZ widersprechen würde. Darüber hinaus steht die Bundesärzteordnung einer Gründung als offene Handelsgesellschaft (OHG) oder als Kommanditgesellschaft (KG) entgegen, da diese Rechtsformen die Ausübung eines Gewerbes vorsehen; nach Bundesärzteordnung ist dies im Falle der Ärzte nicht gegeben.²

Im Wesentlichen kommen für MVZ damit die Rechtsformen einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) in Frage (Hohmann/Klawonn 2005; Kaiser 2006). Dabei dominierte ursprünglich eindeutig die Rechtsform der GbR. Zum Jahresanfang 2005 waren mehr als 57% der MVZ dieser Rechtsform zuzuordnen. Allerdings ging dieser Anteil etwas zurück und lag im ersten Quartal 2008 bei circa 39,5%. Der spiegelbildliche Zuwachs ging klar zu Gunsten der GmbHs, die ihren Anteil von weniger als einem

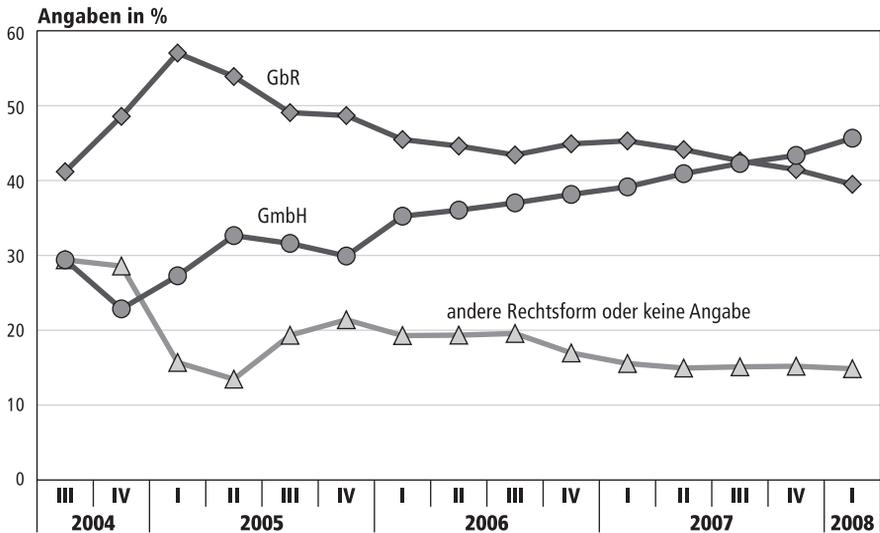
¹ Isringhaus et al. 2004

Grob gesagt kann davon ausgegangen werden, dass der entsprechende Arzt so weit in das MVZ eingebunden sein muss, dass er den täglichen Betrieb leiten kann. Es ist rechtlich noch nicht abschließend geklärt, ob beispielsweise ein Arzt, der ausschließlich als Gesellschafter fungiert, die Funktion eines ärztlichen Leiters übernehmen könnte. (KBV „Medizinische Versorgungszentren“ Berlin 2006 S. 10)

² § 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung

Abbildung 3-2

Rechtsform der Medizinischen Versorgungszentren, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Drittel auf 45,7% steigern und damit ab der zweiten Jahreshälfte 2007 die GbRs überflügeln konnten. Infolge dieser Entwicklung lässt sich heute feststellen, dass sich die MVZ zu relativ gleichen Teilen auf die beiden betrachteten Rechtsformen aufteilen (Abbildung 3-2).

3.2.2 In MVZ tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen

Angeht es um den starken Anstieg der Zahl an MVZ kann es nicht verwundern, dass auch die Anzahl der dort tätigen Ärzte mit der Zeit deutlich zugenommen hat. 2008 waren 4445 Ärzte in MVZ beschäftigt, davon waren 3247 angestellt, die restlichen 1198 waren Vertragsärzte. Der Anteil der angestellten Ärzte hat sich dabei im Zeitverlauf deutlich erhöht und lag am Ende des Betrachtungszeitraums bei fast drei Vierteln (Abbildung 3-3).

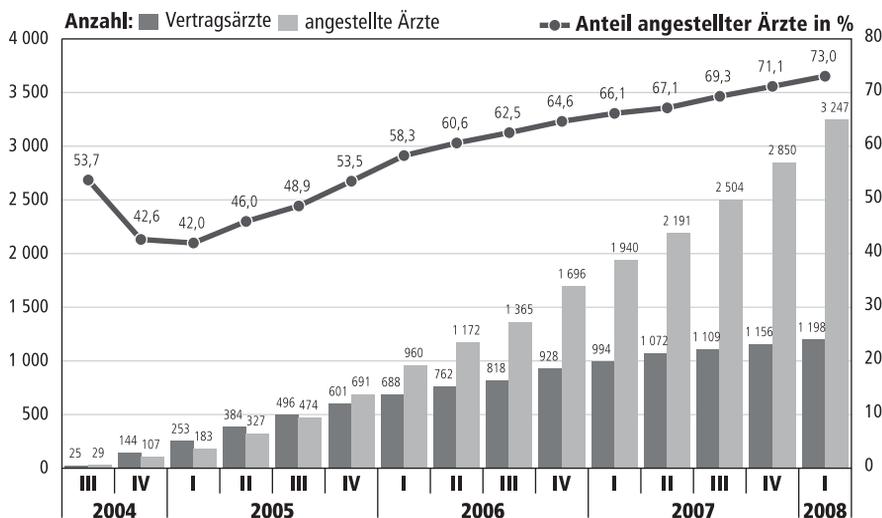
Die Zahl der durchschnittlich in einem MVZ beschäftigten Ärzte lag zu Beginn des Betrachtungszeitraumes bei lediglich 3,2. Im Zeitverlauf stieg dieser Wert an, sodass 2008 im Durchschnitt ein Arzt mehr tätig war als zuvor (Abbildung 3-4).

Stellt man sich die Frage, welche Facharztgruppen vornehmlich in MVZ vertreten sind, so fallen insbesondere die Hausärzte auf. Anfang 2008 waren an 430 der 1023 MVZ Hausärzte beteiligt, das heißt in knapp 42% der MVZ gab es mindestens einen Hausarzt. Andere Fachgruppen, die besonders häufig in MVZ anzutreffen waren, sind Internisten, Chirurgen und Frauenärzte (Abbildung 3-5).

In vielen MVZ war überdies mehr als ein Arzt derselben Fachgruppe vertreten. Man kann die Gesamtzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe mit der Anzahl der

Abbildung 3–3

In Medizinischen Versorgungszentren tätige Ärzte, 2004 bis 2008

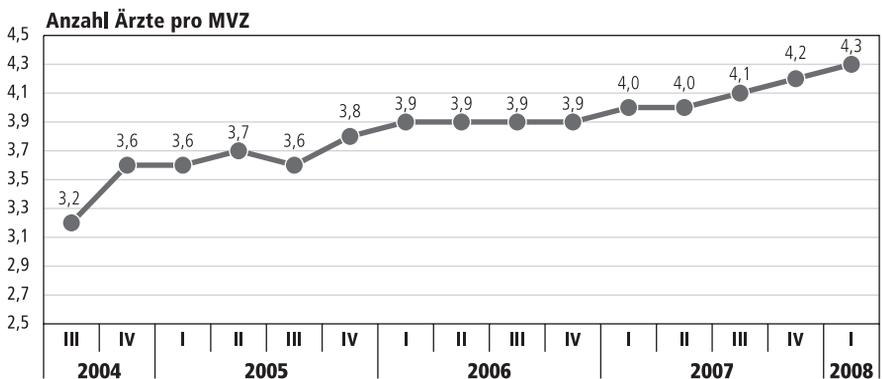


Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

Abbildung 3–4

Durchschnittliche Größe der Medizinischen Versorgungszentren, gemessen an der Anzahl der tätigen Ärzte, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

MVZ, in denen diese Fachgruppe überhaupt vertreten war, in Relation setzen. Bei den insgesamt 756 Hausärzten, die in MVZ tätig waren, und 430 MVZ mit Hausarztbeteiligung kommt man dann beispielsweise auf durchschnittlich 1,76 Hausärzte pro entsprechendes Zentrum. Bildet man diese Quote für alle Fachgruppen, so lässt sich feststellen, dass insbesondere Strahlentherapeuten, Laborärzte, Radiologen und Augenärzte besonders häufig mit Kollegen derselben Fachrichtung zusammenarbeiten (Abbildung 3–6).

Abbildung 3–5

Verbreitung von Facharztgruppen in Medizinischen Versorgungszentren

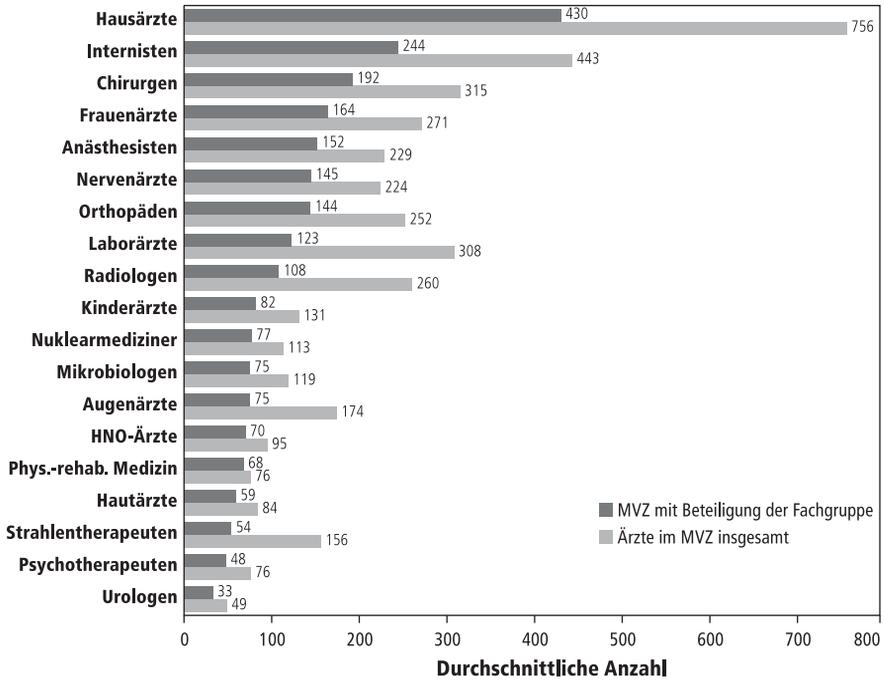
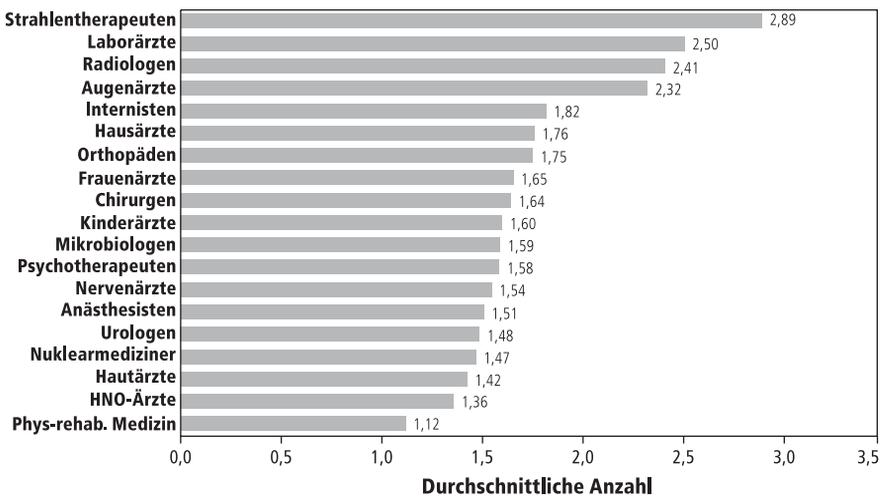


Abbildung 3–6

Durchschnittliche Anzahl von Ärzten einer Facharztgruppe pro Medizinisches Versorgungszentrum mit Beteiligung der entsprechenden Gruppe



3.2.3 Räumliche Verbreitung der MVZ

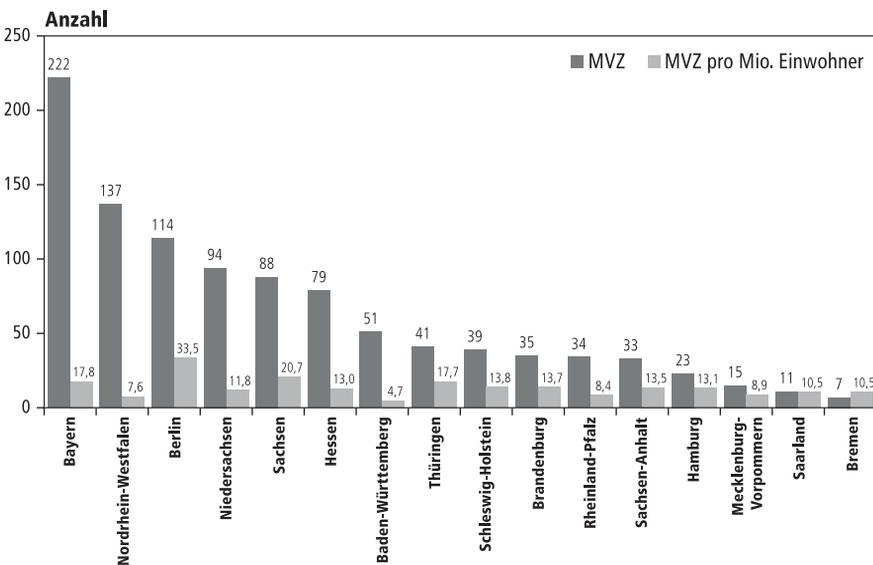
Medizinische Versorgungszentren bilden sich sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum. Allerdings besteht eine deutliche Tendenz zur Ansiedlung in städtischen Gebieten. Zieht man die Grenze bei Regionen mit einer Einwohnerzahl von mindestens 50 000 Personen, so liegen 64 % der MVZ in städtischen Regionen. Die verbleibenden 36 % sind in ländlichen Regionen angesiedelt, also solchen mit weniger als 50 000 Einwohnern.

Hinsichtlich der Anzahl der MVZ liegt Bayern an der Spitze. Dort existierten im ersten Quartal 2008 222 solcher Einrichtungen. Damit führte der Freistaat deutlich vor Nordrhein-Westfalen als der Region mit den zweitmeisten MVZ. Die geringste Anzahl von MVZ findet sich mit lediglich sieben Einrichtungen in Bremen.

Diese Betrachtungsweise relativiert sich freilich, wenn man die unterschiedlichen Einwohnerzahlen der Bundesländer berücksichtigt. Dann rutscht Bayern auf den dritten Platz mit fast 18 Einrichtungen pro Mio. Einwohner. Neuer Spitzenreiter ist dann eindeutig Berlin mit 33,5 MVZ pro Mio. Einwohner. Das Schlusslicht bildet Baden-Württemberg, das bei einer Einwohnerzahl von knapp 10,7 Mio. Menschen insgesamt lediglich 51 MVZ besitzt, also weniger als fünf pro Mio. Einwohner. Dabei lässt sich tendenziell die etwas höhere Bedeutung von MVZ in den neuen Bundesländern ausmachen. Vier der fünf ostdeutschen Länder (ohne den Stadtstaat Berlin) weisen bezogen auf die Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele MVZ auf. Lediglich Mecklenburg-Vorpommern besitzt mit 8,9 Einrichtungen pro Mio. Einwohner vergleichsweise wenige MVZ (Abbildung 3–7).

Abbildung 3–7

Verbreitung der Medizinischen Versorgungszentren nach Bundesländern



3.3 Medizinische Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung

3.3.1 Anzahl und Rechtsform

3

Im Rahmen des vorliegenden Reports sind freilich diejenigen MVZ von besonderer Bedeutung, bei denen ein Krankenhaus als Träger fungiert. Wie bereits erwähnt, besteht diese Möglichkeit und stellt überdies einen besonderen Ansatzpunkt für die Verschränkung von ambulanter und stationärer Versorgung dar. Während in der Anfangszeit – bei insgesamt noch sehr niedrigen Zahlen – der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung noch sehr gering war, stieg er im ersten Jahr deutlich an, bis circa ein Viertel aller MVZ unter der Trägerschaft von Krankenhäusern stand. Danach setzte sich der Anstieg langsamer, aber beständig fort. Im ersten Quartal 2008 betrug der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung knapp 35,5%, was einer absoluten Zahl von 363 Einrichtungen entspricht (Abbildung 3–8).

Während sich bei den MVZ insgesamt die Rechtsformen der GbR und der GmbH einigermaßen die Waage halten, dominiert bei den MVZ mit Krankenhausbeteiligung eindeutig die Rechtsform der GmbH. Zu keinem Zeitpunkt waren weniger als drei Viertel der Einrichtungen GmbHs und zum Ende des Betrachtungszeitraumes liegt ihr Anteil bei über 80%. Der oben festgestellte Zuwachs des Anteils an GmbHs bezogen auf die MVZ insgesamt lässt sich somit auch mit dem überdurchschnittlichen Anstieg der Zahl der MVZ mit Krankenhausbeteiligung erklären, die bevorzugt diese Rechtsform wählen (Abbildung 3–9).

Abbildung 3–8

Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung sowie Anteil an allen Medizinischen Versorgungszentren (in %), 2004 bis 2008

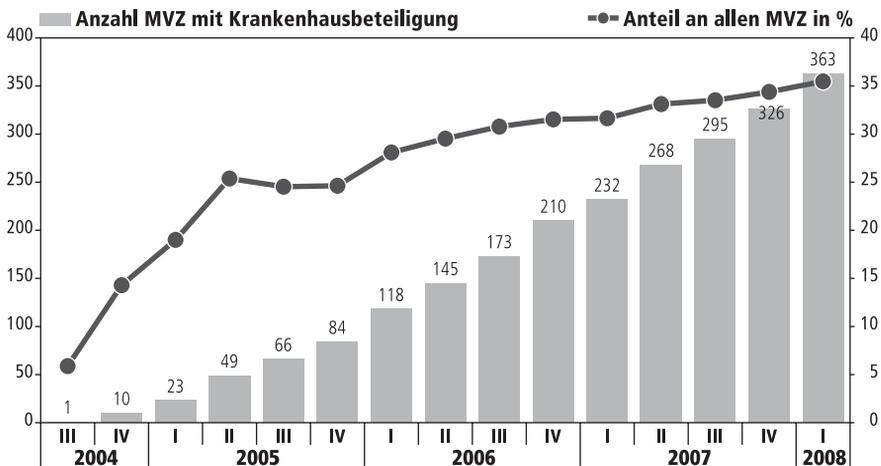
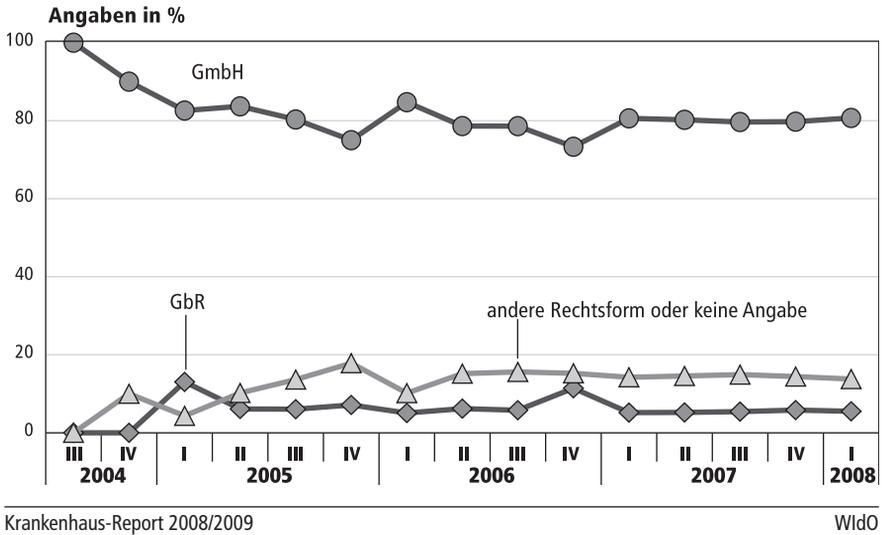


Abbildung 3–9

Rechtsform der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung, 2004 bis 2008



3.3.2 In MVZ mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte und vertretene Fachgruppen

Ebenso wie im Falle der MVZ insgesamt lässt sich auch bei den MVZ unter Trägerschaft der Krankenhäuser ein Anstieg der durchschnittlichen Größe feststellen. Während im dritten Quartal 2004 noch durchschnittlich drei Ärzte in einem solchen MVZ tätig waren, waren es am Ende des Betrachtungszeitraumes 4,3. Dabei waren MVZ mit Krankenhausbeteiligung durchgängig etwas kleiner als die übrigen MVZ, doch hat sich diese Lücke über die Zeit geschlossen. Anfang 2008 lagen beide Gruppen, was die durchschnittliche Zahl der beschäftigten Ärzte angeht, gleichauf (Abbildung 3–10).

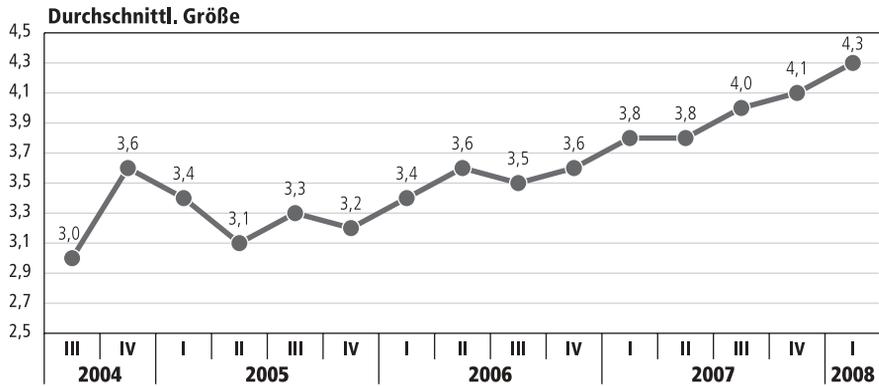
Die MVZ unter der Trägerschaft von Krankenhäusern greifen in wesentlich stärkerem Maße auf angestellte Ärzte zurück, als dies bei den sonstigen MVZ der Fall ist. Nach einigen Wechsellern in den ersten beiden Jahren nach Ermöglichung der Gründung von MVZ hat sich der Anteil der angestellten Ärzte auf mehr als 90% eingependelt. Auch ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt, dass der Anstieg der Zahl der in solchen MVZ beschäftigten Ärzte ganz überwiegend auf Angestellte zurückgeht. Anfang 2008 waren 1 569 Ärzte in MVZ mit Krankenhausbeteiligung beschäftigt; nur 45 davon waren Vertragsärzte (Abbildung 3–11).

3.3.3 Räumliche Verbreitung der MVZ mit Krankenhausbeteiligung

Oben war bereits festgestellt worden, dass in Hinblick auf die absolute Zahl an MVZ Bayern den Spitzenreiter stellt. Dies lässt sich auch hinsichtlich der MVZ mit Krankenhausbeteiligung erkennen, wenngleich weniger stark ausgeprägt. In Bay-

Abbildung 3–10

Durchschnittliche Größe der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung, gemessen an der Anzahl der tätigen Ärzte, 2004 bis 2008

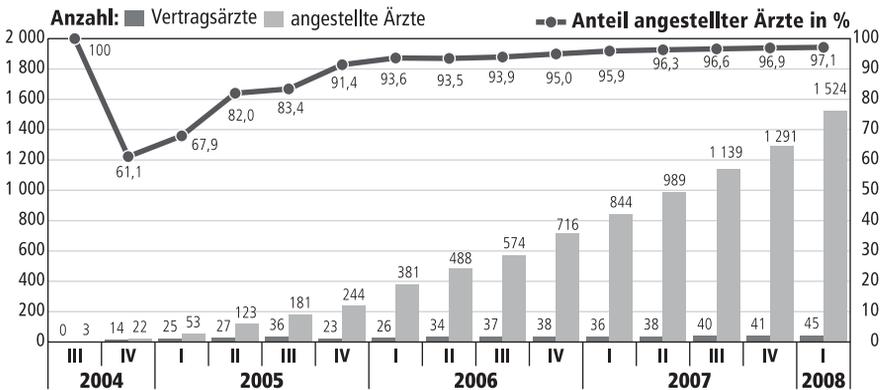


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 3–11

In Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung tätige Ärzte, 2004 bis 2008



Krankenhaus-Report 2008/2009

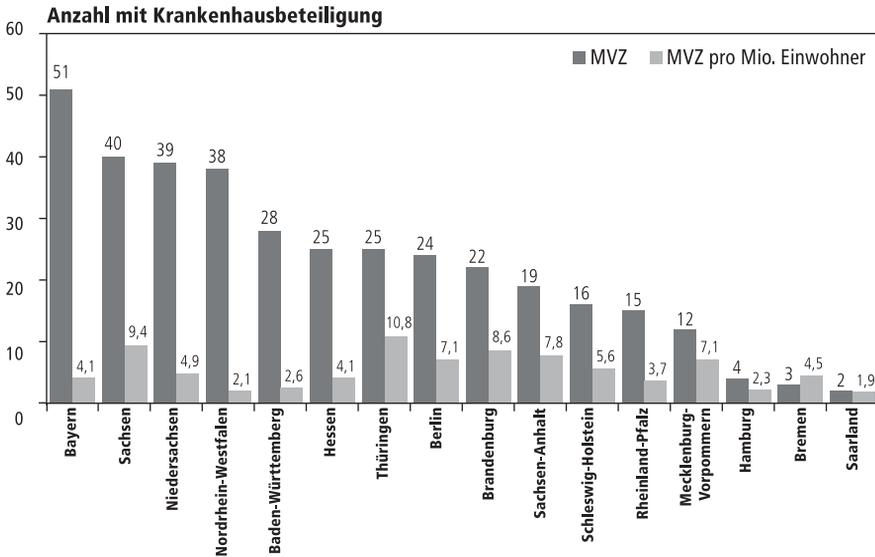
WIdO

ern liegen 51 MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen und im Saarland gibt es hingegen nur sehr wenige MVZ.

Aber auch hier muss die unterschiedliche Größe der betrachteten Bundesländer berücksichtigt werden. In Relation zu der jeweiligen Bevölkerung zeigt sich, dass die fünf ostdeutschen Bundesländer die obersten Positionen einnehmen, gefolgt von Berlin. Bezogen auf die Wohnbevölkerung hat Thüringen mit fast elf MVZ mit Krankenhausbeteiligung pro Mio. Einwohner die meisten Einrichtungen dieser Art; das Saarland hingegen kommt auf nicht einmal zwei (Abbildung 3–12).

Abbildung 3–12

Verbreitung der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung nach Bundesländern



Krankenhaus-Report 2008/2009

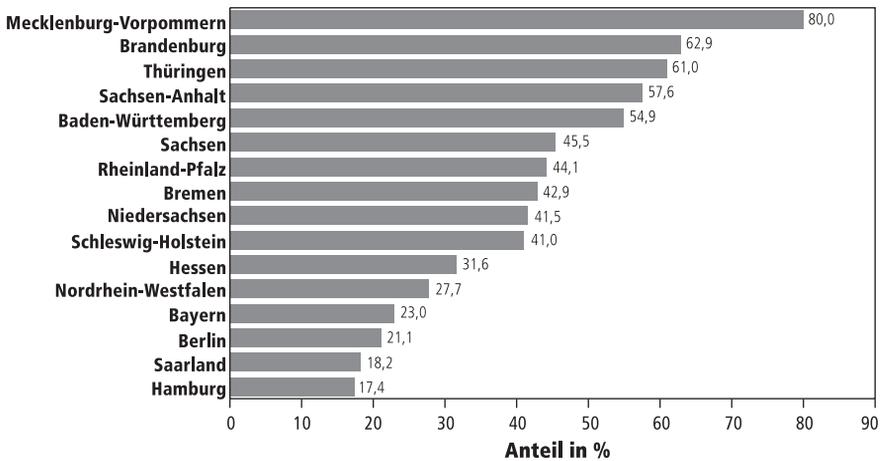
Wido

Anders als bei der oben angestellten Betrachtung der MVZ insgesamt lässt sich für die MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern somit eine klare Struktur bezüglich ihrer regionalen Verteilung ausmachen. In den fünf ostdeutschen Ländern besitzen die MVZ mit Krankenhausbeteiligung einen deutlich größeren Stellenwert als im Westen. Die Unterscheidung zwischen Flächen- und Stadtstaat hingegen scheint keine Rolle zu spielen.

Auch aus einem anderen Blickwinkel heraus ergibt sich der Unterschied zwischen Ost und West. Betrachtet man die Anteile der MVZ mit Krankenhausbeteiligung an allen MVZ, so zeigt sich, dass insbesondere in den neuen Bundesländern die krankenhauszentrierten MVZ eine herausragende Rolle spielen. Diese fünf Länder nehmen die ersten vier und die sechste Position auf der Rangliste ein. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern werden vier Fünftel der MVZ von Krankenhäusern getragen. Die Bandbreite der Anteilswerte ist dabei außerordentlich hoch. Beim Schlusslicht Hamburg beispielsweise weisen nur etwas mehr als 17% der MVZ eine Krankenhausbeteiligung auf (Abbildung 3–13).

Abbildung 3-13

Anteile der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhausbeteiligung an allen Medizinischen Versorgungszentren nach Regionen



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

3.4 Fazit

Vergleicht man die Gruppe der MVZ mit Krankenhausbeteiligung mit den MVZ insgesamt, so zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch deutliche Unterschiede. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl die Zahl der Einrichtungen als auch die Anzahl der dort beschäftigten Ärzte seit dem Inkrafttreten des GMG deutlich und kontinuierlich angestiegen sind. Der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung an allen MVZ hat sich dabei stetig erhöht. Heute befindet sich mehr als ein Drittel der MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses.

Die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Ärzte pro MVZ hat sich in beiden Gruppen erhöht, ohne dass größere Sprünge zu erkennen waren. War das durchschnittliche MVZ mit Krankenhausbeteiligung anfangs noch etwas kleiner als die übrigen MVZ, so hat sich dieser Unterschied im Zeitverlauf verloren. Heute liegt die durchschnittliche Zahl der beschäftigten Ärzte in beiden Fällen bei fast viereinhalb Personen.

Hinsichtlich der Unterschiede fällt zunächst die Rechtsform auf. Während sich bei den MVZ insgesamt die Rechtsformen der GbR und der GmbH ungefähr die Waage halten, dominiert bei den MVZ unter Krankenhausträgerschaft eindeutig die GmbH.

Auch die Verbreitung von Ärzten im Angestelltenverhältnis ist verschieden. Zwar hat auch in den MVZ insgesamt der Anteil der angestellten Ärzte zugenommen, doch sind es insbesondere die MVZ mit Krankenhausbeteiligung, die auf angestellte Ärzte zurückgreifen. Vertragsärzte spielen hier eindeutig nur eine marginale Rolle.

Die regionale Verteilung von MVZ ist derzeit als ziemlich ungleich einzustufen. Ob sich hierin lediglich verschiedene Geschwindigkeiten der Entwicklung oder

aber dauerhafte strukturelle Unterschiede widerspiegeln, muss derzeit offen bleiben. Ein besonderes Ergebnis ist jedoch die augenscheinlich hohe Bedeutung, welche die Krankenhausbeteiligung für die MVZ im Osten Deutschlands besitzt. Offenkundig herrschen hier besondere Bedingungen, seien es die bestehende Struktur der ärztlichen Versorgung, seien es demographische Gegebenheiten, die eine Verbindung von MVZ und Krankenhaus als besonders aussichtsreich erscheinen lassen. Unabhängig von der Rechtsform und dem Standort: Das ärztliche Berufsrecht und die fachlich-medizinische Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte müssen auch in MVZ uneingeschränkt Geltung haben.

3.5 Literatur

- Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J. Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin 2006.
- Armbruster S, Lubs S, Röhrig N, Wagner K. MVZ-Survey 2005. Berlin 2006.
- Hohmann J, Klawonn B. Das medizinische Versorgungszentrum (MVZ). Die Verträge, Heidelberg 2005.
- Isringhaus W, Kroel M, Wendland H. MVZ-Beratungshandbuch. Erfstadt 2004.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren – Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den Betrieb eines MVZ. Berlin 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis. Berlin 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren aktuell. 1. Quartal 2008. <http://www.kbv.de>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. <http://www.kbv.de>.
- Kaiser S. Die Ärzte-GmbH. Hamburg 2006.
- Pelleter J, Sohn S, Schöffski O. Medizinische Versorgungszentren – Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform. Burgdorf 2005.
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Läger R, Amelung VE. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Berlin 2006.

This page intentionally left blank

4 **Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus**

Reinhard Busse und Markus Wörz¹

4

Abstract

Schon seit einigen Jahren kann man im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmende Aktivität der Krankenhäuser bei ambulanten Leistungen beobachten. Diese Tendenz wurde auch durch gesetzgeberische Maßnahmen befördert. Trotzdem und nach wie vor bieten deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich eher wenige Leistungen ambulant an. Dieser Beitrag beleuchtet internationale Entwicklungen. Er stellt hierzu Typen von Gesundheitssystemen vor und beschreibt und analysiert die Stellung von ambulanten fachärztlichen Leistungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Er geht dann auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verbreitung von ambulanten Operationen ein. Die Themen werden anhand von zwei Gesundheitssystemen – England und Österreich – vertieft, die gleichzeitig unterschiedliche Typen von Gesundheitssystemen repräsentieren. Unter anderem zeigt sich die Entstehung von hybriden Organisationsformen, die die Trennlinie zwischen ambulant und stationär verwischen.

German hospitals have tended to increase their ambulatory services in recent years. This trend has been facilitated by legislative action. In spite of this, in international comparison the proportion of ambulatory services of German hospitals is still below average. This article presents a typology of different health care systems and the division of labour between the outpatient and inpatient sectors. It then describes and analyses the degree to which ambulatory surgery is carried out in different OECD countries. This is illustrated by a description of the developments in the health care systems of England and Austria. Amongst other things, it becomes clear that new forms of health care organisations emerge which transgress the dividing line between the outpatient and inpatient sectors.

4.1 **Einleitung**

Das Ziel einer besseren Verzahnung zwischen den traditionell getrennten Sektoren „ambulante Versorgung“ einerseits und „Krankenhaus“ andererseits ist ein gesundheitspolitisches Dauerthema in Deutschland – aber nicht nur hier. Obwohl jedes größere Reformgesetz der jüngeren Vergangenheit mindestens eine Maßnahme

¹ Für wissenschaftliche Hilfskrafttätigkeit bedanken wir uns bei Britta Zander.

enthielt, die sich auf diese Thematik bezog – zu denken ist hier beispielsweise an die Schaffung von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus durch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 oder die Ermöglichung des ambulanten Operierens im Krankenhaus ohne vorherige Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (vgl. für ausführlichere Beschreibungen derartiger Reformschritte seit den 1980er Jahren: Busse und Riesberg 2005; Rosenbrock und Gerlinger 2006) – zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor durch eine relativ starke Abschottung zwischen ambulantem und stationärem Sektor aus. Aus deutscher Sicht stellt sich daher die Frage, wie die Arbeitsteilung zwischen diesen beiden Sektoren im Ausland geregelt ist und welche Gegebenheiten und Reformentwicklungen zu beobachten sind. Vielleicht überraschend kommt der Beitrag zu dem Schluss, dass die Entwicklung in vielen Staaten anders verläuft, d. h. Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor verlagert werden, ja dass ein solcher – zumindest hinsichtlich sekundärer bzw. fachärztlicher Leistungen – in England gerade geschaffen wird.

Der nächste Abschnitt skizziert zunächst kurz Typen von Gesundheitssystemen und geht darauf ein, wie das Verhältnis von Fach- und Allgemeinärzten und die Rolle der Krankenhäuser im ambulanten Versorgungssystem typischerweise ausgestaltet ist. Der darauf folgende Abschnitt beschreibt und analysiert Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verbreitung von ambulanten Operationen, da in diesem Bereich am ehesten international vergleichbare Daten vorhanden sind. Zudem werden ambulante Operationen sowohl an Krankenhäusern als auch an sonstigen Einrichtungen durchgeführt. Sie sind mithin exemplarisch für die Fragestellung, ob eine Leistung ambulant oder am Krankenhaus erbracht werden soll. Dann wird auf wichtige Entwicklungen in zwei Gesundheitssystemen (England und Österreich) eingegangen, die gleichzeitig unterschiedliche Typen von Gesundheitssystemen präsentieren.

4.2 Typen von Gesundheitssystemen

Die Art und Weise, wie Staaten ihre Gesundheitssysteme organisieren, variiert im internationalen Vergleich – auch unter hochindustrialisierten Staaten – doch recht deutlich. Im Prinzip muss jedes Gesundheitssystem vier Funktionen erfüllen: Leistungen müssen erbracht werden; die Leistungen müssen finanziert werden; Human- und Sach-Ressourcen (Technologien und Infrastruktur) müssen bereitgestellt werden und die Verhältnisse der Leistungserbringer und anderer Akteure (insbesondere der Kostenträger) müssen gesteuert bzw. reguliert werden.

In Bezug auf die Finanzierungsaufgabe kann man Gesundheitssysteme danach unterscheiden, ob sie primär über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge oder über private Mittel finanziert werden (vgl. für einen ausführlichen Überblick und Reformentwicklungen in Hochlohnländern: Busse et al. 2006). Analog hierzu kann auch die Regulierung von Gesundheitssystemen danach differenziert werden, ob diese überwiegend durch den Staat, durch gesellschaftliche Akteure wie etwa Sozialversicherungsträger oder durch den Markt erfolgt. Leistungen der Gesundheitsversorgung werden typischerweise von staatlichen, privat-gemeinnützigen oder

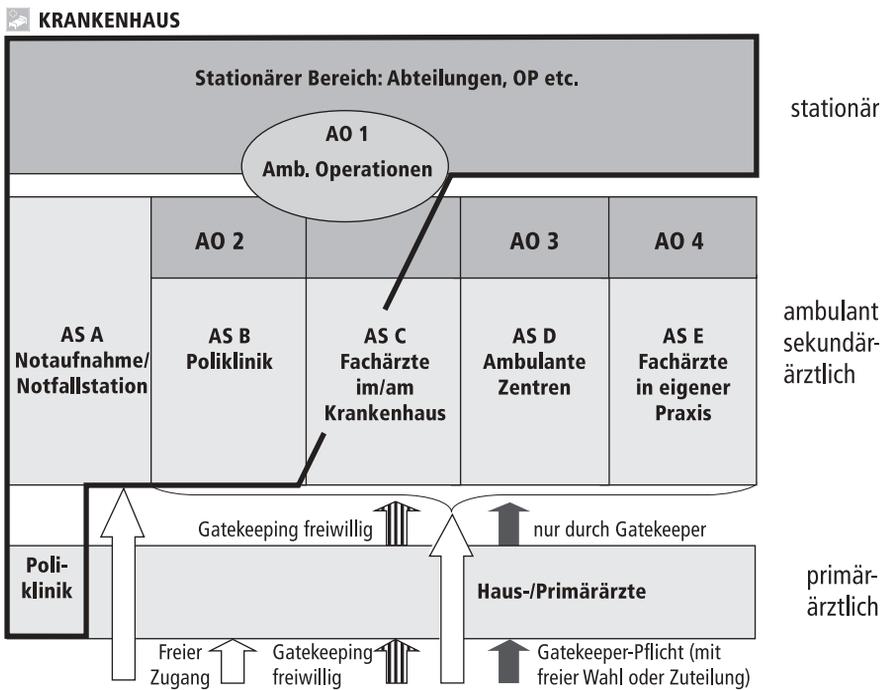
privat-erwerbswirtschaftlichen Einrichtungen erbracht (Wendt und Rothgang 2007). Die letztgenannten Kategorien der Regulierung und Leistungserbringung können weiter vertiefend betrachtet werden, etwa danach, wie der Zugang zur primär- bzw. hausärztlichen und zur ambulanten fach- bzw. sekundärärztlichen Versorgung erfolgt und wo diese jeweils angesiedelt sind.

In manchen Ländern, die typischerweise den staatlichen Gesundheitssystemen zugeordnet werden – wie etwa Dänemark, England oder Finnland – müssen sich Patienten bei einem Hausarzt einschreiben, der sich in der Region befindet, in der sie leben, um dessen Leistungen in Anspruch nehmen zu können. In anderen Ländern dagegen (z. B. in den Niederlanden) kann man sich bei beliebigen Hausärzten einschreiben, um diese konsultieren zu können, und in machen Gesundheitssystemen ist der Zugang zum Hausarzt (z. B. in Schweden oder bis 2005 in Frankreich) völlig frei.

Eng damit verbunden sind die Zugangsmöglichkeiten zur fachärztlichen Versorgung (Ettelt et al. 2006, S. 3f.). In Ländern mit Hausarztssystemen erfolgt dieser Zugang in der Regel erst nach einer Überweisung des Hausarztes als Gatekeeper, in anderen Ländern (z. B. bislang in Frankreich) können Fachärzte sowohl ambulant als auch im Krankenhaus direkt aufgesucht werden (Calnan et al. 2006, S. 87);

Abbildung 4–1

Prototypische Zugangs- und Gliederungsmöglichkeiten von primärer, ambulanter sekundär-ärztlicher und stationärer Versorgung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses



in Frankreich wird das freiwillige Gatekeeping (d. h. Fachärzte werden erst nach Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht) dadurch gefördert, dass die Zuzahlungen halbiert werden. Diese Logik entspricht den deutschen Hausarztmodellen, in denen die Praxisgebühr gesenkt oder erlassen wird.

Die ambulante sekundär-ärztliche Versorgung kann grob in zwei Teile eingeteilt werden: die routinemäßige Versorgung mit oder ohne Überweisung aus dem primärärztlichen Bereich (ASB bis ASE in Abbildung 4–1) und die Notfallversorgung (ASA), die in allen Ländern ohne Überweisung möglich ist. Die Routineversorgung findet entweder im Krankenhaus in Polikliniken statt oder außerhalb des Krankenhauses in ambulanten Zentren oder in (Einzel-)Praxen. Fachärzte am Krankenhaus, d. h. Ärzte, die zwar räumlich dort angesiedelt sind (und z. T. Geräte mitnutzen), aber organisatorisch unabhängig sind, bilden eine mittlere Kategorie. Daneben hat sich das ambulante Operieren im Krankenhaus zu einem weiteren Feld von ambulanten Leistungen entwickelt und wird zunächst untersucht.

4.3 Ambulantes Operieren im internationalen Vergleich

Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein wichtiger Bedingungsfaktor, warum Operationen, die vormals einen stationären Aufenthalt erforderlich machten, mittlerweile überwiegend oder in manchen Ländern fast ausschließlich ambulant durchgeführt werden. Dass aber der medizinisch-technische Fortschritt nicht der alleinige Faktor sein kann, der festlegt, ob eine Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird, wird dadurch deutlich, dass im internationalen Vergleich deutliche Unterschiede in der ambulanten oder stationären Erbringung von Operationen bestehen. Neben dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung wird das ambulante Operieren von einer ganzen Reihe von Faktoren beeinflusst, bei denen zwischen organisatorischen und finanziellen Faktoren unterschieden werden kann (vgl. zum Folgenden Kroneman et al. 2001, S. 148f.). Eine wichtige Rahmenbedingung stellt die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten dar. In Gesundheitssystemen mit wenig Betten gibt es vermutlich eine höhere Bereitschaft bzw. einen höheren Druck zum ambulanten Operieren, um stationäre Kapazitäten zu entlasten. In Ländern mit einer hohen Bettenausstattung wird dagegen wahrscheinlich versucht, die vorhandenen Kapazitäten auch auszulasten, etwa gemäß Roemers Gesetz („a bed built is a bed filled“ – nach dem Gesundheitssystemforscher Milton I. Roemer). Da jedoch in nahezu allen OECD-Staaten zum Teil erhebliche Bettenreduktionen vorgenommen wurden, kann man annehmen, dass auch dadurch der Druck steigt, zum ambulanten Operieren überzugehen. Ambulantes Operieren braucht ein ausgebautes System der Primärversorgung. In Ländern mit fest etablierten Strukturen der Primärversorgung (z. B. gekennzeichnet durch eine starke Stellung des Hausarztes und der Gemeindepflege) lassen sich ambulante Operationen leichter realisieren als in Ländern, die stärker auf den stationären Sektor fokussiert sind. In Bezug auf den stationären Sektor ist zwischen Ländern zu unterscheiden, deren Krankenhäuser ambulante Abteilungen haben und solchen, die derartige Einrichtungen nicht haben. Für letztere erscheint es schwerer, ambulantes Operieren zu etablieren, da sie keine unterstützenden Strukturen am Krankenhaus haben.

Mechanismen der Finanzierung und Vergütung haben einen Einfluss auf ambulantes oder stationäres Operieren. Tagesgleiche Pflegesätze bieten keinen Anreiz zum ambulanten Operieren, vielmehr tendenziell eher dazu, den Patienten möglichst lange stationär zu behalten. In diesem Zusammenhang spielt auch die Vergütung der Operateure eine Rolle als Anreizmechanismus für oder gegen ambulantes Operieren. Krankenhäuser oder auch das Management von freistehenden ambulanten Versorgungszentren, welche in neue ambulante Operationseinrichtungen investierten, sind eher dazu geneigt, ambulantes Operieren voranzutreiben als Krankenhäuser, in denen nicht bzw. lediglich in den herkömmlichen Strukturen ambulant operiert wird.

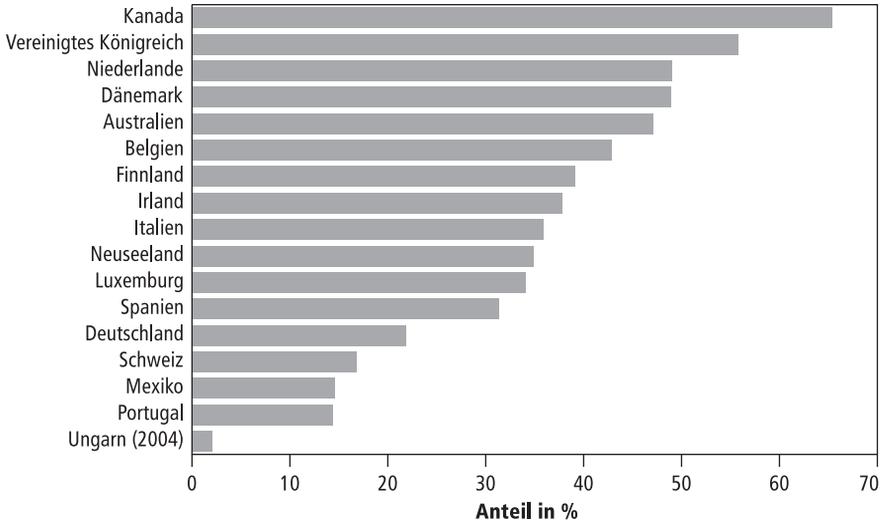
Dieser letzte Aspekt führt dazu zu klären, in welchen Einrichtungen ambulante Operationen überhaupt vorgenommen werden. Im internationalen Vergleich lassen sich vier Organisationsformen unterscheiden, in denen ambulant operiert wird (Castoro et al. 2007, S. 11):

- *Krankenhäuser*; ambulante Operationen werden dort in den gleichen Operationssälen wie für stationäre Patienten durchgeführt. Ambulante Patienten werden von demselben medizinischen und pflegerischen Personal versorgt wie die stationären Patienten („AO 1“ in Abbildung 4–1).
- *Spezielle separate Einrichtungen an Krankenhäusern*; hier gibt es spezielle Operationssäle und Stationen für ambulante Operationen, die von den stationären Bereichen räumlich getrennt sind („AO 2“).
- *Freistehende ambulante Versorgungszentren*; diese sind mit den obigen Einheiten praktisch identisch und unterscheiden sich lediglich darin, dass sie nicht an Krankenhäuser angegliedert sind. Solche Einrichtungen haben den potenziellen Vorteil, dass die Versorgung patientennäher erfolgen kann („AO 3“).
- *Niedergelassene Arztpraxen* mit kleinen angegliederten Operationseinrichtungen („AO 4“).

Der Umstand, dass in ganz verschiedenartigen Einrichtungen ambulant operiert wird, macht internationale Vergleiche – die ohnehin schon mit Schwierigkeiten behaftet sind – noch komplexer. Abbildung 4–2 zeigt den Anteil ambulanter Operationen an den gesamten Operationen (nur elektive Eingriffe) in den Staaten der OECD.² Die Abbildung illustriert eine enorme Spannweite. Der Anteil an ambulanten Operationen war 2005 mit 2,1 % in Ungarn am niedrigsten und in Kanada mit 65,4 % am höchsten. Diese Daten der OECD und die in Abbildung 4–1 enthaltenen Aussagen werden durch eine Erhebung der Internationalen Assoziation für ambu-

2 Neben dem bereits erwähnten Umstand, dass ambulante Operationen sowohl in Krankenhäusern als auch in anderen Einrichtungen vorgenommen werden können und manche Staaten nur den an Krankenhäusern durchgeführten Anteil angeben (hierzu zählt Deutschland), benennt die OECD zwei weitere Einschränkungen der Datenvergleichbarkeit: Einige Länder berichten lediglich den während des Krankenhausaufenthalts vorgenommenen chirurgischen Haupteingriff, andere Erfassungssysteme dagegen beinhalten auch weitere chirurgische Eingriffe (z. B. Irland und das Vereinigte Königreich). Während die meisten Länder nur den Anteil der invasiven Eingriffe angeben, wie dies auch der Definition der OECD entspricht, geben manche Länder (hierzu zählen wiederum Irland und das Vereinigte Königreich) auch diagnostische und therapeutische Verfahren an (OECD 2008).

Abbildung 4-2

Der Anteil an ambulanten Operationen an allen Operationen (nur elektive Eingriffe) in den Staaten der OECD 2004³

Datenquelle: OECD Health Data 2008, Version Juni 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

lantes Operieren (International Association for Ambulatory Surgery – IAAS) in der Tendenz bestätigt. Bei dieser Erhebung wurde in 19 Ländern bei 30 verschiedenen Operationsarten jeweils der Anteil der ambulant erbrachten Operationen abgefragt. Auch bei dieser Studie zeigte sich eine ähnliche große Bandbreite wie bei den oben dargestellten Daten der OECD. Über alle 30 Operationsarten hinweg reicht die Bandbreite von 10% ambulant erbrachten Operationen in Polen zu über 80% in den USA und Kanada. Die Untersuchung zeigte zudem teilweise erhebliche Unterschiede innerhalb der verschiedenen Operationsarten (Toftgaard und Parmentier 2006). Für das Jahr 2004 ergibt sich allerdings kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an ambulanten Operationen und der Bettenzahl: Korreliert man die Anzahl der Betten pro tausend Einwohner mit dem Anteil an ambulanten Operationen, so liegt der Koeffizient nahe bei Null. Die Unterschiede sind auf eine Vielzahl von Bedingungsfaktoren zurückzuführen, die jedoch hier nicht näher analysiert werden können.

3 Für die hier nicht aufgeführten Staaten (dies sind: Türkei, Slowakische Republik, Polen, Norwegen, Korea, Japan, Island, Tschechische Republik, Vereinigte Staaten, Schweden, Griechenland, Frankreich und Österreich) wurden der OECD keine Daten geliefert.

4.4 Gegebenheiten und Entwicklungstrends in ausgewählten Ländern

Obwohl mit vielen Einschränkungen behaftet, können auf der Basis der OECD-Daten trotzdem internationale Vergleiche in Bezug auf ambulantes Operieren unternommen werden. In Bezug auf das ambulante Leistungsangebot von Krankenhäusern liegen keine international vergleichbaren Daten vor. Aus diesem Grund wird im Folgenden schlaglichtartig die Entwicklung in zwei Ländern, Österreich (ein typisches Sozialversicherungsland) und England (das Ursprungsland des Nationalen Gesundheitsdienstes), beleuchtet.

4.4.1 Österreich

Die österreichische soziale Krankenversicherung ist dem deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung ähnlich (Wendt und Rothgang 2007, S. 17f.). Die Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung ist in Österreich aber etwas anders als in Deutschland. Bei der ärztlichen ambulanten Versorgung kann man drei Segmente unterscheiden, nämlich freie Praxen (AS E in Abbildung 4–1), selbstständige Ambulatorien (AS D) und Spitalsambulanzen (AS B). Zu allen drei Segmenten besteht im Grundsatz freier Zugang. Von den 37 447 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten waren im Jahr 2003 19 209 oder 51,3 % niedergelassen und überwiegend in Einzelpraxis tätig (Hofmarcher et al. 2006, S. 127). Diese Einrichtungen stellen in der Regel die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten dar. Die dort arbeitenden Ärzte sind selbstständig; sie können keine weiteren Ärzte anstellen, es besteht aber die Möglichkeit zum Zusammenschluss in Gruppenpraxen. Demgegenüber erlaubt es die organisatorische Form des selbstständigen Ambulatoriums, weiteres Personal (sowohl aus dem ärztlichen als auch dem nichtärztlichen Bereich) einzustellen (Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 7). Selbstständige Ambulatorien sind eine Kombination aus Krankenhaus und Arztpraxis. In rechtlicher Hinsicht sind sie Krankenhäuser und unterliegen dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Krankenanstalten führen die selbstständigen Ambulatorien jedoch normalerweise keine Betten und sind nicht zu einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung verpflichtet. Die absolute Anzahl der Spitalambulanzen hat von 2002 bis 2006 von 836 auf 755 abgenommen. Die Zahl der dort Beschäftigten hat allerdings im gleichen Zeitraum von 9 074 auf 9 825 zugenommen. Ärztinnen und Ärzte machen ungefähr ein Viertel des Personals aus; häufig in Ambulatorien arbeitende Berufsgruppen sind zudem physiotherapeutische Dienste, zahnärztliches Hilfspersonal und Gesundheits- und Krankenpflege (Bundesministerium für Gesundheit 2008; Hofmarcher et al. 2006). Hinsichtlich wahrgenommener Aufgabenbereiche lassen sich mehr als die Hälfte der Ambulatorien den Bereichen physikalische Behandlung, bildgebende Verfahren und Zahnbehandlung zuordnen. Ambulatorien konzentrieren sich zum einen überwiegend in großen Städten und zum anderen in tourismusintensiven Regionen. Die meisten Ambulatorien werden in der Form einer GmbH geführt. Ca. 16 % aller selbstständigen Ambulatorien gehören den Sozialversicherungsträgern (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Die Spitalsambulanzen sind das dritte Segment, in dem ambulante Versorgung stattfindet. Sie sind unmittelbar an ein Krankenhaus angegliedert und dienen sowohl der Notfallversorgung als auch der fachärztlichen Akutversorgung, d. h. auch für Nachsorge- und Vorsorgeuntersuchungen. Die Spitalsambulanzen füllen zum Teil Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich aus und zwar in Regionen, in denen es eine geringe Dichte an fachärztlicher Versorgung gibt. Es gibt zudem viele Spezialambulanzen, die sowohl personell als auch hinsichtlich der Infrastruktur den organisatorischen Hintergrund eines Krankenhauses benötigen (Bundesministerium für Gesundheit 2008; Hofmarcher et al. 2006).

Während in manchen Bereichen zwischen selbstständigen Ambulatorien und niedergelassenen Praxen eine Konkurrenzsituation herrscht, ist die Rolle der Spitalsambulanzen differenzierter zu sehen. In vielen Fällen sind die Leistungen der Spitalsambulanzen nicht substitutiv, sondern ergänzend zu den Leistungen der anderen niedergelassenen Anbieter.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte ist in den letzten Jahren in Österreich stark angestiegen. Es lässt sich aber nicht eindeutig klären, ob dieser Anstieg auch auf abrechnungstechnische und dokumentarische Gründe zurückzuführen ist. So werden etwa zum Teil auch ambulante Behandlungen (einschließlich der hier interessierenden ambulanten Operationen) den stationären Fällen zugerechnet oder es werden bei stationären Nach- und Folgebehandlungen Patient/innen jedes Mal neu aufgenommen und entlassen und somit als neuer Aufenthalt bzw. Fall angesehen (Hofmarcher et al. 2006, S. 136).

Gegenwärtig gibt es eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, den Behandlungsauftrag der Spitalsambulanzen einzuschränken und neue Kooperationsformen zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu schaffen, die die Versorgung wohnortnaher erbringen⁴.

4.4.2 England

Das englische Gesundheitssystem ist der klassische Fall eines Landes mit einem Nationalen Gesundheitsdienst, dem NHS. Die primärärztliche Versorgung wird durch ein System der hausärztlichen Versorgung wahrgenommen. Patienten können sich bei einem Hausarzt (General Practitioner – GP) ihrer Wahl einschreiben. Diese Wahlmöglichkeit ist jedoch auf ein bestimmtes geographisches Gebiet eingeschränkt (Robinson und Dixon 1999). Die fachärztliche Versorgung war – und ist immer noch – ganz überwiegend an den Krankenhäusern angesiedelt. Fachärzte betreuen dort sowohl stationäre Patienten als auch Patienten in Polikliniken (AS B in Abbildung 4–1). Daneben bestehen die „Accident & Emergency“-Bereiche (AS A), die für Notfälle gedacht sind; allerdings werden diese z. T. auch ohne stationäre Aufnahme, d. h. rein ambulant behandelt, sodass zwei separate Bereiche ambulanter sekundär-ärztlicher Versorgung am Krankenhaus existieren (bzw. mit dem ambulanten Operieren sogar drei). Ein wichtiges Element des NHS besteht in einem

⁴ Siehe dazu http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/presse_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1192460872898.

strikten Gatekeeping-System, d. h. die Patienten können Fachärzte nicht direkt aufsuchen, sondern benötigen zuvor eine Überweisung ihres GP.

Diese zentrale Rolle des Krankenhauses auch als Anbieter von ambulanten fachärztlichen Leistungen wird jedoch auch kritisch gesehen. Im Jahr 2006 gab das englische Gesundheitsministerium das Weißpapier „Our Health, Our Care, Our Say“ heraus (Department of Health 2006). Dieses Weißpapier – dem Instrument der Regierung, ihre Ziele und Absichten bekannt zu machen, zu begründen und sie somit auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen – formulierte u. a. die Zielsetzung, die Versorgung dezentraler zu organisieren, um fachärztliche Behandlung auch lokaler anbieten zu können. Unter expliziter Bezugnahme auf die Entwicklung in Deutschland und die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren und auf die HMO Kaiser Permanente in den USA werden die Vorteile einer wohnortnäheren Versorgung illustriert (Department of Health 2006, S. 128ff.). In einem Folgebericht des britischen Gesundheitsministeriums wurde darauf verwiesen, dass in England ca. 90 % aller fachärztlichen Konsultationen in Krankenhäusern stattfinden, während es etwa in den USA nur 50 % sind (Department of Health 2007, S. 32).

Teilweise existieren schon erste Erfahrungen mit dem Aufbau von poliklinischen Strukturen durch das Modellprojekt NHS LIFT (Local Improvement Finance Trust). Dieses Programm begann im November 2004 und seither wurden einige gemeindebasierte Versorgungszentren geschaffen. Erste Erfahrungen mit diesen Versorgungszentren deuten darauf hin, dass es nicht gelang, Leistungen aus den Krankenhäusern in erheblichem Umfang in diese Versorgungszentren zu verlagern (die geschätzten Leistungsverlagerungen betragen lediglich ungefähr 10%, wobei mehr Verlagerungen in ländlichen und weniger in städtischen Regionen stattfanden) (Imison et al. 2008).

Mit diesen Entwicklungen verbunden ist eine Initiative des englischen Gesundheitsministeriums, die Kapazitäten im Nationalen Gesundheitsdienst deutlich zu erweitern, insbesondere um damit Wartezeiten für Behandlungen zu verkürzen (Department of Health 2002). Ein wichtiger Bestandteil dieses Vorhabens ist die Schaffung neuartiger Behandlungszentren (treatment centres; AS D in Abbildung 4–1) sowohl innerhalb des NHS als auch mittels privatwirtschaftlich betriebener Zentren (sogenannte independent sector treatment centres – ISTC). Das Leistungsangebot der Behandlungszentren beschränkt sich auf einen ausgewählten Bereich des elektiven Spektrums – insbesondere (ambulante) Operationen und diagnostische Leistungen. Die Abkopplung der Behandlungszentren von der Notfallversorgung ist fester Bestandteil der Strategie, um geplante Leistungen durch Notfälle nicht stornieren zu müssen. Die Behandlungszentren finden sich in herkömmlichen Krankenhäusern, in größeren Hausarztpraxen oder in Einrichtungen privater Betreiber, aber auch in neuartigen mobilen Anlagen etwa für Kataraktchirurgie oder Magnetresonanztomographie (Commisson for Healthcare Audit and Inspection 2007). Die erste Ausschreibung des englischen Gesundheitsministeriums für ISTC erging im Jahr 2003. Im Januar 2008 gab es 42 solcher ISTCs. Wie die neuen Behandlungszentren insbesondere des privaten Sektors abschneiden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar. Bemängelt wurde, dass die Datenqualität einen Vergleich und damit eine Evaluation der Reformbestrebungen noch nicht zulässt (Commisson for Healthcare Audit and Inspection 2008; Pollock und Godden 2008).

4.5 Schlussfolgerungen für Deutschland

Die englische Fallstudie zeigt vor dem Hintergrund der deutschen Situation, dass die Debatten um die Organisation der ambulanten fachärztlichen Versorgung sehr unterschiedlich sein können. Während bei uns – zumindest für bestimmte Leistungen – von einer Überwindung der „doppelten Facharztschiene“ die Rede ist, wird eine solche Dopplung in England gerade aufgebaut. Österreich stellt gewissermaßen eine Zwischenposition dar.

Trotz aller genannter Einschränkungen bei der Datenvergleichbarkeit in Bezug auf ambulantes Operieren deuten die hier präsentierten Informationen darauf hin, dass es in Deutschland durchaus noch Potenzial für eine Steigerung der Fallzahlen bei ambulanten Operationen gibt, unabhängig davon, ob diese nun in einem Krankenhaus durchgeführt werden oder in einer sonstigen Einrichtung. Dies wird besonders deutlich bei dem direkten Vergleich der Anteile der ambulanten Operationen in Ländern wie Kanada (vgl. Abbildung 4–2). Bei Auswertung der OEDC-Daten ist allerdings zu beachten, dass sich das ambulante Operieren in Deutschland stärker als in anderen Ländern im ambulanten Sektor entwickelte. Daher sind die Zahlen der OECD in Bezug auf Deutschland als grobe Unterschätzung zu sehen, da sie nur die ambulanten Operationen in Krankenhäusern wiedergeben und die Entwicklungen im ambulanten Sektor nur unzureichend berücksichtigen.

Sowohl die OECD-Daten als auch die beiden vorgestellten Schlaglichter aus Österreich und England zeigen einen Trend auf, der mit dem Schlagwort „Ambulantisierung“ grob umschrieben werden kann. Vor allem vor dem Hintergrund steigender Patientenerwartungen und -autonomie, steigender Entwicklungen im Bereich des medizinisch-technischen Fortschritts und auch der Erwartung potenzieller Kostenvorteile, die durch eine Verlagerung von Operationen in den ambulanten Bereich generiert werden können, gewinnen diese Entwicklungen hin zur Durchführung ambulanter Leistungen am Krankenhaus und auch in mit dem Krankenhaus verbundenen, aber nicht unbedingt an ihnen angesiedelten Versorgungszentren zunehmend an Bedeutung. Beachtenswert sind ebenfalls die eindeutigen Vorteile, die für die Patienten eines Versorgungszentrums entstehen, unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung in den einzelnen Ländern.

4.6 Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit, Familie u. Jugend. Selbständige Ambulatorien in Österreich. Wien 2008.
- Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2005.
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Financing Health in high-income countries. In: Gottret P, Schieber G (Hrsg.). Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. Washington DC: The World Bank 2006, 279–310.
- Calnan M., Hutton J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RB, A. Rico A, Boerma WG (Hrsg.), Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Philadelphia Buckingham: Open University Press 2006, 85–104.

- Castoro C, Bertinato L, Baccaglini L, Drace CA., McKee M. Day Surgery. Making it Happen. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief. 2007.
- Commission for Healthcare Audit and Inspection. Independent sector treatment centres. A review of the quality of care. London 2007.
- Commission for Healthcare Audit and Inspection. Independent sector treatment centres: the evidence so far. London 2008.
- Department of Health 2002. Growing Capacity. A new role for external healthcare providers in England. Zugriff unter http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4009238.
- Department of Health. Our Health, Our Care, Our Say. London 2006.
- Department of Health. Our NHS, Our Future. NHS Next Stage Review. Interim Report. London 2007.
- Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S, McKee M. Health Care outside hospitals. Accessing generalist and specialist care in eight countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief 2006.
- Hofmarcher MM, Rack H, Riesberg A.. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Copenhagen: Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. 2006.
- Imison C, Naylor C, Maybin J. Under one roof? Will polyclinics deliver integrated care? London: King's Fund 2008.
- Kroneman M W, Westert G P, Groenewegen P P, Delnoij DM. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. *Ambulatory Surgery* 2001, Jg. 9: 147–54.
- OECD. OECD-Gesundheitsdaten 2008. Statistiken und Indikatoren für 30 Länder. Juni 2008.
- Pollock A M, Godden S. Independent sector treatment centres: evidence so far. *BMJ* 2008, Jg. 336: 421–4.
- Robinson R, Dixon A.. Health Care Systems in Transition: United Kingdom. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 1999.
- Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber 2006.
- Toftgaard C, Parmentier G. International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B (Hrsg.). *Day Surgery. Development and Practice*. London: International Association for Ambulatory Surgery 2006, 35–60.
- Wendt C, Rothgang H. Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen (TranState Working Papers 61) Bremen: Sfb 597 Staatlichkeit im Wandel, Universität Bremen 2007.

This page intentionally left blank

5 Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch

Uwe Deh und Ralf Dralle

Abstract

In Ermangelung eines konsistenten Regelungsrahmens zur Bildung von zentrierten Versorgungsangeboten (Zentren) an Krankenhäusern vollzieht sich in der Realität eine Zentrenbildung ohne klare Zielstellung. Zwar wird i. d. R. die Notwendigkeit eines Zentrums vom einzelnen Krankenhaus medizinisch-inhaltlich begründet, doch herrscht bei genauerer Betrachtung regelmäßig die vergütungsrechtliche und damit ökonomische Motivation vor. Diese Entwicklung ist bedenklich, da sie den Beitrags- und Steuerzahlern als Finanziers der Zentrumsleistung keinen adäquaten Gegenwert bietet. Als Hauptursache für diesen „Wildwuchs“ werden die weitgehend inhaltsfreien Vorgaben zur Vergütungsfindung für besondere Krankenhausleistungen identifiziert. Die Fixierung auf den Vergütungstatbestand bei gleichzeitiger weitester Interpretationsmöglichkeit desselben führt dazu, dass die Frage, ob eine Zentrumsleistung sinnvoll und/oder erforderlich ist, nicht beantwortet wird. Als Ausweg bietet sich an, die medizinisch-inhaltliche Definition zum Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Zentrenbildung zu machen und den Vergütungstatbestand durch die Krankenhausplanung „inhaltlich aufzuladen“.

In the absence of a consistent regulatory framework to standardise the development of integrated health care centres at hospitals, such centres are currently established without clear objectives. While hospitals tend to justify the need for a health care centre on medical and content-related grounds, it is on scrutiny more likely to be motivated by questions of remuneration and thus by economic considerations. This tendency is a cause for concern, as it does not grant an adequate equivalent value to the contributor or tax-payer who, after all, finances health care provided by a centre. Such “uncontrolled growth” is mainly caused by formal rather than content-related standards for the remuneration of special clinical services. To concentrate on remuneration and simultaneously tolerate a wide range of possible justifications leaves the question whether health care service provided by a centre is reasonable and/or necessary unanswered. A possible alternative may be to require a medical and content-related definition as a starting point of considerations concerning the establishment of integrated health care centres. Their remuneration claims could thus be “charged with content” by appropriate hospital planning strategies.

5.1 Überblick

Im Bereich der medizinischen Versorgung insgesamt und bei der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Besonderen ist ein stetiger Trend zur Etablierung von (Versorgungs-)Zentren zu beobachten. Die Bildung von Zentren an Krankenhäusern ist ein wenig geregeltes, praktisch aber doch häufig anzutreffendes Phänomen. Diesem soll im Folgenden nachgegangen werden.

5

Der Begriff des Zentrums

Ohne den Rückgriff auf die griechisch-lateinische Etymologie zu bemühen, bezeichnet der Begriff im Allgemeinen einen Mittelpunkt, entweder den Mittelpunkt einer Sache oder einer Funktion – in vielen Fällen auch einen institutionalisierten Mittelpunkt, um den herum eine gewisse Ausstrahlung des Zentrums zu verzeichnen ist. Während es in diesem Sinne eine sehr vielfältige Verwendung des Begriffs gibt, ist die Verankerung im Bereich des Krankenhausrechts eingegrenzt. Unter Zentrum wird eine Einrichtung verstanden, die besondere Aufgaben zentral (Dietz/Bofinger 2008) und damit überregional wahrnimmt.

Ein Zentrum hebt sich damit schon begrifflich von seinem Umfeld ab. Das heißt für den Bereich der medizinischen Versorgung, dass jedes Zentrum ein Umfeld hat, welches es entsprechend seiner Zwecksetzung mit versorgt (versorgen sollte). Damit geht Zentrenbildung i. d. R. mit Spezialisierung einher.

Zweck der Zentren

Wenn die Zahl der Zentren stetig zunimmt, stellt sich die Frage nach der Begründung für diese Entwicklung. Bisherige Zentrenbildung scheint im Wesentlichen durch die folgenden Aspekte von Spezialisierung motiviert:

- Spezialisierung aus ökonomischen Erwägungen, um z. B. durch Realisierung von Skaleneffekten definierte Krankenhausleistungen (DRGs) wirtschaftlicher erbringen zu können
- Spezialisierung aus Gründen der Qualitätssicherung, um Leistungen durch eine größere Routine und mehr Erfahrungen in der Behandlung einzelner Leistungen qualitativ hochwertiger zu erbringen (Hohnholz 2008)
- Spezialisierung aus Marketinggründen, um ein Krankenhaus im stetig zunehmenden Wettbewerb der Häuser untereinander hinsichtlich der Inanspruchnahme bestimmter, aus Sicht des Krankenhauses attraktiver Leistungen am Markt zu positionieren
- First-Mover („Windhundprinzip“), um im konkurrierenden Umfeld als erster eine Position zu besetzen und Fakten zu schaffen.

Alle diese Überlegungen sind für die einzelnen Krankenhäuser im Wettbewerb untereinander von zunehmender Bedeutung. Durch das pauschalierte Vergütungssystem wird ein bewusster Druck ausgeübt, in dem die individuelle Selbstkostendeckung verneint wird (Tuschen/Trefz 2009). Die Anforderungen an die Qualitätssicherung werden sowohl gesetzgeberisch, aber auch durch die Kostenträger

stetig erhöht. Überkapazitäten in regionalen Einzugsbereichen heizen den Wettbewerb der dort anbietenden Krankenhäuser zusätzlich an.¹

Da die aus Sicht eines einzelnen Krankenhauses motivierte Zentrumsbildung, selbst wenn sie ökonomische oder qualitative Effekte realisiert, nur rein zufällig mit einem übergeordneten Versorgungsinteresse (Sicherstellungsauftrag) oder Effizienzinteresse (Wirtschaftlichkeitsgebot) zusammentrifft, ist gerade die Betrachtung aus Sicht der Kostenträger und insbesondere aus krankenhauplanerischer Sicht interessant. Nur so ist die Frage zu beantworten, ob die Zentrenbildung einem Zweck folgt, der sich aus dem Normenrahmen herleiten lässt. Hier kann z. B. das übergeordnete Ziel einer Strukturkonsolidierung verfolgt werden, indem Leistungen in Zentren konzentriert werden, um dort ökonomischer oder qualitätsgesicherter erbracht zu werden.

Die Diskussion, ob eine Mengenkonzentration zu Qualitätssteigerungen führt, wird auch im medizinischen Bereich inzwischen umfassend geführt. Genannt seien hierfür nur die Mindestmengen², die für die Abrechnung bestimmter DRGs inzwischen vorausgesetzt werden oder auch Analysen (Swart et al. 2005) hinsichtlich der Replikationsrate bei der Leistungserbringung durch verschiedene Anbieter.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Zweck der Zentrenbildung vielfältig sein kann, dass Interessen an der Zentrenbildung derzeit überwiegend vom einzelnen Krankenhaus, aber auch von anderen Institutionen im Gesundheitswesen ausgehen können. Diese Interessen müssen nicht zwangsläufig gleichgerichtet sein, selbst wenn sie sich auf dieselben Aspekte beziehen. Dies gilt insbesondere für den ökonomischen Aspekt. Der Zweck, den ein einzelnes Krankenhaus mit einer Fallkonzentration in bestimmten Leistungsbereichen verfolgt, um seine Erlössituation zu verbessern, kann beispielweise einem krankenhauplanerischen und versorgungspolitischen Zweckbegriff diametral entgegen stehen. Praktisch ist bereits heute festzustellen, dass im Ergebnis verschiedene Nachbarhäuser versuchen, sich als Zentrum für eine – aus ihrer Sicht ökonomisch interessante – Leistung zu etablieren. Begleitet wird dies durch eine fehlende Abstimmung und u. U. sogar die Herausnahme anderer lokal benötigter Leistungen aus dem Angebot.

Gesetzliche Regelungen

Im Krankenhausrecht werden Zentren lediglich unter folgender Frage thematisiert: Ist für Zentren ein Zuschlag zur Vergütung zu finanzieren³? So sieht § 5 Abs. 3 KHEntgG vor, dass, „soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17 b Abs. 7 KHG nicht vorliegen, die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG

1 So erfolgt die Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs im Klinikum Burgenlandkreis Naumburg, im Klinikum Merseburg und in den Asklepios Kliniken Weißenfels-Hohenmölsen in einem Umkreis von ca. 30 km.

2 Bei Lebertransplantationen incl. Teilleber – Lebendspende; Nierentransplantation inkl. Lebendspende; komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus und Pankreas; Stammzelltransplantation und Kniegelenktotalendoprothese.

3 Siehe in § 2 Absatz 2 Nr. 4 und § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

(mithin die Kostenträger und das einzelne Krankenhaus) Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes vereinbaren.“

Die gesetzliche Regelung bezieht sich mithin nicht auf die Frage, wann ein Zentrum unter welchen Voraussetzungen gebildet werden kann, sondern regelt eine mögliche Folge der Zentrumsbildung, nämlich die gesonderte (zusätzliche) Finanzierung der Leistungen des Zentrums durch die Kostenträger. Inhaltliche Fragen der Ausgestaltung des Zentrums werden nicht geregelt, sondern vielmehr vorausgesetzt.

Die fehlende inhaltliche Regelung und Beschränkung der gesetzlichen Vorgaben auf Finanzierungsfragen ist eine im Gesundheitswesen inzwischen verbreitet anzutreffende Verfahrensweise. Sie birgt die Gefahr, dass nicht zunächst die erbrachte Leistung näher definiert und auf dieser Grundlage die Gegenleistung, d. h. der zu finanzierende Preis, verhandelt wird, sondern im Gegenzug Diskussionen und Verhandlungen ausschließlich über die Vergütungshöhe ohne einen durchgreifenden Bezug zu den erbrachten Leistungen geführt werden. Die Gesetzesbegründung enthält immerhin einige Hinweise, was unter besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, die im DRG-System über Zuschläge oder Abschläge finanziert werden dürfen, zu verstehen ist. Hier wird auf die amtlichen Begründungen verwiesen⁴. Es handelt sich dabei beispielsweise um übergreifende Aufgaben wie Konsile, interdisziplinäre Videofallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen, z. B. für klinische Krebsregister, Nachsorgeempfehlungen, Fortbildungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätssicherung. Ausdrücklich keine zentrumsspezifischen Aufgaben sind hingegen die Behandlung und Versorgung des Patienten selbst. Diese Leistungen sind über normale Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu vergüten.⁵ Diese Ausführungen enthalten, auch wenn sie letztlich der gesetzlichen Regelungssystematik mit ihrem Schwerpunkt der Finanzierungsfragen folgen, einige Hinweise über die gesetzgeberischen Vorstellungen und Ansprüche an ein Krankenhaus: Im Wesentlichen sind dies eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung, die Einbeziehung umfassender fachlicher Kompetenz und ggf. die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Den Gedanken des Zentrums im oben definierten Sinne stützt darüber hinaus noch die Begründung zum § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz. Hier wird darauf verwiesen, dass nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG bestimmte allgemeine Krankenhausleistungen über Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen finanziert werden, soweit diese Leistungen nicht in allen Krankenhäusern erbracht und deshalb nicht in die Fallpauschale einbezogen werden können. Verwiesen wird insbesondere auf die Finanzierung besonderer krankenhausesübergreifender Aufgaben, z. B. Tumorzentren und geriatrische Zentren. Dies hebt noch einmal deutlich hervor, dass sich ein Zentrum schon vom Begriff her gegenüber der flächendeckend vorgehaltenen Versorgung differenzieren muss.

4 Zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung 1995, BR-Drucksache 381/94 S. 27 sowie zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG, BT-Drucksache 15/3672.

5 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 11.

Hinweis: Die Genehmigung der Schiedsstellenentscheidung wurde von der zuständigen Bezirksregierung Köln versagt. Die rechtliche Bewertung der Schiedsstelle tangiert diese Kassationsentscheidung jedoch nicht.

Abgrenzung der Zentrumsleistungen zur „Normalversorgung“

Der Zentrumsbegriff, der den gesetzlichen Regelungen zugrunde liegt, enthält also zwei Komponenten: zum einen eine Hervorhebung gegenüber flächendeckenden Versorgungsangeboten, zum anderen die Übernahme besonderer fachlich qualifizierter und qualitätssichernder Aufgaben. Deshalb sind beispielsweise Qualitätsverbesserungen, die flächendeckend erfolgen, nicht geeignet, die Zentrumseigenschaft eines einzelnen Krankenhauses zu begründen. Dies wird gerade vor dem Hintergrund eines qualitätsgetriebenen Zentrumsbegriffs wichtig.

Die Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen der Leistungserbringung durch verschiedene Instrumentarien auch in der Regelversorgung. So ist beispielsweise zunehmend die Abrechenbarkeit einzelner DRGs davon abhängig, dass bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt sind. Beispiele sind die Mindestmengen, die ein Krankenhaus bei bestimmten Diagnosen erfüllen muss, oder die Aufnahme einzelner OPS-Schlüssel in das DRG-Abrechnungssystem. Hierdurch werden Anforderungen, die sich auf die Strukturqualität eines Hauses beziehen, zur Abrechnungsvoraussetzung gemacht. Dies kann konkret die Vorhaltung bestimmter Fachärzte, aber auch weiteren medizinischen Personals, einzelne räumliche Voraussetzungen oder apparative Mindestausstattungen betreffen. Beispielhaft seien hier nur die Regelungen im Bereich der geriatrischen Behandlung und der Schlaganfallbehandlung genannt.

Wenn jedoch Strukturvoraussetzungen bereits für die Normalversorgung definiert werden, sind sie nicht mehr geeignet, die Zentrumseigenschaft eines einzelnen Krankenhauses zu begründen. Je weiter also die Qualitätsforderungen insgesamt steigen, desto schwieriger ist es für einzelne Krankenhäuser, durch darüber hinausgehende Leistungen eine Zentrumseigenschaft zu begründen.

Auch die Ausweisung eines Krankenhauses als Haus der Schwerpunktversorgung kennzeichnet seine Aufgaben im Spektrum der „Normalversorgung“, denn sie basiert auf einer krankenhauplanerischen Entscheidung, die den Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses näher definiert. Dieser Versorgungsauftrag beschreibt das Leistungsspektrum des Krankenhauses und ist damit als solcher ausdrücklich nicht geeignet, eine Zentrumseigenschaft zu begründen.

Die Zentrumseigenschaft konzentriert sich unter dieser Betrachtungsweise insbesondere auf den Aspekt der übergreifenden Betätigung. Die qualitätsgerechte Erfüllung des eigenen Versorgungsauftrages ist nicht ausreichend, sondern es müssen zentrale Aufgaben für eine Versorgungsregion übernommen werden.

5.2 Medizinisch-inhaltliches vs. vergütungsrechtlich-allokatives Primat – Das Henne-Ei-Problem der Zentrenbildung

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Regelungen geht die Initiative zur Bildung eines Zentrums häufig vom einzelnen Krankenhaus aus. Dieses trifft die Entscheidung, sich auf einem bestimmten Gebiet zu profilieren, übernimmt einzelne Aufgaben entweder abgestimmt mit den Nachbarhäusern oder unabgestimmt

und lässt sich ggf. zertifizieren.⁶ Sodann kommuniziert es die Zentrumseigenschaft und tritt in Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zur Budgetsteigerung. Bereits bei dieser einzelwirtschaftlich motivierten Vorgehensweise sind unterschiedliche Ausgangspunkte und Zielstellungen zu beobachten. Im Wesentlichen lässt sich hier zwischen einem vergütungsrechtlich-ökonomischen (allokativen) und einem medizinisch-inhaltlichen Vorgehen unterscheiden. In der Regel wird allerdings bei beiden Ansätzen eine medizinische Begründung für das Zentrum abgegeben.

5

Erklärungsversuch

Aus der ökonomischen Sicht des einzelnen Krankenhauses ist es insbesondere sinnvoll, bereits vorhandene Leistungsstrukturen zu nutzen, ggf. zu modifizieren und hierdurch eine Zentrumseigenschaft zu begründen. Der damit ggf. ausgelöste Vergütungsanspruch gegenüber den Kostenträgern kann zu einer Budgetsteigerung führen, woran das einzelne Krankenhaus im Hinblick auf die grundsätzliche Grundlohnsummenbindung der Budgetentwicklung in hohem Maße interessiert ist. Ein solches Vorgehen kann, da auf bestehende und durch die Abrechnung erbrachter Leistungen möglicherweise bereits ausfinanzierte Strukturen zurückgegriffen wird, die Erlössituation des Krankenhauses nachhaltig positiv beeinflussen. Dies zeigt sich auch daran, dass Krankenhäuser in den Verhandlungen mit den Kostenträgern vermehrt entsprechende Anträge stellen und auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Informationen für die einzelnen Krankenhäuser auf diese Möglichkeit zur Leistungsausweitung verweist. Faktisch liegt der Vorgehensweise des Einzelkrankenhauses fast ausschließlich das Primat der vergütungsrechtlich-ökonomischen Optimierung zu Grunde.

Rahmenbedingungen

Gesetzgeberisch intendiert – allerdings nicht ausdrücklich geregelt – war jedoch, dass die Begründung krankenhäuserübergreifender Zentren eine Abstimmung insbesondere mit den Nachbarkrankenhäusern, aber auch mit allen an der Krankenhausplanung Beteiligten voraussetzt. Wenn Krankenhäuser nämlich übergreifende Aufgaben wie Konsile, interdisziplinäre Videofallkonferenzen, besondere Dokumentationsleistungen, Fortbildungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätssicherung übernehmen, müssen sie sich nachgerade mit den Nachbarkrankenhäusern darüber abstimmen, welches eine Spezialisierung in welchen Bereichen übernimmt. Ein zusätzlicher Aufwand durch die Übernahme zentraler Aufgaben muss durch Vergütungsregelungen aufgefangen werden (wobei der Gesetzgeber wohl noch nicht explizit an multilaterale Vergütungsregelungen gedacht hat, bei denen umliegende Krankenhäuser die Zentrumsaufgabe mitfinanzieren). Aus den wenigen bisher existierenden Bedingungen des Ordnungsrahmens lässt sich jedoch eher ein medizinisch-inhaltliches Primat für die Zentrenbildung erkennen. Der zu erwartende Versorgungsansatz (Daseinsvorsorge, Sicherstellung) ist in den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht erkennbar.

⁶ So z. B. die Asklepios Kliniken Weiffenfels – Hohenmölsen für den Vereinbarungszeitraum 2007 hinsichtlich eines Brustzentrums.

Abwägung

Die Grenzen zwischen beiden Ansätzen sind fließend, sie unterscheiden sich insbesondere durch die Zweckrichtung, mit der einzelne Aufgaben wahrgenommen werden. Nach der Gesetzeslogik ist die Übernahme besonderer Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte Voraussetzung für entsprechende Vergütungsansprüche. Dies ist jedoch nicht ausdrücklich durch verfahrensrechtliche Mitspracherechte umliegender Häuser oder krankenhauplanerische Entscheidungen abgebildet. Es bleibt zu diskutieren, ob diese Mitspracherechte nicht Voraussetzungen für die Zuerkennung einer Zentrumseigenschaft sind. Derzeit haben die einzelnen Krankenhäuser jedoch große Gestaltungs- und Definitionsspielräume hinsichtlich der Frage, durch welche Leistungen ein Zentrum begründet werden kann.

In Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen sind im Rahmen der Krankenhausplanung einzelne Regelungen auch zu Zentren erfolgt. In Sachsen-Anhalt enthalten die Rahmenrichtlinien zur Krankenhausplanung Anforderungen an ein Zentrum⁷, in Nordrhein-Westfalen entscheidet zum Teil die Krankenhausplanungsbehörde über die Eigenschaft als Zentrum⁸. Dies zeigt, dass verfahrensrechtliche Absicherungen der Zentrumsbildung durchaus möglich sind. Durch solche planerischen Vorgaben wird die Betrachtungsweise verstärkt auf die inhaltliche Begründung der Notwendigkeit eines Zentrums gelenkt und die Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenhäusern gefördert, um eine insgesamt sinnvolle Versorgungsstruktur zu schaffen. Hierdurch wird der Blick stärker von der Finanzperspektive des einzelnen Hauses, das die Schaffung von (möglichst vielen) Zentren auch als Budgetoptimierungsparameter sieht, auf die inhaltliche Diskussion darüber gelenkt, ob eine Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Krankenhäusern notwendig und sinnvoll ist. Damit kann vermieden werden, dass sich die Diskussion auf die Finanz- und Budgetaspekte des Zentrumsbegriffs beschränkt.

Bevor aus Sicht der Autoren eine Diskussion hinsichtlich der beiden beschriebenen Primärmotivationen erfolgt, werden die Ansätze im Folgenden noch etwas näher erläutert.

5.3 Medizinisch-inhaltliche Zentrenbildung – Versorgungspolitischer Aspekt

Die Sicherstellung von hinreichenden Angeboten an Krankenhausleistungen ist Teil der Daseinsvorsorge, die nach der gesetzlichen Kompetenzverteilung grundsätzlich den Ländern obliegt, die diese meist an die Kommunen delegieren (Robra et al. 2003).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes bezieht sich auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Versorgungspolitische und insbesondere planerische

7 Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gem. § 3 Abs. 2 KHG LSA, Nr. 4.3 (Versorgung in Leistungszentren).

8 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 8.

Aspekte in einzelnen Regionen sind davon nicht umfasst; sie verbleiben auf Basis der konkurrierenden Gesetzgebung und Auffangkompetenz bei den Ländern. Die versorgungspolitischen Aspekte können im Rahmen der Krankenhausplanung wahrgenommen werden, wenn sich diese nicht auf die Umsetzung bundesgesetzlicher und damit stark auf Finanzierungsaspekte fokussierter Anforderungen beschränkt, sondern sich planerischen und versorgungspolitischen Aufträgen stellt.

Jedes einzelne Krankenhaus definiert sein Leistungsspektrum im Wesentlichen über den Versorgungsauftrag, den es entweder durch Vertragsschluss mit den Krankenkassen nach § 109 f SGB V oder durch Aufnahme in den Krankenhausplan erhält. Hierüber kann das Versorgungsangebot in bestimmten Regionen planerisch strukturiert werden. Gesetzlich vorgegeben sind die Einbeziehung der Aspekte Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenhäuser und Bedarfsgerechtigkeit des Angebots (§ 6 KHG): Bei der Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung, aber auch bei Vertragsschlüssen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu berücksichtigen, inwieweit die Krankenhäuser in der Lage sind, die von ihnen angebotenen Leistungen zu erbringen (Leistungsfähigkeit). Darüber hinaus ist aber auch zu klären, inwieweit überhaupt ein Bedarf an diesen Leistungen besteht. Wenn beispielsweise mehrere Krankenhäuser grundsätzlich daran interessiert sind, einzelne Leistungen zu erbringen und hierzu auch qualitätsgesichert in der Lage sind, jedoch kein Bedarf besteht alle einzubeziehen, ist grundsätzlich eine planerische Auswahlentscheidung zu treffen.

Dies gilt umso mehr für die Bildung von Zentren. Hier ist schon vom Begriff her Voraussetzung, dass in einem bestimmten räumlichen Umfeld einzelne Krankenhäuser Leistungen erbringen, die über das allgemeine flächendeckende Angebot von Leistungen hinausgehen. Umso dringlicher stellt sich damit die Frage, in welchem Entscheidungsverfahren festzulegen ist, welches Krankenhaus die Zentrums-eigenschaft für sich beanspruchen kann und welches nicht. Dies gilt umso mehr, als mit der Entscheidung über die Zentrums-eigenschaft Vergütungsansprüche implizit mit entschieden werden.

Da aber die Zentrums-eigenschaft erfordert, dass sich das Krankenhaus vom flächendeckenden Versorgungsangebot abhebt, bedeutet das zumindest bei einer regionalen Betrachtung, dass mit der Entscheidung zugunsten eines Krankenhauses auch eine Entscheidung gegen andere Krankenhäuser getroffen werden muss. Im Rahmen eines Entscheidungsverfahrens über die Krankenhausschiedsstellen sind die benachbarten Krankenhäuser regelmäßig nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen. Eine planerische Entscheidung über die medizinischen Anforderungen an ein Zentrum bietet dagegen allen potenziell interessierten Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Interessen einzubringen. Dies gilt insbesondere, wenn mit der Entscheidung über Standorte von Zentren auch Strukturentscheidungen verbunden sind bzw. implizit getroffen werden. Zumindest bei krankhausplanerischer Betrachtung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Übernahme von übergreifenden Aufgaben in der Versorgung in bestimmten Fachgebieten auch ein bestimmtes Fallaufkommen in den entsprechenden Bereichen erfordert.

Eine Zentrumsbildung ist dann sinnvoll, wenn damit eine Konzentration der betroffenen Fachgebiete oder Teilgebiete an einzelnen Häusern erfolgt. Dies wiederum hat Auswirkungen sowohl auf das Versorgungsangebot der konkurrierenden Krankenhäuser als auch auf die zwischen den Häusern und den Kostenträgern zu

treffenden Budgetvereinbarungen. In diesen wird ebenso wie in der Krankenhausplanung neben der Budgethöhe auch das Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser vereinbart. Dabei werden beispielsweise in Sachsen-Anhalt krankenhauserplanerische Entscheidungen zugrunde gelegt, weil der planerische Versorgungsauftrag Vorrang vor den nachfolgenden Budgetverhandlungen hat. Ist die Krankenhausplanung als Leistungsplanung statt als Bettenplanung angelegt, erfolgt hier korrespondierend zur leistungsorientierten Abrechnungssystematik des DRG-Systems eine Entscheidung über die Leistungsstruktur eines Krankenhauses (Robra et al. 2003). Ein solcher Planungsansatz kann sinnvollerweise die Entscheidung über die Bedarfsgerechtigkeit und die Verteilung von Zentren auf die verschiedenen leistungsfähigen Krankenhäuser übernehmen, soweit der Zentrenbildung medizinisch-inhaltliche und versorgungspolitische Kriterien zugrunde liegen.

Wenn eine Krankenhausplanung von Zentrenstandorten nicht erfolgt, ergeben sich verschiedene Probleme. Zum einen bleibt die Frage offen, in welchem Verfahren die Interessen der konkurrierenden Krankenhäuser ausgeglichen werden sollen. Erfolgt der Zuschlag für einen Zentrumsstandort an ein Krankenhaus, hat dies Auswirkungen für die konkurrierenden Krankenhäuser, die ggf. nicht mehr in der Lage sind, Zentren in der entsprechenden Teildisziplin zu werden, obwohl sie möglicherweise leistungsfähiger sind. Überlässt man die Verantwortung der Entscheidung über die Zentrenstandorte bilateral dem einzelnen Krankenhaus und den Kostenträgern, blendet man systematisch die Interessen konkurrierender Krankenhäuser aus bzw. überantwortet die Wahrnehmung der Interessen konkurrierender Krankenhäuser einseitig den Kostenträgern. Diese können die Entscheidung unter Umständen aufgrund fehlender Informationen nicht treffen oder sind an der vertretungsweisen Wahrnehmung der Krankenhausinteressen durch eigene entgegengerichtete Interessen gehindert.

Zudem bleibt ohne planerische Abstimmung der Zentrumsstandorte nur das „Windhundverfahren“, das entweder dem ersten Antragsteller den Zuschlag für ein Zentrum erteilt oder sich von der Begrenzung der Anzahl der Zentren letztlich verabschiedet, d. h. dass im Ergebnis unbegrenzt viele Zentren zugelassen werden, die jeweils die Mindestanforderungen an ein bestimmtes Leistungsspektrum erfüllen. Eine solche Vorgehensweise führt jedoch den Zentrumsbegriff ad absurdum, da letztendlich jedes Krankenhaus, das bestimmte Behandlungen vornimmt und entsprechende Qualitätsstandards erfüllt, zu einem Zentrum für dieses Krankheitsbild werden kann. Diese Entwicklung beginnt sich in der Realität für einzelne Bereiche, beispielsweise Brustzentren, bereits abzuzeichnen.⁹

Es zeigt sich, dass ein Zentrumsbegriff, der auf die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben durch einzelne Krankenhäuser fokussiert, notwendigerweise ein Abstimmungsverfahren und damit ein planerisches Verfahren voraussetzt, in das alle Krankenhäuser wie auch Kostenträger ihre Standpunkte und Interessen einbringen können und in dem ein Interessenausgleich zwischen den erwartbar gegensätzlichen ökonomischen Interessen der Beteiligten gesucht wird.

⁹ Aktuell gibt es neun durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zertifizierte Brustzentren in Sachsen-Anhalt.

5.4 Vergütungsrechtliche Zentrenbildung – ökonomischer Aspekt

5

Nach § 5 Abs. 3 KHEntgG sind für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG Zu- und Abschläge zu vereinbaren, soweit bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17 b Abs. 7 KHG nicht vorliegen. Hieraus ergibt sich, dass die Bestimmung der Zuschläge primär einer Entscheidung der Bundesebene vorbehalten ist, jedoch auch auf Ortsebene erfolgen kann, soweit eine Entscheidung auf Bundesebene nicht vorliegt. Insofern wird lediglich auf die „Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes“ verwiesen, die inhaltliche Regelungen wie oben beschrieben nur in geringem Maße enthalten.

Darüber hinaus kommt allenfalls noch die entsprechende Anwendung der Vorgaben für die Bundesebene in Betracht, die ihrerseits jedoch auch nur in geringem Umfang gegeben sind.

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG i. V. mit § 2 Abs. 2 Satz 2 des KHEntgG werden Zu- und Abschläge für solche Leistungen vereinbart, die nicht allgemeine Krankenhausleistungen in dem Sinne sind, dass sie als Finanzierungstatbestand für alle Krankenhäuser in den Entgelten nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG geregelt sind. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Notfallversorgung, an der nicht jedes Krankenhaus teilnehmen muss und eben die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Daraus ergibt sich, dass in dem Krankenhaus, das die Aufgaben eines Zentrums für sich reklamiert, besondere Leistungen erbracht werden müssen (Mohr 2004, S. 414). Zu diesen besonderen Leistungen gehören insbesondere nicht die Leistungen und Kosten der Behandlung und Versorgung der Patienten, weil diese als allgemeine Leistungen über Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder andere Entgelte vergütet werden. Die Feststellung der Eigenschaft als Zentrum setzt also zunächst voraus, dass solche besonderen Leistungen vorliegen. Jedoch müssen nicht alle Leistungen, die im Kontext der mit der Zentrumseigenschaft im Zusammenhang stehenden Behandlungen erbracht werden, zugleich als besondere Leistungen gesondert ausfinanziert werden.

Die eigentliche Versorgungs- und Behandlungsleistung bleibt vergütungsrechtlich immer eine allgemeine Krankenhausleistung, die durch die Entgelttatbestände nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG finanziert wird, unabhängig davon, ob sie in einem Zentrum oder in einem anderen Krankenhaus erbracht wird.¹⁰ Dies ist letztlich auch systemgerecht, da der Aufwand der Leistungserstellung in die Kalkulation der Entgelte einbezogen wurde und somit einer zusätzlichen Finanzierung durch Zuschläge nicht bedarf. Damit setzt das Vorhandensein einer besonderen Leistung, die durch einen Zuschlag im Sinne von § 5 Abs. 3 KHEntgG ausfinanziert werden kann, einerseits voraus, dass es sich nicht um eine allgemeine Leistung des Krankenhauses handelt, die in die Entgelttatbestände nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG Einfluss findet, andererseits muss die besondere Leistung jedoch eine Krankenhausleistung im

¹⁰ Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 11.

Sinne des § 2 KHEntgG sein. Dies bedeutet insbesondere, dass unter die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nur solche der stationären Versorgung von Patienten fallen und hier nur die stationär erbrachten Versorgungsleistungen.¹¹ Nur in diesem Fall ist der Regelungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes überhaupt betroffen.

Rein ambulante Leistungen fallen nicht unter diese Norm, selbst wenn sie am Krankenhaus erbracht werden sollten. Bezüglich der Höhe ggf. zu gewährender Zuschläge enthält das Gesetz keine ausdrücklichen Regelungen. Hier räumt das Gesetz den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG eine weitgehende Regelungsbefugnis ein, soweit Vorgaben der Bundesebene nicht existieren. Hierbei ist insbesondere der Maßstab der Sachgerechtigkeit der Zuschläge zu berücksichtigen. Dabei gilt einerseits, dass die Krankenhausfinanzierung nicht mehr auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips erfolgt, was dafür spricht, nicht zwangsläufig Kosten des Krankenhauses in Entgelte umzuwandeln, andererseits werden die Kostenstrukturen des Krankenhauses bei der Entscheidungsfindung eine maßgebliche Rolle spielen. Jedoch sind auch Vergleiche mit anderen Krankenhäusern und Regelungen zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Bei der Entscheidung über die Zuschläge aufgrund der Zentrumseigenschaft muss mithin zunächst festgestellt werden, ob ein Krankenhaus Zentrum im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes ist, d. h., ob die beschriebenen besonderen Aufgaben durch das Krankenhaus wahrgenommen werden. Ist dies der Fall, muss auf Basis der Leistungen des Krankenhauses bestimmt werden, ob auch im konkreten Fall besondere Leistungen erbracht werden. Dies setzt einerseits voraus, dass nur stationäre Leistungen in die Betrachtung einbezogen werden, andererseits, dass diejenigen stationären Leistungen, die als allgemeine Krankenhausleistungen durch die allgemeinen Entgelttatbestände ausfinanziert werden, nicht in die Betrachtung einfließen.

Zusammenfassend betrachtet enthalten die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes damit weitgehend inhaltsfreie Vorgaben zur Bestimmung einer Vergütung für besondere Krankenhausleistungen. Die Frage, welche besondere Krankenhausleistung erbracht wird, ist in weiten Teilen den Vertragsparteien nach § 11 KHG überantwortet, während die Frage, ob die Erbringung dieser Krankenhausleistungen sinnvoll oder planerisch gewollt ist, bundesgesetzlich im Wesentlichen nicht geregelt ist. Damit bestehen weitgehende Interpretationsmöglichkeiten, ob eine Bestimmung und Ausgestaltung durch das einzelne Krankenhaus möglich ist oder ob durch übergeordnete planerische Ansätze eine Entscheidung kanalisiert werden soll. Bei den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes handelt es sich demnach lediglich um einen Vergütungstatbestand, der die Frage, ob die Krankenhausleistungen sinnvoll oder erforderlich sind und worin sie genau bestehen, nicht regelt. Er muss als reiner Vergütungstatbestand „inhaltlich aufgeladen“ werden. Diese „inhaltliche Aufladung“ kann nur im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgen.

11 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 13.

5.5 Der versorgungspolitische Aspekt als inhaltliche Füllung für die leere Hülle des Vergütungstatbestandes – ein Ausweg für die Zentrumsbildung

Die gesetzlichen Regelungen zur Zentrenbildung im Krankenhaus sind unter verschiedenen Aspekten ergänzungsbedürftig. Zum einen beziehen sich die Regelungen weitgehend auf die Finanzierung der besonderen Leistungen, ohne im Einzelnen zu regeln, was darunter zu verstehen ist. Hier ist eine Konkretisierung erforderlich, die nur durch die Planung erfolgen kann. Dabei ist bei den besonderen Leistungen, die sich schon definitorisch von den flächendeckend vorgehaltenen „normalen“ Leistungen abheben sollen, eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur fast noch wichtiger.

Die Länder sind hier aufgefordert, den im Rahmen der Krankenhausplanung bestehenden Spielraum der Landesebene zu nutzen, um eine Versorgungsstrukturplanung zu betreiben.

Darüber hinaus beschränken sich die Regelungen zur Zentrumsbildung allein auf den stationären Bereich. Wenn im Sinn einer Zentrumsbildung jedoch eine Schwerpunktbildung insbesondere unter Qualitätsaspekten erfolgt, dann entfaltet ein solches Zentrum auch eine Leuchtturmfunktion in der Region. Es ist in der Lage, eine Managementkompetenz zu entwickeln, die weit über die Leistungen des eigentlichen Krankenhauses hinausgeht; es ist in der Lage, die Versorgung in der Region zu bestimmten Krankheitsbildern zu organisieren und die Fortbildung beispielsweise auch von einweisenden Ärzten zu übernehmen. Diese Aufgaben gehen über stationäre Aufgaben des Krankenhauses hinaus. Hier zeigen sich die Grenzen der sektoralen Regelungen zur Leistungserbringung im Gesundheitsrecht. Es erscheint notwendig, eine Versorgungsstrukturplanung auch auf die angrenzenden Leistungsbereiche zu erstrecken, was jedoch an der im Gesundheitsrecht zersplitterten Planungszuständigkeit scheitert. Die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich obliegt so beispielsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung, im stationären Bereich hingegen den Ländern.

Hier offenbart sich ein Grundproblem des Gesundheitswesens, das einem Aufbau integrierter Strukturen entgegensteht, auch wenn diese gerade für Zentren im Sinne einer Versorgungsstrukturplanung sinnvoll erscheinen.

5.6 Fazit

Eine Zentrenbildung, die sich im Wesentlichen als Prolongierung der derzeitigen Entwicklung vollzieht, erfüllt weder den Zweck, der sich aus Begrifflichkeit und Interpretation des gesetzgeberischen Willens ableiten lässt, noch versorgungspolitische oder -strukturierende Ziele. Die lediglich auf die (Aus-)Nutzung eines Vergütungsanspruchs orientierte Zentrenbildung erbringt durch die fehlende Abgrenzung von der „Normalversorgung“ für die Finanziere dieser Vergütung (Beitrags- und Steuerzahler) keinen adäquaten Gegenwert.

Als Ausweg bietet sich an, das medizinisch-inhaltliche Primat bei der Zentrenbildung durchzusetzen. Mit einer überschaubaren Änderung krankenhaushausplane-

rischer Regelungen könnte der Zentrenbildung eine klare versorgungspolitische Perspektive eröffnet werden.

5.7 Literatur

Dietz O, Bofinger W. Krankenhausfinanzierungsgesetz, Band 2. Wiesbaden 2008.

Hohnholz B. Kommentar. In: Hauck K, Nofitz W. Sozialgesetzbuch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2008.

Mohr. Die BKK 2004. 413 ff.

Robra BP, Deh U, Swart E, Felder S, Dralle R. Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs. In: Klau-ber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004, 137ff.

Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz – Kommentar. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 82.

Swart E, Schwarz, Robra BP. Die stationäre Versorgung in der AOK Sachsen-Anhalt – Routine- und Spezialberichterstattungen. Berichtsjahr 2005. Magdeburg 2005, 51ff.

This page intentionally left blank

6 Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung

Matthias Schäg, Markus Herrmann, Andreas Klement, Thomas Lichte und Bernt-Peter Robra

Abstract

Mit der demographischen Alterung der Bevölkerung steigen die Anforderungen an eine altersgerechte, d. h. wohnortnahe und zugehende Versorgung. Dies gilt insbesondere für ländliche und strukturschwache Regionen. Gleichzeitig wird die hausärztliche Versorgung durch Mangel an Allgemeinärzten und Probleme bei der Wiederbesetzung von Praxen in der Fläche ausgedünnt. Zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung werden daher neue Formen der Zusammenarbeit regionaler Primärärzte untereinander sowie zwischen Primärärzten, sekundären Fachärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten nötig. In Regionen mit drohender Unterversorgung wird ein vor allem allgemeinmedizinisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum vorgeschlagen. Es bietet Ärztinnen und Ärzten planungssichere und teilzeitgeeignete Arbeitsplätze mit reduzierter Investitionsbelastung. Eine zugehende Versorgung besonders der alten multimorbiden Patienten wird durch integriertes, mobil oder dezentral tätiges Fachpersonal arztentlastend unterstützt. Mit dem regionalen Krankenhaus und anderen Leistungserbringern werden sektorübergreifende Patientenpfade und eine gemeinsame Qualitätssicherung abgestimmt. Um die flächendeckende Versorgung nachhaltig zu sichern, werden sektorübergreifende Weiterbildungsstellen geschaffen. Bei heute schon hoher Wanderungsbereitschaft der Versicherten bei elektiven stationären Eingriffen sichert eine abgestimmte Integration in die regionale Versorgung auch die Krankenhäuser. Nicht zuletzt den Universitätsklinika eröffnet der Weg in eine gemeindebezogene Versorgung neue Chancen in Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung.

With the demographic ageing of the population, demands for health care to suit an ageing population, in terms of delivery close to home or at home, are increasing. This applies particularly to rural and deprived regions with poor health care structures. At the same time, primary care provision is getting increasingly sparse due to a shortage of general practitioners and problems with filling practices. To ensure that primary care is available all over the region, new forms of collaboration among regional primary care physicians as well as primary care physicians, specialists, hospitals and healthcare services are essential. In regions threatened by underprovision of health care, a Medical Healthcare Centre equipped predominantly for general medicine would be a solution. It would offer physicians secure employment, full-time or part-time, and a reduced invest-

ment burden. Healthcare at home, particularly for elderly multimorbid patients, would be supported by integrated specialised personnel working on a mobile or decentralised basis in order to relieve physicians. Cross-sectoral patient paths and a joint quality assurance would be co-ordinated with the regional hospital and health care providers. To ensure sustainable comprehensive healthcare, a cross-sectoral residency training would be set up. Given that today patients are willing to travel some distance for elective inpatient procedures, a co-ordinated integration into regional healthcare would also safeguard hospitals. The path to community-based healthcare would even offer university hospitals new opportunities in training, continuing education and health care.

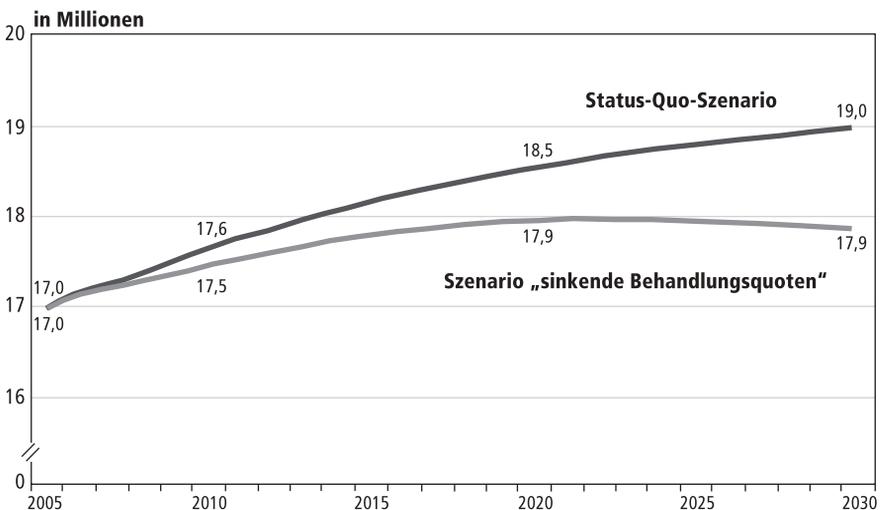
6

6.1 Einführung

Die medizinische Versorgung steht vor einer doppelten Alterung – der Alterung der Bevölkerung und einer Alterung der Ärzte in der flächendeckenden Versorgung. Trotz einer prognostizierten Abnahme der Bevölkerung ist mit einer Zunahme der Krankenhausfälle zu rechnen (Abbildung 6–1). Eine analoge Zunahme wird es auch bei der ambulanten Behandlung geben. Von einer mittelfristigen Zunahme der Krankenhausfälle geht das Statistische Bundesamt selbst dann aus, wenn die Bevölkerung mit wachsender Lebenserwartung auch länger gesund bleibt (Szenario „sinkende Behandlungsquoten“).

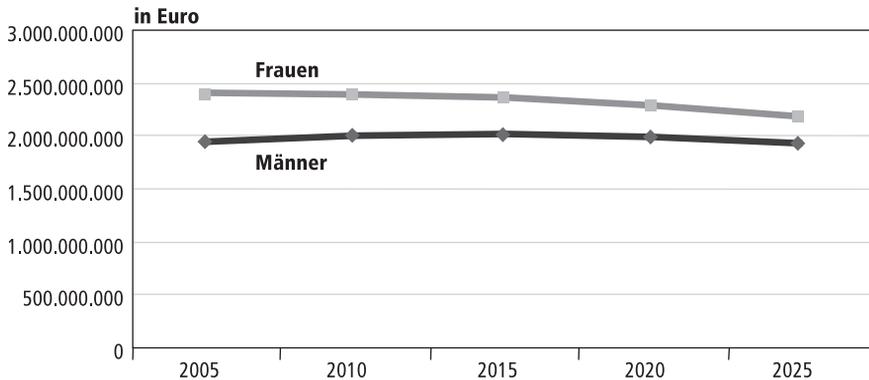
Abbildung 6–1

Prognose der Zahl der Krankenhausfälle in Deutschland, zwei Szenarien



Quelle: Destatis, Demographischer Wandel in Deutschland 2008

Abbildung 6–2

Prognose der Krankheitsausgaben in Sachsen-Anhalt, Status-Quo-Szenario, alle Altersgruppen

Hinweis: Die Kurven würden stärker fallen, wenn ein Kostenschwerpunkt am Lebensende berücksichtigt wird.

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 4. regionalisierte Bevölkerungsprognose und Bundesversicherungsamt, RSA-Altersprofil 2006 ohne EU-Rentner

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Für Sachsen-Anhalt geht die amtliche Bevölkerungsprognose sogar von einer so starken Abnahme der Einwohnerzahlen aus, dass trotz der Alterung der Bevölkerung die für die Versorgung verfügbaren Mittel insgesamt abnehmen werden, wenn man sie mit dem Altersprofil des Risikostrukturausgleichs hochrechnet (Abbildung 6–2). Die Leistungserbringer werden daher dort in den nächsten Jahren zusammenrücken müssen. Eine Abnahme der Bevölkerungsdichte in ländlichen Räumen gibt es aber nicht nur in Ostdeutschland, sondern auch in wirtschafts- und strukturschwachen Regionen anderer Bundesländer. Die Abwanderung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – jüngere Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen sind dabei überproportional vertreten – lässt eine sozial und gesundheitlich benachteiligte Residualbevölkerung mit überdurchschnittlichem medizinischem Versorgungsbedarf zurück.

Mit der demographischen Alterung und der Zunahme der Einpersonenhaushalte steigen die Anforderungen an eine altersgerechte Versorgung. Sie sollte nicht nur wohnortnah, sondern auf den Erhalt des Lebens in der eigenen Häuslichkeit gerichtet sein, d. h. sie wird in erheblichem Maß zugehend sein müssen. Stationäre Aufenthalte sollten möglichst vermieden werden, jedenfalls kurz sein. Betreuende Angehörige und andere soziale Netze sind im Interesse der GKV zu stärken. Geriatriische Rehabilitation, eine Leistung der Krankenkassen, wird zunehmend notwendig und kann mit Erfolg auch von Hausärzten geleitet werden (Meinck et al. 2003). Nötig ist das Zusammenwirken medizinischer und sozialer Dienste.

Dagegen wird die hausärztliche Versorgung heute durch Mangel an weitergebildeten Allgemeinärzten und Probleme bei der Wiederbesetzung von Praxen in der Fläche ausgedünnt. Die ambulante Primärversorgung ist schon jetzt zunehmend

überfordert, wie an der altersbereinigten Zunahme der Notfalleinweisungen in Krankenhäuser erkennbar ist.¹

Bisher ist sichtbarer Hausärztemangel auf einzelne Gemeinden und Landkreise beschränkt. Eine weitere Ausdünnung der Versorgungsdichte ist jedoch nach einem Bericht für die 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK)² absehbar: Von 2005 bis 2010 werden bundesweit aus Altersgründen ca. 16 000 Hausärzte in den Ruhestand gegangen sein. Um den derzeitigen Versorgungsstand zu erhalten, müssten jährlich zwischen 2 000 und 3 000 Allgemeinärzte ihre Weiterbildung abschließen; zwischen 1998 und 2003 wurden jährlich jedoch nur 1 600 bis 1 900 Gebietsanerkennungen für Allgemeinmedizin vergeben. Nur zwei Drittel der weitergebildeten Allgemeinmediziner werden danach in der vertragsärztlichen Versorgung tätig, das verbleibende Drittel besteht weit überwiegend aus Ärztinnen, die Familien- und Berufsleben unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen nicht vereinbaren können. Ein nicht kleiner Teil der weitergebildeten Allgemeinärzte verlässt strukturschwache Regionen oder sogar Deutschland überhaupt oder sucht Aufgaben außerhalb des primärärztlichen Versorgungsbereichs. Ursachen sind hauptsächlich verschlechterte Arbeitsbedingungen durch zunehmende Bürokratisierung, mangelnde Wertschätzung und unsichere, eher abnehmende Honorierung. Durch die Ausdünnungen der Primärversorgung verschlechtert sich die regionale Versorgungssituation im Sinne einer Abwärtsspirale.

Zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung müssen daher die Arbeitsbedingungen für Hausärzte verbessert werden. Dazu können neue Organisationsformen der Zusammenarbeit und eine strategische Personalentwicklung beitragen, an der sich zunehmend auch die Krankenhäuser und selbst die Universitätskliniken beteiligen müssen.³

6.2 Regionale Versorgungszentren in Regionen mit drohender Unterversorgung

Startpunkt einer integrierten Entwicklung sind Regionen mit drohender Unterversorgung oder ohne ausreichende allgemeinmedizinische Versorgung. Als struktureller Kern der Vernetzung und funktionelle Schaltstelle für die Sicherstellung der regionalen Krankenversorgung wird ein vor allem allgemeinmedizinisch ausgerichtetes Medizinisches Versorgungszentrum etabliert (Abbildung 6–3). Beteiligt sind die vorhandenen Allgemeinmediziner, regionale Fachärzte und das Krankenhaus, wobei der jeweilige Anteil von den lokalen Verhältnissen abhängt. Sprechstunden niedergelassener Fachärzte werden nach Bedarf, ggf. als Zweigsprechstunden ein-

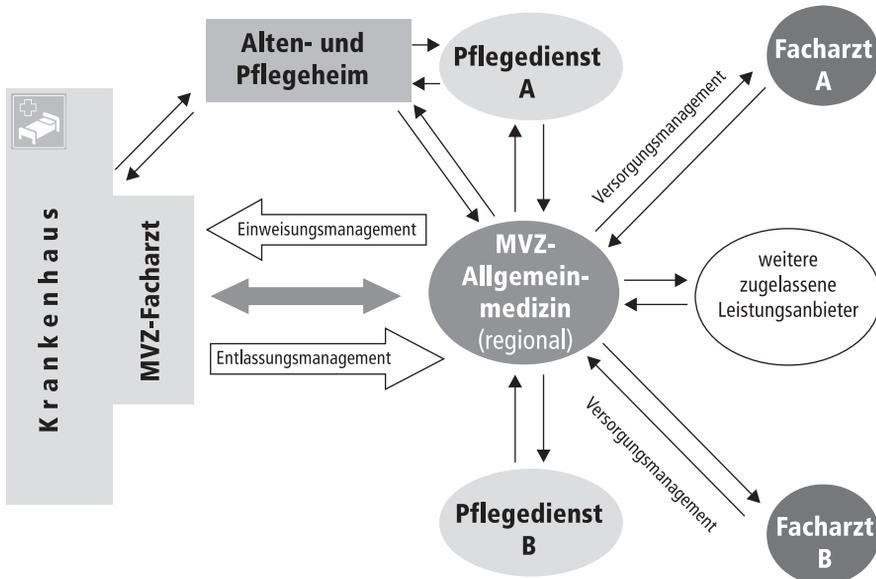
1 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg, Sozialmedizinische Fallzahlanalysen für die AOK Sachsen-Anhalt, lfd. Jahrgang.

2 http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_78-GMK.pdf (Zugriff 20.08.2008).

3 Ob das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG vom 22. Dezember 2006), das ähnliche Ziele verfolgt, die Tätigkeit in der niedergelassenen Versorgung durch neue Kooperationsformen, Angestelltenverträge und Teilzeitzulassungen attraktiver und die Versorgungssituation sicherer machen kann, ist noch nicht absehbar.

Abbildung 6–3

Regionales allgemeinmedizinisches MVZ



Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

gebunden. Fachärztliche Sprechstunden können auch durch Ärzte des Krankenhauses geleistet werden und – wenn sinnvoll – telemedizinisch organisiert sein. Die Beteiligung des Krankenhauses garantiert den bedarfsgerechten Zugang zu weiterführender Diagnostik und stationärer Therapie.

Ein Notfall- und Rettungswesen mit präklinischer Erstversorgung und ggf. notfallmäßiger Transportmöglichkeit in das nächste geeignete Krankenhaus, wie in den Rettungsdienstgesetzen der Länder vorgesehen, wird durch ein regionales MVZ unterstützt, z. B. durch eine zentrale Rufnummer. Je nach medizinischer Notwendigkeit kann hier die mobile Praxisassistentin, der diensthabende Hausarzt oder der Rettungswagen mit Notarzt alarmiert werden. KV-Notdienst, Krankentransport, Rettungsdienst („qualifizierter Krankentransport“) und Notfallrettung verlangen Vorhaltekosten für fachlich benachbarte Aufgaben. In Sachsen-Anhalt wurde die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen (§ 3 Abs. 3 RettDG LSA 2006).

Ein Teil der besonderen Qualität medizinischer Primärversorgung entsteht aus Sicht niedergelassener Hausärzte durch ein niederschwelliges Versorgungsangebot und eine auf Dauer angelegte persönliche Arzt(praxis)-Patienten-Beziehung. Dauerhafte persönliche Beziehungen entstehen und bestehen in überschaubaren Versorgungseinheiten. Ein MVZ auf dem Land wird aufgrund der Einwohnerstruktur bevorzugt auf alte multimorbide Patienten orientiert sein. Daher gehört eine feste, vom Patienten gewählte Bezugsperson zu seinen organisatorischen Merkmalen, neben einer patientenführenden Ärztin auch eine am MVZ angestellte Fachangestellte

oder Altenpflegerin, außerdem ein Teamansatz mit gesicherten Vertretungen und eine gute Abstimmung mit dem Pflegedienst. Durch regelmäßigen Kontakt werden Verschlechterungen der Gesundheit früher sichtbar, kritische Situationen möglicherweise vermeidbar und Notfalleinsätze seltener. Geriatrische Spezialisten werden in ein MVZ konsiliarisch und zur Weiter- und Fortbildung eingebunden, d. h. als Kompetenz-Multiplikatoren. Ambulante palliativmedizinische Angebote können den Patienten die Krankenhauseinweisung in den letzten Lebenstagen oder -stunden ersparen (Lichte et al. 2006).

Das MVZ sucht und nutzt Kooperationsmöglichkeiten mit den in der Region vorhandenen Leistungserbringern. Eine Abstimmung mit oder Anbindung von weiteren regionalen Leistungsanbietern kann sinnvoll sein (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser, Physio- und Ergotherapeuten).

Sektorübergreifende Patientenpfade werden gemeinsam mit den regional Beteiligten erarbeitet, umgesetzt und weiterentwickelt (z. B. zu Demenz oder regional angepassten Disease-Management-Programmen). Ein regionaler Qualitätszirkel kann dabei als Basis dienen. Ein besonderer Fokus wird auf das Sektor- und berufsübergreifende stationäre Einweisungs- und Entlassungsmanagement gelegt, um unnötige Krankenhauseinweisungen und Fehlbelegungen stationärer Einrichtungen zu hoher oder zu niedriger Versorgungsstufe zu vermeiden (Robra et al. 2006), notwendige Krankenhausaufenthalte zu verkürzen sowie die Potenziale ambulanter und stationärer Pflegedienste richtig zu nutzen. In dem Projekt SEAMAN z. B. ging eine umfangreiche Initiative zu einem Einweisungs- und Entlassungsmanagement von Hausärzten aus.⁴ Das Projekt liegt jedoch wegen organisatorischer Probleme auf Eis.

Die Pfade werden im Vergleich zu historischen Daten oder empfohlenen Leitlinien evaluiert unter Nutzung anonymisierter GKV-Prozessdaten (MVZ, Krankenhaus, Krankenkassen, KV) und zusätzlich erhobener Primärdaten, z. B. zur Patientenzufriedenheit. Während das MVZ die fachübergreifende Zusammenarbeit durch räumliche und organisatorische Nähe erleichtern und vereinfachen kann, bedeutet die Konzentration mehrerer Versorgungsangebote an einem Ort auch einen Verlust an Präsenz in der Fläche, das niederschwellige Angebot des Hausarztes „um die Ecke“ würde entfallen. Daher muss das MVZ prüfen, welche Einwohner mit welchen Problemen es versorgt und welche es nicht erreicht.

In die Konzeption eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements werden auch die Interessen der Patienten einbezogen. Mittelfristig wird eine elektronische Kommunikationsplattform zwischen den regionalen Leistungsanbietern geschaffen, deren Funktionalität die Beteiligten definieren.

Wesentliche Ziele eines solchen Projekts sind die Vermeidung von Unterversorgung und die Verbesserung der Versorgungsqualität in ländlichen Problemregionen (siehe auch den Beitrag Neubauer/Minartz in diesem Band). Zur Gründung eines solchen MVZ erscheint ein „Bottom-Up-Prozess“ von der Basisversorgung her

4 SEAMAN – Sektor- und berufsgruppenübergreifendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Hamburg/Süderelbe, entwickelt vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (A. Niemeyer, M. Garbe, H. van den Bussche) und gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz: www.hamburg.de/servlet/contentblob/124814/seaman-endbericht-zusammenfassung/data.pdf.

sinnvoll, um Vorstellungen und Bedenken der bereits vor Ort engagierten Praxen und Akteure zu berücksichtigen und zu gewährleisten, dass sie ihre Arbeitsmöglichkeiten weiterentwickeln und sich durch Funktionen eines MVZ organisatorisch und wirtschaftlich entlastet fühlen können.

6.3 Personalentwicklung durch ein regionales MVZ

Nicht nur die Alterung der Ärzteschaft, auch ein Wandel ärztlicher Berufspräferenzen in Verbindung mit einer zunehmenden Feminisierung des fachlichen Nachwuchses muss zur Flexibilisierung hausärztlicher Weiterbildungs- und Tätigkeitsmuster führen (Buddeberg-Fischer et al. 2002 und 2008). Das traditionelle professionelle Selbstverständnis der Hausärzte wandelt sich: Das Ideal dauerhafter Erreichbarkeit, langjähriger Familienbetreuung, umfassender Zuständigkeit, Autorität sowie individueller Erfahrung und Intuition des einzelnen Arztes kontrastiert mit dem Zukunftsbild eines „primärmedizinischen Spezialisten“ in arbeitsteiligen, kooperativen und vernetzten Versorgungsformen mit evidenzbasierten und extern qualitätsgesicherten Behandlungskonzepten (Gerlach et al. 2006 a, b). Die Lebensentwürfe des medizinischen Nachwuchses sind mit den Anforderungen eines Arbeitsumfeldes vom Typ „Landarzt in Einzelpraxis“ immer seltener zur Deckung zu bringen. Vielmehr gehören ein gesicherter Berufseinstieg mit qualifizierter Rotationsweiterbildung, Teilzeitverträge, planbare Dienstzeiten, eine durch begrenzte Investitionslasten gegebene Option zum befristeten Berufsausstieg und zum Ortswechsel sowie eine gestützte Einarbeitung bei beruflichem Wiedereinstieg nach Familienpausen zu den Instrumenten, die hausärztliche Versorgung strategisch sicherzustellen. Regionale MVZs bieten diese Möglichkeiten – und erlauben einen Familienwohnsitz in der Kreisstadt.

Ein gemeinsam von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten getragenes MVZ bietet darüber hinaus die Möglichkeit, Weiterbildungsstellen im Verbund zu schaffen. Weiterbildungsassistenten können innerhalb nur eines Vertrages mit geeigneten Rotationsplänen stationäre und ambulante Aufgaben kennenlernen. Diese pragmatische Maßnahme dürfte per se die Zusammenarbeit an der ambulanten-stationären Schnittstelle verbessern. Prinzipiell sollten junge Fachärzte in beiden Sektoren Erfahrungen gesammelt haben, darunter gerade auch solche im Bereich noch unklarer Beschwerden und niedriger Krankheitsprävalenzen. Regionale MVZs sind damit ein Lösungsansatz gegen den Hausarztmangel durch familienfreundliche Arbeitsplätze und für eine kontinuierliche professionelle Entwicklung.

Ärztammer, Kassenärztliche Vereinigung und Hausärzterverband Sachsen-Anhalt haben sich 2008 bereits mit ähnlicher Zielsetzung zu einer „Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin“ (KOSTA) unter dem Dach der Ärztekammer zusammengeschlossen. Ziel ist es, erste Anlaufstelle für Studenten und Absolventen der medizinischen Fakultäten sowie für Ärztinnen und Ärzte zu sein, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin interessieren. Ein Netzwerk mit den Weiterbildungsbefugten in der Region soll allen Interessenten vertraglich geregelt eine durchgängige fünfjährige Weiterbildung garantieren. Die Koordi-

nierungsstelle wird die jungen Mediziner während ihrer Weiterbildungszeit und bis zur Niederlassung begleiten.

Auch für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter bietet ein regionales MVZ oft differenziertere Möglichkeiten als die Einzelpraxis alten Typs.

6.4 Mobile medizinische Teams

6

Vorteile des historischen Hausarztes sind das langjährig aufgebaute Vertrauensverhältnis zu den Patienten und die generationenübergreifende Kenntnis ihrer Lebenssituation. Gerade für ältere Patienten ist ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen nicht vorteilhaft. Die oben erwähnten Rahmenbedingungen machen aber deutlich, dass eine hochwertige, kontinuierliche und wirtschaftliche Versorgung ohne zubringenden Fahrdienst, aber auch ohne Einbeziehung zugehender mobiler Teams in der Fläche zukünftig immer weniger organisierbar sein wird. Nichtärztliche Praxismitarbeiter können nach spezifischer Fortbildung in Versorgungseinheit mit der Praxis arztentlastend tätig werden.

Seit 2007 wird in Sachsen-Anhalt über drei Jahre ein Teil des Modellversuchs „Mobile Praxisassistentin“ (MoPra) durchgeführt. Damit soll die medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessert werden.⁵ Die Mobile Praxisassistentin ist eine speziell ausgebildete Krankenschwester, die im Auftrag des Hausarztes Patienten aufsucht, die nicht mehr selbst in die Arztprechstunde kommen können. Die Mobile Praxisassistentin ist an ein Hausarztpraxisteam angebunden. Sie unterstützt die Hausärzte bei Routine-Hausbesuchen, beurteilt und kontrolliert im Auftrag des Arztes eigenständig den Verlauf chronischer Krankheiten und führt aus, was der Arzt angeordnet hat. Die Arzt-Patienten-Beziehung bleibt erhalten.⁶ Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt entwickelte zusammen mit dem Hausärzterverband ein Fortbildungsmodul zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) mit dem Aufgabenfeld Case-, Praxis- und Wundmanagement sowie Präventionsarbeit.⁷ Diesen Projekten gemeinsam ist die neue Rolle des Hausarztes. Statt die Behandlung insbesondere chronisch kranker älterer Patienten vollständig selbst durchzuführen, wird er zum Koordinator eines multidisziplinären Praxisteams, dessen einzelne nicht-ärztliche Mitarbeiter mehr Versorgungsverantwortung übernehmen.

Denkbar ist, dass die Praxisassistentin vor Ort telemedizinisch Kontakt zur Praxis oder unmittelbar zu einem diensthabenden Arzt im Krankenhaus aufnimmt und so unnötige Einweisungen vermieden und notwendige gezielt vorbereitet werden

5 Dies ist zugleich ein Service im Rahmen des Hausarztprogramms der AOK Sachsen-Anhalt. Vertragspartner sind zunächst AOK und KV, ab Mitte 2008 steht das Projekt auch anderen Krankenkassen offen.

6 Anders als die Gemeindeschwester „AGnES“ ist die MoPra in die Praxisstruktur integriert. Dadurch wird eine weitere Schnittstelle vermieden. Die Evaluation des Projekts liegt beim Institut für Community Medicine der Universität Greifswald.

7 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse08/presse020-08.pdf> (Zugriff 21.08.2008).

können. Mit Hilfe solcher integrierter Organisationsformen soll es möglich sein, einen persönlichen Bezug zum Patienten auch über größere Entfernungen aufrecht zu erhalten.

6.5 Möglichkeiten für die Krankenhäuser einschließlich der Universitätsklinik

Die Wanderungsbereitschaft der Versicherten bei Inanspruchnahme stationärer Leistungen ist heute schon groß (Abbildung 6–4), damit auch die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander (siehe auch den Beitrag von Friedrich/Beivers in diesem Band). Es gibt daher in der stationären Versorgung eine deutliche Entkopplung von Wohnregion und Versorgungsregion. Diese Wanderungen mögen im Hinblick auf Wettbewerb und Leistungsdifferenzierung zu begrüßen sein, sie sind allerdings problematisch in der Betreuung multimorbider alter Menschen. Sie legen den Krankenhäusern im eigenen Interesse nahe, die Versorgung ihrer Region aktiv mitzugestalten und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung beizutragen. Ein abgestimmtes Einweisungsmanagement ist Voraussetzung dafür, dass Krankenhäuser innerhalb der Regelversorgung Subspezialisierungen entwickeln können.

Mit einem starken regionalen MVZ werden mehr Patienten über konsentrierte Behandlungswege (sektorübergreifende Pfade) behandelt – das heißt auf dem niedrigsten wirksamen Versorgungsniveau. Dies gilt nicht zuletzt für Kontakte außerhalb der Regelarbeitszeit. Trotz unvermeidbarer Notfälle sind Krankenhausaufenthalte besser planbar. Poststationäre weiterführende Maßnahmen können bereits vom Krankenhaus aus veranlasst werden. Das hat Folgen für die stationäre Leistungsplanung (Willer und Swart 2005).

Neben der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten gibt es eine strategische Kooperation in der Qualitätssicherung und in der Weiterbildung.

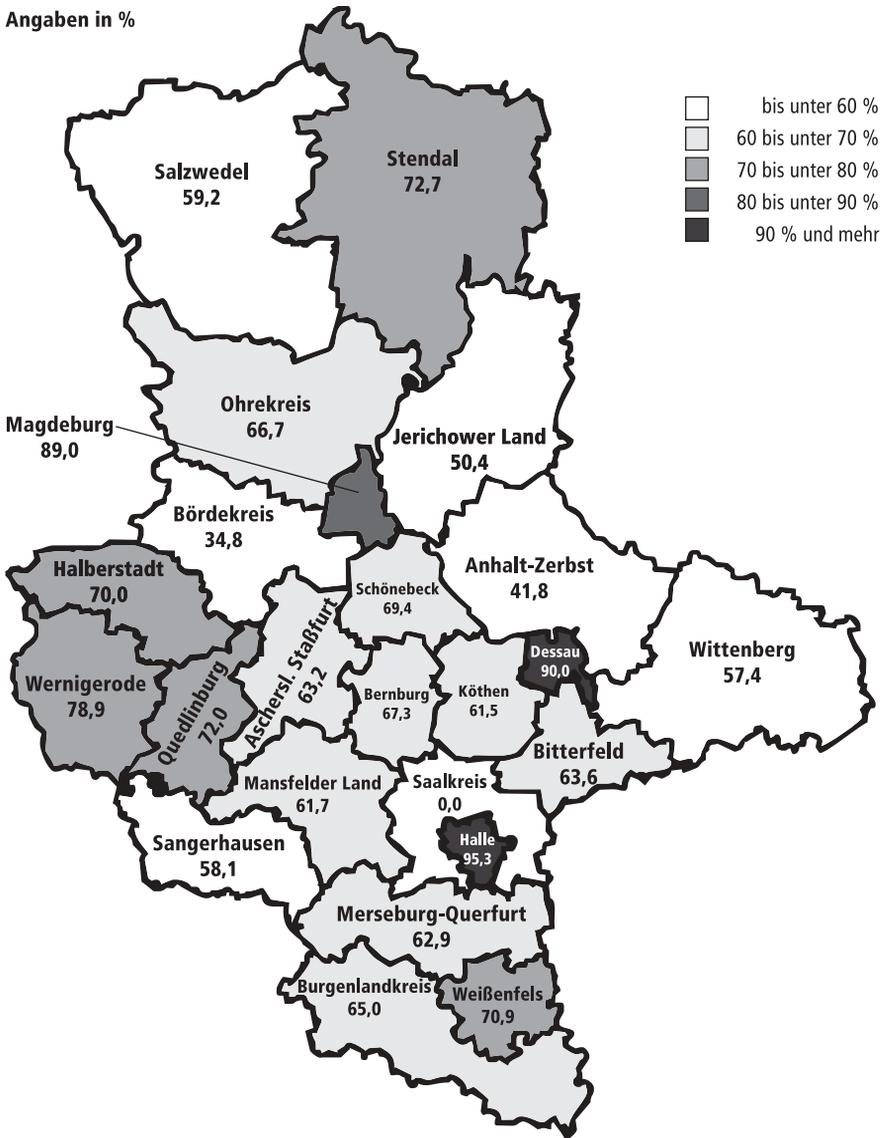
In der Psychiatrie werden zurzeit Erfahrungen mit regionalen Budgets gesammelt. Ohne notwendig alle Leistungserbringer einer Region einbeziehen zu müssen, kann ein kombiniertes Budget zwischen MVZ und Krankenhaus als Partnern auf Augenhöhe Fehlsteuerungen durch Externalisierungsanreize sektoraler Budgets („Abschiebezyklen“) unterbrechen.

Die Funktionen, die für allgemeine Krankenhäuser in Verbindung mit einem regionalen MVZ gelten, sind auch für die Universitätsklinik Entwicklungschancen in Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung. Nur ein Teil der Universitätsklinik wird seine Rolle auf hochspezialisierte Leistungen der Supramaximalversorgung beschränken können oder wollen. Zahlreiche Universitätsklinik übernehmen nicht unbeträchtliche Aufgaben der stationären Regelversorgung und sind durch umfangreiche (und unterfinanzierte) ambulante Leistungen unersetzlich in die regionale Versorgung eingebunden (Lauterbach et al. 2003). Sie müssen ein hohes Interesse daran haben, die interne Quersubventionierung der Hochschulambulanzen zu beenden und eine neue Rolle in der regionalen Versorgung zu finden.

Abbildung 6-4

Anteil der kreisintern versorgten Fälle, alle Fachgebiete, Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt, 2005

Angaben in %



6

Eine stärkere Ausrichtung der Mediziner Ausbildung auf typische ambulante Patienten bietet bei abnehmender Lehreignung schwerkranker stationärer Patienten bei Verkürzung der Verweildauer Vorteile für die Organisation der klinischen Blockpraktika und das Praktische Jahr. Eine realistische Aus- und Weiterbildung für Aufgaben in der flächendeckenden Versorgung verlangt, dass die Uni-

versitäten anders als heute nicht nur am Ende der Versorgungskette fungieren, sondern Versorgungsverantwortung für unausgewählte Patienten übernehmen können.

Die universitäre Ausbildung und die Weiterbildung im stationären Bereich müssen darüber hinaus mehr auf geriatrische, d. h. nicht zuletzt auch gemeindebezogene Aspekte ausgerichtet werden. Ein Tandem mit einem regionalen MVZ eröffnet der Universität auch Unterstützung bei Forschungsvorhaben in der ambulanten Versorgung und bei der regionalen Versorgungsforschung. Die Möglichkeiten einer programmatischen Integration der Universitätsmedizin in die Region, bisher vor allem von der Universität Greifswald umgesetzt, sind nicht ausgeschöpft.

6.6 Ausblick

Eine funktionssichere und leitliniengerechte medizinische Versorgung in bevölkerungsarmen, demographisch alternden und wirtschaftlich schwachen Regionen ist eine besondere Herausforderung für eine soziale Krankenversicherung. Die medizinische Versorgung ist positiver Standortfaktor und wichtiger regionaler Arbeitgeber und deswegen gerade für solche Regionen von besonders positiver Bedeutung.

Medizinische Zentren verbinden häufig einen Anspruch auf hohe Qualität mit einer Eingrenzung ihrer Leistung auf hochspezielle Morbidität oder umschriebene Zielgruppen. In einer zu sichernden Versorgung alter Menschen, die durch Multimorbidität und reduzierte Teilhabe an gesellschaftlichen Vollzügen betroffen sind, muss der Sicherung und Anhebung der Versorgungsqualität in der Fläche Vorrang gegeben werden. Regionale Versorgungszentren können den in der Fläche notwendigen Versorgungsmix genauer und vollständiger erfassen, abdecken und für die Zukunft proaktiv und im Verbund mit anderen Leistungserbringern sichern als unverbundene Einzelpraxen oder eine landesweite Körperschaft öffentlichen Rechts. Damit werden nicht zuletzt Leistungen für chronisch kranke und multimorbide Patienten auch in ländlichen Strukturen auf qualitativ gesichertem Niveau verfügbar bleiben. Die Funktion des Primärarztes muss durch attraktivere Arbeitsbedingungen in allen Versorgungsformen – von der weiterhin bestehenden Einzel- oder Gruppenpraxis über neue Formen der gemeinsamen Berufsausübung nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis zum MVZ – gesichert werden.

Das Ziel muss sein, weiterhin a) eine wohnortnahe flächendeckende Primärversorgung zu sichern – wenn auch nicht jederzeit in vollständiger fachlicher Ausdifferenzierung – und b) weiterhin 24 Stunden Erreichbarkeit einer ärztlichen Primärversorgung zu gewährleisten – wenn auch nicht überall mit kurzen Wegen.

Wenn ambulante und stationäre Leistungserbringer eng und abgestimmt zusammenarbeiten, liegen die Chancen für die Krankenhäuser weniger in der medizinischen Subspezialisierung als in der Mitwirkung an einer medizinisch kompetenten Organisationsentwicklung. Selbst die Universitätsmedizin mit der größten Ärztegruppe in staatlicher Trägerschaft muss sich für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in die Pflicht nehmen lassen. Dies gilt nicht zuletzt für die Reproduktion eines bedarfsgerecht, d. h. für die ambulante Versorgung ausgebildeten und handlungsfähigen ärztlichen Nachwuchses.

6.7 Literatur

- Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R. Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 353–62.
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 123–8.
- Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die ärztliche Versorgungspraxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 2006; 100: 335–343.
- Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case-Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 2006; 100: 345–52.
- Meinck M, Freigang K, John B, Keitel C, Puls E, Robra B.-P. Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation: Evaluation zweier Modelle anhand medizinischer Verlaufskriterien. *Rehabilitation* 42 (2003) 45–51.
- Willer H, Swart E. Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten für die Leistungsplanung – Herausforderung und Chancen der neuen Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt. In: Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Huber Verlag, 2005, S. 371–9.
- Robra BP, Kania H, Kuss O, Schönfisch K, Swart E. Gleiche Erwartungen, unterschiedliche Dispositionen – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte im Spiegel systematischer Fallvignetten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration.* Stuttgart: Schattauer 2006, S. 117–32.
- Lauterbach KW, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lungen M, Krauth C, Klostermann B, Gerhardus A, Stock S, Steinbach T, Müller U, Brandes I. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Sankt Augustin: Asgard 2003.
- Lichte, T, Bahrs O, Göpel E, Sturm E. Beim Ressourceneinsatz koordinieren, kooperieren und dokumentieren. In: Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D, Göpel E, Sturm M (Hrsg.). *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte – Methoden – Fertigkeiten.* Stuttgart: Thieme 2006.
- Statistisches Bundesamt. *Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige.* Heft 2. Wiesbaden 2008.

7 Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln

Ludwig Kuntz und Michael Wittland

Abstract

Die Bildung von Zentren verspricht insbesondere für Universitätskliniken eine Reihe von Vorteilen. Zentren scheinen Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, Spezialisierung sowie positive Skaleneffekte zu ermöglichen und beschreiben damit einen Weg zur Verbesserung von Qualität und Effizienz. Jedoch gilt es, eine Reihe von Faktoren und Details bei der Zentrenbildung zu beachten. Vor allem der Einbeziehung der beteiligten Mitarbeiter kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Dieser Artikel zeigt auf, welchen Mehrwert insbesondere krankheits- bzw. problemorientierte Zentren für Universitätskliniken bedeuten können, diskutiert aber ebenso erfolgskritische Faktoren bei der Bildung dieser. Theoretische Potenziale werden dabei den Zielen und Erfahrungen der Universitätsklinik Köln gegenübergestellt.

Creating medical care centres promises a number of advantages especially for university hospitals. Centres can help to build bridges between different departments and sectors in order to reach a higher degree of specialisation and to realise positive economies of scale. Therefore the implementation of a centre structure can be a way to improve quality and efficiency. However, a number of details have to be taken into consideration, particularly the cooperation of the involved employees.

This article describes the additional value which is primarily created through disease- or problem-oriented centres. It also discusses challenges connected with the process of creating such a structure. For this purpose theoretical potentials are confronted with the experiences of the university hospital in Cologne.

7.1 Einleitung

Zentrenstrukturen bieten auf den ersten Blick eine Reihe von Vorteilen, insbesondere auch für Universitätskliniken. Zentren scheinen möglich zu machen, was jede Universitätsklinik anstrebt: Eine Steigerung von Qualität und Effizienz in Patientenversorgung, Forschung und Lehre. Zentren lassen sich somit als vielversprechende Organisationsform der Zukunft verstehen.

Ziel dieses Artikels ist es, Potenziale von Zentren mit dem Fokus auf Universitätskliniken aufzuzeigen und diese am Beispiel der Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln zu validieren. In einem ersten Teil wird dazu die Organisationsform eines Zentrums skizziert, aus welcher sich eine Reihe von Vorteilen ableiten lässt, vor allem aufgrund von Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, Spezialisierung sowie positiver Skaleneffekte. In einem zweiten Teil werden diese theoriegestützten Aussagen dann den mit der Zentrenbildung verfolgten Zielen und bereits gemachten Erfahrungen der Universitätsklinik Köln gegenübergestellt und es werden verschiedene Aspekte der Zentrenbildung diskutiert. Abschließend wird herausgearbeitet, inwieweit Universitätskliniken eine Vorreiterrolle bei der Zentrenbildung einnehmen können und welche Bedeutung diese Organisationsform in Zukunft haben wird.

7

7.2 Das Zentrum als Organisationsform der Wahl

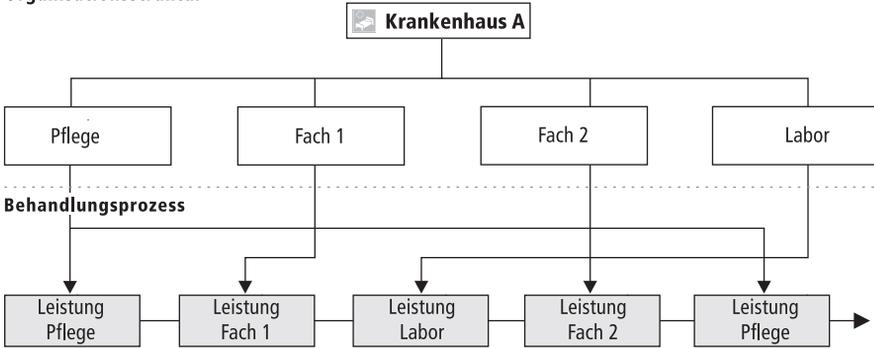
Das Zentrum als Organisationsform bedeutet einen Wandel von der bisherigen häufig eher funktionsorientierten Klinik- bzw. (Fach-)Abteilungsstruktur eines Krankenhauses hin zu einer produktorientierten Organisation. Während eine funktionsorientierte Struktur einen inputorientierten Organisationsaufbau beschreibt, rückt bei einer produktorientierten Organisation der Output bzw. das Produkt in den Fokus. In einem funktionsorientierten Krankenhaus werden Mitarbeiter aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation in einzelnen Organisationseinheiten zusammengefasst. Demgegenüber steht in einer produktorientierten Organisation die Bildung von Abteilungen rund um einzelne Produkte oder Dienstleistungen, denen die Mitarbeiter, die für die entsprechende Leistungserbringung erforderlich sind, zugeordnet werden (Young et al. 2004).

Die Bildung von Zentren erleichtert des Weiteren eine Definition von Behandlungspfaden und bereitet so einer verstärkten Prozess- und damit Patientenorientierung den Weg. Eine patientenorientierte Prozessoptimierung wiederum lässt sich bei einem DRG-orientierten Preissystem als Mittel zur Sicherung von Qualität und Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit verstehen (Behrends/Kuntz 2002).

Abbildung 7–1 zeigt ein Modell von Krankenhaus A, welches funktions- bzw. fachabteilungsorientiert aufgebaut ist. Krankenhaus A ist in vier organisatorische Teilbereiche gegliedert, die jeweils bestimmte Funktionen umfassen. Die Struktur ist damit wie beschrieben inputorientiert. Ein interdisziplinärer Behandlungsprozess wie in der Abbildung vereinfacht skizziert erfordert im Rahmen einer funktions- bzw. fachabteilungsorientierten Organisationsstruktur die Zusammenarbeit zahlreicher organisatorisch getrennter Teilbereiche.

Abbildung 7–2 zeigt ein Modell des organisatorischen Aufbaus von Krankenhaus B. Krankenhaus B besteht ebenfalls aus vier organisatorischen Teilbereichen, die allerdings nicht inputorientiert strukturiert sind, sondern outputorientiert einzelne Produktgruppen umfassen. Zentrum 1 kann bspw. ein Darmzentrum sein, welches Leistungen rund um Darmerkrankungen bündelt. Konkret sind hierzu möglicherweise wie abgebildet zwei Fachabteilungen sowie der entsprechende Bereich der Pflege diesem Zentrum zugeordnet. Der Blick auf den dargestellten Behandlungsprozess zeigt, dass

Abbildung 7-1

Funktions- bzw. fachabteilungsorientierte Organisationsstruktur**Organisationsstruktur**

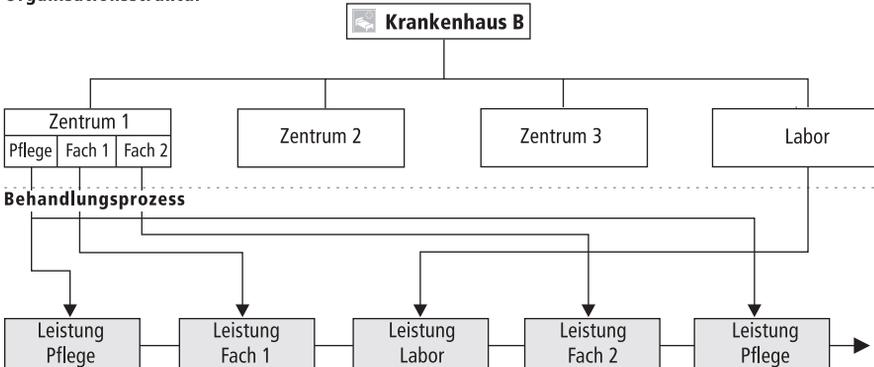
Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

ein Großteil der erforderlichen Leistungen in einer Zentrenstruktur durch eine einzige Organisationseinheit erbracht werden kann, was möglicherweise die oben genannte Festlegung von Behandlungspfaden eher möglich macht.

Die Abbildungen verdeutlichen exemplarisch die Unterschiede in der Aufbauorganisation. Eine Zentrenstruktur bedeutet eine Produktorientierung, sagt allerdings zunächst nicht unbedingt etwas über die Zuordnung einzelner Ressourcen zu Zentren aus. Ebenso sind Zentren nicht automatisch mit einem höheren Maß an Prozessorientierung verbunden. Bei der Zentrenbildung ist ein hoher Freiheitsgrad gegeben. Potenziale, die der Bildung von Zentren zugeschrieben und im weiteren Verlauf dieses Artikels diskutiert werden, lassen sich nicht allein durch eine entsprechende Organisationsstruktur verwirklichen. Hierbei ist eine Reihe weiterer Faktoren und Details zu beachten, auf die in diesem Artikel hingewiesen wird.

Abbildung 7-2

Produktorientierte Zentrenstruktur**Organisationsstruktur**

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

7.2.1 Zentrenstrukturen an Universitätskliniken und Krankenhäusern

Der Begriff des Zentrums

In Universitätskliniken wie auch in Krankenhäusern allgemein kann es verschiedene Typen von Zentren geben, die aus unterschiedlichen Gliederungskriterien resultieren. Häufig werden krankheits- bzw. problemorientierte Zentren, medizinische Zentren und Servicezentren unterschieden. Bei krankheits- bzw. problemorientierten Zentren handelt es sich um horizontale Vernetzungen einzelner Fächer rund um bestimmte Krankheitsbilder oder Organe. Beispiele für diese Gruppe können Herzzentren, Tumorthapiezentren oder auch Darmzentren sein. Unter medizinischen Zentren hingegen versteht man die Bündelung einzelner Fächer, die gemeinsame Ressourcen nutzen (Siewert/Siess 2006). Beispielsweise könnten alle operativen Fächer zu einem Zentrum zusammengefasst werden, ebenso alle konservativen Fächer. Medizinische Zentren werden – etwa durch den Wissenschaftsrat (2007) – auch unter dem Begriff „Departments“ diskutiert. Im Vergleich zu krankheits- bzw. problemorientierten Zentren steht bei der Bildung von medizinischen Zentren bzw. Departments vor allem der Gedanke einer höheren Effizienz durch gemeinsame Ressourcennutzung im Vordergrund. Erstgenannte Zentren hingegen können durch den Krankheitsbezug wesentlich zu einer prozess- und damit patientenorientierten Organisationsstruktur beitragen, insbesondere durch den Wegfall zahlreicher Schnittstellen zwischen einzelnen am Behandlungsprozess beteiligten Fachbereichen. Servicezentren dienen der Bündelung bspw. diagnostischer Fächer und bieten anderen Zentren bzw. Kliniken einzelne Leistungen an, Funktionsabläufe lassen sich so straffen und „DRG-fähig“ machen (Siewert/Siess 2006).

Im Folgenden werden vor allem krankheits- bzw. problemorientierte Zentren betrachtet, mit Blick auf Patientenorientierung gelten sie als Organisationsform der Zukunft (Siewert/Siess 2006). Die im weiteren Verlauf dieser Arbeit genannten Argumente für die Bildung von Zentren sind jedoch zumeist auch auf andere Zentrenstypen übertragbar. Bevor Gründe für die Bildung von Zentren insbesondere in Universitätskliniken detaillierter dargestellt werden, ist eine Betrachtung der Charakteristika von Universitätskliniken erforderlich.

Charakteristika von Universitätskliniken

Universitätskliniken grenzen sich von anderen Maximalversorgern durch den Forschungs- und Lehrauftrag ab, den sie neben der Krankenversorgung zu erfüllen haben; sie organisieren somit einen komplexen Aufgabenverbund (Strehl 2007). Die einzelnen Aufgaben wiederum bedingen einander, so ist klinische Forschung bspw. ohne eine ausreichende Zahl an Patienten nicht möglich (Siewert/Siess 2006).

Aus dem gegebenen Aufgabenverbund lassen sich für Universitätskliniken eine Reihe charakteristischer Merkmale ableiten:

- Universitätskliniken sind sehr große, hochkomplexe Organisationen, deren Steuerung eine besondere Herausforderung darstellt.
- Die Heterogenität der Aufgaben einer Universitätsklinik führt zu unterschiedlichen Interessen und Zielen, die möglicherweise im Widerspruch zueinander stehen.
- Durch die Aufgabe der Maximalversorgung sowie die Nähe zur Forschung werden in Universitätskliniken oftmals auch besonders schwere Krankheitsfälle be-

handelt, die im derzeitigen DRG-System nicht adäquat abgebildet werden und daher nicht kostendeckend sind.

- Universitätskliniken verfügen insbesondere durch ihren Lehrauftrag über sektorenübergreifende Netzwerke.

Es gilt für Universitätskliniken eine Organisationsstruktur zu schaffen, die ihre hohe Komplexität beherrschbar macht, bestmöglich die Aufgaben in den Bereichen Patientenversorgung, Forschung und Lehre unterstützt und zugleich die Wirtschaftlichkeit sicherstellt. Die Implementierung von Zentren verspricht mit Blick auf die genannten Herausforderungen eine Reihe von Vorteilen.

7.2.2 Potenziale der Zentrenbildung

Reduktion der Komplexität

Zunächst ist, insbesondere mit Blick auf interne Organisationsstrukturen, die Komplexitätsreduktion der Gesamtorganisation zu nennen, die mit der Bildung von Zentren einhergeht. Universitätskliniken sind wie im vorherigen Abschnitt beschrieben hochkomplexe Organisationen, die allein aufgrund ihrer Größe eine dezentrale, jedoch zugleich koordinierte Steuerung erfordern. Zentren bieten eine Möglichkeit zur Gliederung einer solchen Organisation. Bei gleichzeitiger Implementierung wirksamer Koordinationsinstrumente ist so trotz der Dezentralisierung von Entscheidungsbefugnissen eine zielorientierte Steuerung der Gesamtorganisation möglich. Konkret bedeutet dies einen doppelten Vorteil: Zum einen führt die Weitergabe von Entscheidungsbefugnissen an Verantwortliche in einzelnen Organisationseinheiten zu einer besseren Einbeziehung des vor Ort vorhandenen Wissens. Zum anderen bedeutet die Weitergabe von vor allem operativer Verantwortung eine Entlastung des Vorstandes der Gesamtorganisation und schafft damit einen Freiraum für die Auseinandersetzung mit übergreifenden strategischen Fragestellungen. Eine gut implementierte dezentrale Organisations- und Verantwortungsstruktur ermöglicht damit zugleich effizientes und innovatives Handeln und bildet so die Basis für den Erfolg großer Organisation wie Universitätskliniken (Behrends/Kuntz 2002).

Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung

Von besonderer Bedeutung ist die Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, die die Zentrenbildung möglich macht. Mit Blick auf die Patientenversorgung lassen sich durch die Bildung von Zentren Behandlungsprozesse im organisatorischen Aufbau einer Universitätsklinik manifestieren, die Struktur folgt dem Prozess und nicht umgekehrt. Zunächst bedeutet eine solche Organisation einen erhöhten Behandlungskomfort für Patienten. Zudem führt die interdisziplinäre Versorgung in einem solchen Zentrum häufig zu einer Verbesserung der Qualität. Die Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess liegt dabei maßgeblich in einer organisatorischen Einheit, dem Zentrum. Zentren schaffen somit Voraussetzungen zur Definition von Patientenpfaden und ermöglichen damit eine umfassende Qualitätssicherung. Der Anbieter wiederum, der einen gegebenen Patientenpfad in punkto Qualität und Effizienz dominiert, hat beste Chancen, erfolgreich am Markt zu agieren (Behrends/Kuntz 2002). Des Weiteren wird durch die Bildung von Zentren die Problematik von Schnittstellen zwischen Organisationsteil-

bereichen verringert (Behrends/Kuntz 2002). Unter dem Dach eines Zentrums vereinte, fachfremde Leistungen lassen sich problemlos in den Behandlungsprozess einbeziehen; es entstehen keine Konflikte durch unterschiedliche Behandlungskonzepte und Philosophien einzelner Kliniken, da die Organisation des Behandlungsprozesses zu einem großen Teil dem Zentrum obliegt und nicht mehr zwischen einzelnen eigenständigen Kliniken aufgeteilt ist. Dennoch gilt es weiterhin, Mechanismen für die Inanspruchnahme dem Zentrum nicht zugehöriger Ressourcen wie möglicherweise Labor oder Anästhesie zu implementieren. In Abhängigkeit davon, in welchem Maße ein Zentrum über eigene Ressourcen verfügt oder nicht, existiert damit auch in einer Zentrenstruktur weiterhin eine beachtliche Anzahl von Schnittstellen.

Neben der Patientenversorgung profitieren aber auch Forschung und Lehre von dem fachübergreifenden Ansatz eines krankheits- bzw. problemorientierten Zentrums; interdisziplinäre Forschung und sog. problemorientierte Lehre werden somit ermöglicht (Siewert/Siess 2006).

Obige Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Fachabteilungsüberbrückung, ebenso ergeben sich aus der Zentrenstruktur Vorteile mit Blick auf eine angestrebte Sektorenüberbrückung. Ein Zentrum vermittelt ein hohes Maß an Fachkompetenz – insbesondere dann, wenn es an einer Universitätsklinik angesiedelt ist. Damit wird es für Akteure anderer Sektoren wie bspw. niedergelassene Haus- und Fachärzte rund um das Zentrum interessant, mit diesem zu kooperieren. Durch den Lehrauftrag verfügt ein Universitätsklinikum bereits über eine ausgeprägte Vernetzung, die es in diesem Kontext zu nutzen gilt. Zugleich bietet solch ein vernetztes Zentrum eine vielversprechende Ausgangslage zur Realisierung integrierter Versorgungsformen.

Auch Forschung und Lehre können von den angesprochenen sektorenübergreifenden Vernetzungen bzw. Kooperationen profitieren, beispielsweise durch Thematisierung ganzer Versorgungsketten.

Spezialisierung

Die Gründung von krankheits- bzw. problemorientierten Zentren geht einher mit einer Schwerpunktsetzung und bedeutet damit für Universitätskliniken eine Spezialisierung. Zum einen ermöglicht dies eine intensivere Auseinandersetzung mit gewählten Krankheiten bzw. Problemen und führt damit in der Regel zu einer Steigerung der Qualität. Zum anderen resultiert hieraus mit Blick auf den Patienten ein Wettbewerbsvorteil am Markt, denn ein Zentrum insbesondere an einer Universitätsklinik signalisiert höchste Fachkompetenz und erweckt damit das Vertrauen der Patienten. Zudem gelten interdisziplinäre Versorgungsformen zunehmend als moderne Behandlungsstrategien, Zentren signalisieren Zugang zu diesen (Burkhardt et al. 2006). Die Gründung von krankheits- bzw. problemorientierten Zentren lässt sich damit auch als ein Marktinstrument verstehen (Siewert/Siess 2006). Das Erschließen zusätzlicher Marktanteile wiederum kann eine Verbesserung der Erlössituation möglich machen (Sontheimer 2008).

Was für die Patientenversorgung gilt, gilt aber auch für Forschung und Lehre. Eine Spezialisierung in einem bestimmten Bereich macht eine Universitätsklinik auch für Forscher bzw. Ärzte interessant, die in diesem Bereich tätig sind. Gleiches gilt für Studenten – auch ihre Interessen lassen sich durch eine einschlägige Profilierung wecken.

Um in Zukunft zu bestehen, sind Universitätskliniken gefordert, Kernkompetenzen herauszustellen (Strehl 2007). Die Bildung von Zentren ermöglicht dies.

Skaleneffekte

Mit der Bildung von Zentren kommt es zu einer Reihe von positiven Skaleneffekten. Zentren dienen der krankheitsbezogenen Bündelung von Behandlungsprozessen. Zugleich lässt wie oben ausgeführt die wahrgenommene Spezialisierung einen Zustrom an Patienten vermuten. Beides bedeutet einen positiven Mengeneffekt, d. h. eine Steigerung der Fallzahl. Zahlreiche Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität (vgl. z. B. Birkmeyer et al. 2002 und Dudley et al. 2000). Insbesondere bei Eingriffen, die durch Interdisziplinarität, ein hohes Maß an Erfahrungswissen und intensive Forschungstätigkeit gekennzeichnet sind, konnte dieser Zusammenhang nachgewiesen werden (Lüngen et al. 2006). Neben Qualitätseffekten können durch eine Erhöhung der Fallzahl auch Effizienzgewinne realisiert werden. Ressourcen können so besser ausgelastet werden (Behrends/Kuntz 2002). Des Weiteren wird oftmals angenommen, dass durch die Zusammenlegung gleichartiger Fälle die Kosten pro Fall gesenkt werden (Lüngen et al. 2006).

7.3 Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln

Im Folgenden sollen nun die im vorherigen Abschnitt theoriegestützt hergeleiteten Potenziale der Zentrenbildung mit der Praxis an der Universitätsklinik Köln verglichen werden. Hierzu wurden Interviews mit Herrn Prof. Dr. med. Erdmann, Direktor des Herzzentrums, Frau Dr. med. Plamper, Referentin im ärztlichen Direktorium, und Herrn Zwilling, kaufmännischer Direktor, geführt. Die Interviews fanden jeweils in Form eines persönlichen, offenen Gesprächs statt. Ziel der Gespräche war die Gewinnung qualitativer Aussagen zur Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln, vor allem zu verfolgten Zielen sowie bereits gemachten Erfahrungen. Von besonderem Interesse war dabei das Herzzentrum, welches in seiner heutigen Ausgestaltung erst im Oktober 2007 eröffnet wurde.

Die in den Interviews gemachten Aussagen werden nun in den folgenden Abschnitten zusammengefasst. Zum einen lassen sie sich als exemplarische Evidenz verstehen, zum anderen bieten sie Ansatzpunkte für die abschließende Diskussion.

7.3.1 Ziele

Die Ziele, die die Universitätsklinik Köln mit der Zentrenbildung verfolgt, entsprechen im Kern den allgemein der Bildung von Zentren zugeschriebenen Potenzialen. Auch die Universitätsklinik Köln bildet Zentren, um insbesondere durch Interdisziplinarität die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern sowie die Effizienz zu steigern. Ebenfalls sind Größe und Komplexität der Universitätsklinik Köln Anlass zur Zentrenbildung. Durch die Zusammenfassung einzelner Kliniken zu Zentren soll die Anzahl der zu koordinierenden Einheiten verringert werden. Hiervon versprechen sich die Verantwortlichen eine Vereinfachung der Steuerung.

An der Universitätsklinik Köln existieren verschiedenartige Zentren, als krankheits- bzw. problemorientierte Zentren sind bspw. das CIO, das Centrum für Integrierte Onkologie, das Brustzentrum, das Herzzentrum, das Shuntzentrum und das Transplantationszentrum zu nennen.

7.3.2 Erfahrungen

Da die Zentren an der Universitätsklinik Köln zum Teil noch recht jung sind, lässt sich der mit der Bildung dieser Zentren verbundene Erfolg noch nicht eindeutig beschreiben. Für eine umfassende Bewertung wäre zudem das Erheben und der Abgleich von Qualitäts- und Effizienzindikatoren notwendig. Die folgenden Aussagen beschreiben daher erste Erfahrungen, insbesondere das Herzzentrum betreffend, eignen sich jedoch dennoch hervorragend zur Identifikation kritischer Faktoren bei der Zentrenbildung, die im Folgenden in diesem Artikel diskutiert werden.

Die befragten Verantwortlichen sind überzeugt, dass die Zentrenbildung mit einer Steigerung der Qualität der Patientenversorgung einhergeht, die vor allem aus der interdisziplinären Versorgung in einem Zentrum zu resultieren scheint. Bestätigt wird dies auch durch die mit dem CIO, dem Zentrum für Integrierte Onkologie Köln-Bonn, gemachten Erfahrungen. 2004 gegründet, wurde das CIO im Jahr 2007 durch die Deutsche Krebshilfe als onkologisches Spitzenzentrum ausgezeichnet. Untersuchungen fachfremder Kollegen lassen sich, sofern diese in einem Zentrum zusammenarbeiten, leichter in den Behandlungsprozess integrieren als in einer traditionellen Klinikstruktur. Hieraus resultiert ein gewisser Marketingeffekt: Insbesondere Zentren an Universitätskliniken suggerieren wie oben beschrieben eine hohe Qualität der Behandlung und ziehen damit Patienten an, wecken zugleich aber auch eine entsprechende Erwartungshaltung. Gleiches gilt teilweise auch für Forschung und Lehre; das in einem Zentrum konzentrierte Fachwissen steigert die Attraktivität des Zentrums sowohl für Ärzte wie auch für Studenten. Die Qualität der Forschung wird nach Ansicht der Befragten hingegen durch Zentrenstrukturen nur in weniger bedeutendem Umfang erhöht, da engagierte Forscher auch ohne vorhandene Zentrenstrukturen bei sich überschneidenden Forschungsthemen bereits den Kontakt zu zunächst fachfremden Kollegen gesucht haben. Spitzenforschung verfügt damit unabhängig von vorhandenen Zentren über interdisziplinäre Netzwerke. Dennoch sehen die Interviewpartner auch Vorteile für Forschung und Lehre in Zentrenstrukturen, die insbesondere in einer möglichen behandlungsprozessbezogenen Forschung und Lehre Ausdruck finden. Forschung macht allerdings ebenso Klinikstrukturen erforderlich, die die Zusammenarbeit mit Fachkollegen auf hohem Niveau ermöglichen.

Mit Blick auf eine mögliche Steigerung der Effizienz liegen der Universitätsklinik Köln noch keine gesicherten Erkenntnisse vor. Zum einen führt die Zentrenbildung zu einer verbesserten Auslastung der in einem Zentrum gemeinsam genutzten Ressourcen. Zum anderen bedeutet die Verfügbarkeit dieser aber auch eine höhere Inanspruchnahme. So lässt sich feststellen, dass Untersuchungen durch fachfremde, aber dem Zentrum zugehörige Kollegen in Zentrenstrukturen wesentlich häufiger mit in Behandlungsprozesse einbezogen werden als in der zuvor existenten traditionellen Fächerstruktur. Der medizinische Standard wird damit in einem Zentrum

angehoben, Effizienzgewinnen durch die gemeinsame Nutzung vorhandener technischer und personeller Ressourcen steht dadurch allerdings eine höhere Inanspruchnahme dieser gegenüber. Weiteres Potenzial für Effizienzsteigerungen bieten gemeinsame Dienstpläne, bspw. für Bereitschaftsdienste, aber auch die in einem Zentrum mögliche Standardisierung des eingesetzten medizinischen Sachbedarfs.

Die Interviewpartner betonen, dass Zusammenarbeit in jeglicher Form immer stark von Sympathien und Antipathien der einzelnen beteiligten Personen abhängig ist. Der Erfolg eines Zentrums ist damit in hohem Maße darauf zurückzuführen, ob die Chefärzte der beteiligten Kliniken sich eine Zusammenarbeit mit ihren Kollegen vorstellen können oder nicht. Ist bspw. eine Kommunikation zwischen zwei Chefärzten aufgrund persönlicher Antipathien nicht möglich, kommt es auch bei gegebener Zentrenstruktur nicht zu der gewünschten fachübergreifenden Zusammenarbeit. Kommen die beteiligten Personen hingegen, wie bspw. im Herzzentrum an der Universitätsklinik Köln, gut miteinander aus, verspricht die zur Zusammenarbeit auffordernde Zentrenstruktur Vorteile. In einem Zentrum steigt der Abstimmungsbedarf. Qualitäts- und Effizienzgewinne sind damit nicht nur durch die Zentrenstruktur als solche, sondern ebenso stark durch die Fähigkeit der beteiligten Personen zur Zusammenarbeit determiniert. Die Zentren an der Universitätsklinik Köln sind häufig auf Initiative von Vertretern einzelner Fächer hin entstanden; das Zentrum wurde in diesem Kontext als Struktur für eine gewünschte interdisziplinäre Zusammenarbeit gewählt.

Der Standardisierung von Prozessen und einer damit verbundenen Modularisierung einzelner Teilschritte sind allerdings auch in einem Zentrum Grenzen gesetzt. Die mit Gründung des Herzzentrums zunächst für alle Patienten zentralisierte und vereinheitlichte Aufnahmeuntersuchung bspw. führte zu einer Reihe von Problemen, da sie häufig nicht den individuellen Informationsbedarf des behandelnden Arztes decken konnte.

Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen der Organisationsstrukturen wie die Bildung von Zentren zunächst einmal eine große Unsicherheit bei den betroffenen Personen – insbesondere beim Pflegepersonal – auslösen. Dies kann bspw. in einem erhöhten Krankenstand der Belegschaft offenbar werden. Strukturveränderungen führen daher in einer ersten Phase häufig weder zu Qualitäts- noch Effizienzgewinnen, sondern zu einer Reihe von (möglicherweise auch unvorhergesehenen) Problemen, die es unter Einbeziehung aller Beteiligten zu lösen gilt. Erfolgskritisch für die Bildung von Zentren ist nach Einschätzung der Gesprächspartner damit ein Befürworten der Zentrenstruktur durch die betroffenen Mitarbeiter.

Die mit der problem- bzw. krankheitsorientierten Zentrenbildung einhergehende Spezialisierung der Medizin wird, insbesondere auch mit Blick auf die Lehre, nicht ausschließlich positiv bewertet. Zentren wie bspw. das Herzzentrum an der Universitätsklinik Köln bieten hochspezialisierte Leistungen. Allerdings ist unklar, in welcher Breite diese oftmals auch sehr teuren Leistungen künftig noch durch die Gesellschaft finanziert und damit angeboten werden können. Zukünftige Ärzte dürfen daher nicht ausschließlich zu hochqualifizierten Spezialisten ausgebildet werden. Auch für die Patientenversorgung bedeutet eine Spezialisierung nicht ausschließlich Vorteile, sie kann durch die Konzentration auf ein Krankheitsbild zu einer eingeschränkten Betrachtung des Patienten führen.

Die Potenziale, die ein Zentrum bieten kann, sind nach Ansicht der Interviewpartner auch determiniert durch die gegebenen Rahmenbedingungen. So eröffnet ein Zentrum zwar vielfältige Möglichkeiten etwa zur Realisierung sektorenübergreifender Versorgungsketten, diese werden jedoch durch langwierige, zum Teil politische Entscheidungsprozesse an von der öffentlichen Hand getragene Universitätskliniken eingeschränkt, wie der Vergleich mit Zentren in privater Trägerschaft zeigt. Universitätskliniken haben zwar einerseits die Möglichkeit eine Vorreiterrolle bei der Zentrenbildung zu übernehmen, da sie wie oben dargestellt in einem besonderen Maße netzwerkfähig sind und über die erforderliche fachliche Breite verfügen. Diesen Vorteilen stehen aber nach Ansicht eines Interviewpartners deutliche Nachteile durch eine eingeschränkte Innovationsfähigkeit gegenüber, die aus langwierigen Entscheidungsprozessen und einer großen Anzahl beteiligter Interessengruppen bei der Entscheidungsfindung resultiert. Zudem weisen die Gesprächspartner darauf hin, dass eine zu einem gewissen Grade eigenverantwortliche Steuerung eines Zentrums das Vorhandensein von entscheidungsrelevanten Informationen, bspw. zu Kosten und Erlösen des Zentrums, als Basis für ein Selbstcontrolling erforderlich macht. Der Aufbau eines adäquaten Informationssystems ist dabei in keiner Weise trivial, die Universitätsklinik Köln implementiert gerade ein solches System.

7

7.4 Diskussion

Die Interviews mit Verantwortlichen der Universitätsklinik Köln haben gezeigt, dass die Zentrenbildung Vorteile mit Blick auf Qualität und Effizienz bedeuten kann. Auch in der Literatur scheint es hinreichend Evidenz zu geben, um den Weg der Zentrenbildung zu beschreiten (Lüngen et al. 2006). Zudem existieren eine Reihe weiterer Beispiele zu Erfolgen, die durch die Bildung von Zentren erzielt wurden (Sontheimer 2008, Overlack et al. 2007 und Schmitz/Quante 2006). Dennoch, das zeigen auch die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln, gilt es eine Reihe von Faktoren und Details zu beachten. Die nun anschließende Diskussion dient der Sensibilisierung dieser Aspekte, wobei sowohl die Inhalte der Interviews wie auch aktuelle Diskussionen in der Literatur aufgegriffen werden.

Zunächst soll der Aspekt der Prozessorientierung, die durch die Zentrenbildung unterstützt werden kann, näher thematisiert werden. Die Frage, ob eine Organisation bzw. ein Unternehmen prozessorientiert organisiert ist oder nicht, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Jede Organisation bzw. jedes Unternehmen ist zu einem gewissen Grade prozessorientiert und entsprechend auch funktionsorientiert strukturiert. Damit stellt sich die Frage des optimalen Grades der Prozessorientierung. Die Organisation des Krankenhauses rund um die (Kern-)Prozesse hat dabei sowohl eine Kostensenkung und damit eine Steigerung der Effizienz wie auch eine Verbesserung der Qualität zum Ziel (Vera/Kuntz 2007). Eine Qualitätssteigerung äußert sich dabei wie im ersten Teil der Arbeit ausgeführt vordergründig in dem höheren Grad der Patientenorientierung. Die Verminderung von Schnittstellen führt zu einer Steigerung der Behandlungsqualität und ermöglicht die Definition von Patientenfäden, denen ebenfalls mit Blick auf Qualität und Effizienz positive Effekte zuge-

geschrieben werden. Allerdings ist in diesem Kontext zu beachten, dass die Zentrenbildung Schnittstellen keinesfalls obsolet macht, auch da der Behandlungsprozess stark von der Mitwirkung des jeweiligen Patienten abhängt und daher nur eingeschränkt standardisierbar ist. Auch die bisherigen Erfahrungen der Universitätsklinik Köln mit der Zentrenbildung zeigen eine Qualitätsverbesserung. Hinsichtlich der Effizienz kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch keine allgemein eindeutige Aussage getroffen werden. Es existieren zahlreiche Studien, die eine positive Abhängigkeit zwischen dem Grad der Prozessorientierung und der Effizienz zeigen. Vera und Kuntz haben 2007 eine Studie durchgeführt und diesen Zusammenhang empirisch signifikant am Beispiel von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz nachgewiesen. Konkret werden in der Studie etwa 25 Prozent der Unterschiede in der Effizienz durch den Grad der Prozessorientierung erklärt, was nachvollziehbar ist, wenn man die Vielfalt der Faktoren bedenkt, die Einfluss auf die Effizienz im Krankenhaus haben (Vera/Kuntz 2007). Zentrenbildung kann mit einer verstärkten Prozessorientierung einhergehen und somit zu einer erhöhten Effizienz führen, wengleich, wie das Beispiel der Universitätsklinik Köln zeigt, Effizienzeffekte durch eine Mengenausweitung bei Einzelleistungen aufgrund verbesserter Zugangsmöglichkeiten unter Umständen in der Summe wieder ausgeglichen werden.

Die angesprochene Studie (Vera/Kuntz 2007) beschreibt ebenso einen Effizienzgewinn durch Dezentralisierung, wobei allerdings der Effekt der Prozessorientierung überwiegt. Die Aussagen zu Komplexität und der daraus erwachsenen erforderlichen Dezentralisierung lassen sich somit empirisch bestätigen. Auch die Literatur verweist dabei auf die Notwendigkeit einer adäquaten Steuerungsunterstützung (Busch 2006). In diesem Zusammenhang wird zur Schaffung erforderlicher Anreize für die einzelnen Teilbereiche bzw. Zentren organisatorisch oftmals die Implementierung sogenannter Profit- oder auch Ergebnis-Center vorgeschlagen. Auch die Universitätsklinik Köln beschreitet diesen Weg und möchte künftig den Verantwortlichen einzelner Zentren verstärkt auch kaufmännische Beratung zur Seite stellen. Unter einem Profit- bzw. Ergebnis-Center versteht man Organisationsteilbereiche mit eigener Ergebnisverantwortung, d. h. mit Verantwortlichkeit für Kosten und Erlöse in dem jeweiligen Teilbereich. Insbesondere die Koppelung der Entlohnung der Verantwortungsträger einer Organisationseinheit an den Erfolg bzw. das Ergebnis dieser Einheit verspricht eine starke Anreizwirkung und ermöglicht so eine zielorientierte Steuerung der Gesamtorganisation (Behrends/Kuntz 2002 und Vera/Kuntz 2007).

Clement et al. wiederum zeigen 2008 in einer Studie über Krankenhäuser, dass eine erhöhte Effizienz mit einer Steigerung der Qualität einhergehen kann, Qualitäts- und Effizienzsteigerungen lassen sich somit Hand in Hand verfolgen (Clement et al. 2008).

Wie im Interview, so wird auch in der Literatur die Bedeutung der Einbeziehung der Leistungserbringer, insbesondere der Leistungsträger, herausgestellt. Bedingt durch eine starke Forschungsausrichtung, ein schwach ausgeprägtes Kostenbewusstsein und ein hohes Autonomiebedürfnis kann möglicherweise der Status der Ärzte als „Professionals“ hier Probleme bereiten (Vera/Kuntz 2007). Hinzu kommen sehr unterschiedliche Denk- und Behandlungsweisen in den einzelnen Fächern, die zweifelsohne auch ihre fachliche Berechtigung haben. Zentrenstrukturen verlangen von den Beteiligten ein Umdenken sowie ein hohes Maß an Kommunikation

und gegenseitigem Verständnis. Young et al. haben 2004 eine Studie zu Unterschieden zwischen funktions- und produktorientierten Krankenhäusern durchgeführt und dabei auch mitarbeiterbezogene Aspekte untersucht. Eine funktionsorientierte Struktur bedeutet zumeist größere Freiheiten für verantwortliche Mitarbeiter in einzelnen Funktionsbereichen, wohingegen eine produktorientierte Struktur durch einen festgelegten Prozess der Produkterstellung determiniert wird, dem sich einzelne Prozessbeteiligte unterzuordnen haben. Die Chefärzte präferieren daher möglicherweise trotz zahlreich vorhandener Schnittstellen eine fachabteilungsorientierte Struktur und damit die Gliederung eines Krankenhauses in einzelne Kliniken. Mehr Freiheiten der Leistungsträger in einer funktional bzw. in Fachabteilungen gegliederten Organisation stehen damit einem intensiveren interdisziplinären Austausch in einer vornehmlich anhand von Produkten strukturierten Organisation gegenüber. Die Studie zeigt, dass eine produktorientierte Organisationsstruktur negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter hat (Young et al. 2004). Die Mitarbeiterzufriedenheit wiederum ist insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels von substantieller Bedeutung für eine Organisation. Die Führungskräfte der obersten Leitungsebene sind daher gefordert, ein Klima zu schaffen, was zu Patientenorientierung, fachübergreifender Zusammenarbeit, Informationsaustausch sowie einem offenen Umgang mit Kritik anregt (Vera/Kuntz 2007). Es gilt die mit einem Zentrum verbundenen Vorteile zu kommunizieren. In diesen Zusammenhang lassen sich auch die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln einordnen. Können sich beteiligte Mitarbeiter mit dem Zentrum und den Zielen identifizieren, schaffen Zentren einen Mehrwert. Ist dies nicht der Fall, können Zentren die ihnen zugesprochenen Potenziale nicht realisieren (Siewert/Siess 2006).

Gelingt es jedoch, die angesprochene Identifikation herzustellen, verspricht die Zentrenbildung auch mit Blick auf Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation erstrebenswerte Effekte. Wird der Arbeitgeber positiv in der Öffentlichkeit wahrgenommen, was wie beschrieben bei einem Zentrum zumeist gegeben ist, führt dies in der Regel zu einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit; dem Ansehen eines Universitätsklinikums insgesamt bzw. eines Zentrums kommt damit auch eine personalpolitische Bedeutung zu (Zobel et al. 2007).

Eine Veränderung der verbreiteten funktionalen Fächerstruktur hin zu einer produktorientierten und damit möglicherweise prozessorientierten Organisation ist dabei keinesfalls trivial und braucht Zeit. Dies zeigen die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln wie auch zahlreiche Literaturquellen (Vera/Kuntz 2007, Burkhardt et al. 2006 und Richter-Kuhlmann 2006). Bei der Bildung bzw. dem Zuschnitt von Zentren sollte zielorientiert vorgegangen werden. Bedeutsam ist, dass die Bildung von Zentren einen Mehrwert schafft. Restrukturierung von Universitätskliniken bedeutet oftmals zunächst einmal Verunsicherung der Beteiligten und nicht automatisch und zeitnah einen Effizienz- und Qualitätsgewinn (Braithwaite et al. 2006). Zudem ist eine Balance zwischen Funktions-, Produkt- und Prozessorientierung zu finden. Große Organisationen ermöglichen den Fortbestand funktionsorientierter Einheiten innerhalb produkt- und/oder prozessorientierter Strukturen (Vera/Kuntz 2007). Zum einen lassen sich so die Vorteile der Produkt- und Prozessorientierung realisieren. Zum anderen besteht aber auch weiterhin eine Struktur fort, die einen Austausch zwischen Kollegen desselben Faches und darauf aufbauend fachbezogene Forschung und Lehre möglich macht. So kann es gelingen, Patienten- und

Problemorientierung einerseits und fachbezogene Spezialisierung andererseits als Basis für Innovationen in den Strukturen einer Universitätsklinik zu implementieren (Siewert/Siess 2006).

7.5 Fazit

Zentrenstrukturen gelten auch nach Ansicht der Interviewpartner als Organisationsprinzip der Zukunft für Universitätskliniken, wenngleich eine Reihe von Faktoren und Details bei der Implementierung zu beachten ist. Die Ausübung einer Vorreiterrolle von Universitätskliniken wird dabei durch deren genannte Merkmale zwar begünstigt, durch schwerfällige Entscheidungsstrukturen und eine vielschichtige Interessenlage der an Entscheidungen beteiligten Personen allerdings eingeschränkt. Universitätskliniken sind gefordert, ihre Kernkompetenzen herauszustellen (Strehl 2007). Die Verbesserung interner Strukturen lässt sich als ein Schlüssel zur Stärkung der Wettbewerbsposition verstehen (Zobel et al. 2007). Gelingt es einem Krankenhaus, Innovationen in Strategie und Steuerung zu verwirklichen und dabei auf eine optimale Ressourcenausstattung verweisen zu können, hat es gute Chancen auch in öffentlicher Trägerschaft in Zukunft erfolgreich zu sein (Becker et al. 2007). Zentren bieten Universitätskliniken Möglichkeiten zur Profilierung und damit zu einer erfolgreichen Positionierung in einem Wettbewerb (Siewert/Siess 2006 und Burkhardt et al. 2006), in dem die Bedeutung von Qualität und Effizienz weiter zunehmen wird.

7.6 Literatur

- Becker A, Beck U, Pfeuffer B. Sind die Privaten wirklich besser? *Das Krankenhaus* 2007; (6): 539–43.
- Behrends B, Kuntz L. Die Bedeutung von medizinischen Zentren in Universitätskrankenhäusern und deren Einbindung in das Steuerungssystem. *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis* 2002; (2): 130–43.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346 (15): 1128–37.
- Braithwaite J, Westbrook MT, Hindle D, Iedema RA, Black DA. Does restructuring hospitals result in greater efficiency? – an empirical test using diachronic data. *Health Services Management Research* 2006; 19: 1–12.
- Burkhardt J, Müller M, Weigang U, Weißflog D, Wilkens-Lotis C, Zehender M. Die Bewältigung strategischer Herausforderungen in einem dynamischen Krankenhausumfeld. *Das Krankenhaus* 2006; (5): 378–83.
- Busch H-P. Auf dem Weg zum „Profitcenter“. *Das Krankenhaus* 2006; (11): 959–62.
- Clement JP, Valdmanis VG, Bazzoli GJ, Zhao M, Chukmaitov A. Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health Care Management Science* 2008; 11 (1): 67–77.
- Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective Referral to High-Volume Hospitals: Estimating Potentially Avoidable Deaths. *The Journal of the American Medical Association* 2000; 283 (9): 1159–66.

- Lüngen M, Gerber A, Lauterbach KW. Zentrenbildung und Krankenhausplanung. *Das Krankenhaus* 2006; (11): 963–68.
- Overlack K, Reichensperner HC, Zluhan M, Lüngen B. Ausgliederung eines medizinischen Zentrums – das Universitäre Herzzentrum am Universitätsklinikum Eppendorf (UHZ – UKE) als Erfolgsmodell. *Das Krankenhaus* 2007; (2): 148–49.
- Richter-Kuhlmann E. Trend zur Zentrenbildung. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103 (7): 384–88.
- Schmitz C, Quante S. Auswirkungen der Zentrenstruktur auf die strategische Entwicklung des UKE. *Das Krankenhaus* 2006; (7): 579–82.
- Siewert JR, Siess M. Das Universitätsklinikum der Zukunft. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft*. Heidelberg: Kaden 2006; 587–93.
- Sontheimer GM. Marktanteile erschließen durch Spezialisierung und Zentrenbildung. *f&w* 2008; 25 (3): 243–44.
- Strehl R. Die Rolle der Universitätsklinika und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2008; 121–41.
- Vera A, Kuntz L. Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Management Review* 2007; 32 (1): 55–65.
- Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Berlin 2007 (Drs. 7984-07 vom 13.07.2007).
- Young GJ, Charns MP, Heeren TC. Product-line management in professional organizations: An empirical test of competing theoretical perspectives. *Academy of Management Journal* 2004; 47 (5): 723–34.
- Zobel C, Borges P, Kuntz L. Krankenhausmanagement im Wandel – Empirische Evidenz, Praxis und Qualitätsrisiken. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen* 2007; Beiheft 35: 96–110.

8 Psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren

Petra Steffen, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Holger Pfaff

Abstract

Die psychosoziale Interaktionsqualität zwischen Ärzten bzw. Pflegekräften und Patienten ist ein wichtiger Aspekt der Versorgungsqualität von Brustzentren. Anhand empirischer Befragungsdaten (Rücklauf 88 %; n=3 285) wird aufgezeigt, dass die Patientinnen einzelne Bereiche der psychosozialen Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren wie die Unterstützung durch Ärzte oder Pflegekräfte insgesamt positiv bewerten. Ein Vergleich zwischen den Zentren auf aggregierter Ebene zeigt deutliche Unterschiede auf. Die psychosoziale Interaktionsqualität der NRW-Brustzentren weist damit bereits einen hohen Standard auf, den es jedoch zu halten und ggf. durch eine Verringerung der Zentren-Unterschiede sowie eine gezielte Ursachen-Analyse weiter auszubauen gilt.

The quality of psychosocial interaction between health personnel and patients is an important aspect of the quality of health care supply in breast centers. Empirical survey data show that patients evaluate individual areas of the quality of psychosocial interaction in the breast centers in North Rhine-Westphalia very positively, such as general support by physicians and nurses. However, a comparison between centers shows significant differences. The quality of psychosocial interaction of breast cancer patients in North Rhine-Westphalia already shows a high standard, but this standard should be kept up and if necessary enhanced by means of a specific cause analysis, while the differences between centers should be reduced.

8.1 Einleitung

In Deutschland erkranken jährlich über 47 500 Frauen an Brustkrebs. Damit ist diese Erkrankung die häufigste Krebserkrankung bei jüngeren Frauen (Geraedts 2006), wobei die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs insgesamt bei 76 % liegt. In der EURO-CARE-Studie nimmt Deutschland im europäischen Vergleich Rang 8 unter 17 Ländern ein (Sant et al. 2003). Im Zeitraum zwischen der EURO-CARE-1- und der EURO-CARE-2-Studie stiegen die Überlebensraten in Europa um 4,5 %, in Deutschland jedoch lediglich um 3,7%. Die Tatsache, dass die Mortalität nicht im gleichen Maße wie im Ausland gesenkt werden konnte, erforderte ein gesundheitspolitisches und klinisch-wissenschaftliches Umdenken (Brucker et al. 2003), dessen Resultat u. a. die Einrichtung von Brustzentren ist.

Die Einführung von Brustzentren hat sich international bereits etabliert und steht im Einklang mit den Erkenntnissen der „European Society of Mastology“ (EUSOMA). Seit Mitte der 1990er Jahre entwickelt die EUSOMA auf Basis von wissenschaftlichen Studien Richtlinien für die Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms, die sie im Jahr 2000 zusammenfassend in einem Anforderungskatalog an Brustzentren veröffentlicht hat (EUSOMA 2000).

Die Brustzentrenzertifizierung hat in Deutschland vor ca. fünf Jahren eingesetzt. Auf Bundesebene besteht die Möglichkeit sich nach den Richtlinien der EUSOMA, die eine Zentralisierung der Brustkrebsbehandlung in spezialisierten Krankenhausabteilungen zum Ziel haben, akkreditieren zu lassen. Darüber hinaus ist es seit dem Jahr 2003 möglich, sich nach den gemeinsamen Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) zertifizieren zu lassen. Auf Landesebene ist in Nordrhein-Westfalen keine „freiwillige“, sondern eine verpflichtende Brustzentrenzertifizierung vorgegeben, wobei das Land die normgebende Instanz ist. Auf diese Weise soll in NRW zum einen eine flächendeckende, gleichen Standards und Leitlinien unterliegende Versorgung gesichert werden. Zum anderen soll der „wachsenden Zahl selbsternannter Brustzentren ohne einheitliche Qualitätskriterien“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2006, S. 12), die sich oftmals lose zusammenschließen und ohne einheitliche externe Qualitätsstandards (weiter)arbeiten (Schmalenberg 2005), entgegengewirkt werden.

Die Zertifizierungskriterien auf Landes- und Bundesebene haben das Ziel, durch Zentralisierung, Spezialisierung, Interdisziplinarität, umfassendes Qualitätsmanagement und fortlaufende Zertifizierung die Versorgung der Brustkrebspatientinnen zu verbessern. Dabei orientieren sich beide Verfahren stark an den EUSOMA-Kriterien und ähneln sich in vielen Punkten. So sind in beiden Anforderungskatalogen u. a. Mindestmengen für Operationen pro Brustzentrum sowie pro Operateur festgeschrieben, wie sie die EUSOMA vorgibt.

Diese Forderungen nach Zentralisierung und Spezialisierung sind in verschiedenen Studien – auch für andere Indikationen – untersucht worden. Insgesamt konnte ein Zusammenhang zwischen hohem Operationsaufkommen und Senkung des Mortalitätsrisikos nachgewiesen werden (Brucker 2005 et al.; Skinner et al. 2003). Es hat sich u. a. gezeigt, dass das Mortalitätsrisiko von Brustkrebspatientinnen in Krankenhäusern mit mehr als 150 Operationen pro Jahr signifikant gesenkt werden kann (Roohan et al. 1998). Des Weiteren konnte belegt werden, dass sich die Spezialisierung der Ärzte positiv auf das Überleben der erkrankten Frauen sowie auf die Zufriedenheit mit der Einbeziehung in die Behandlung (Waljee et al. 2007) auswirkt. Gillis et al. (1996) weisen z. B. nach, dass die 5-Jahres-Überlebensrate bei Patientinnen, die von einem Spezialisten in einem interdisziplinären Team behandelt wurden, höher war als bei Patientinnen, die von keinem Spezialisten behandelt wurden. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Operationszahl pro Operateur und Jahr und der Verbesserung der 5-Jahres-Überlebensrate konnten auch Sainsbury et al. (1995) aufzeigen.

Die mit Einführung der Brustzentren festgesetzten Mindestmengen an Operationen werden jedoch nicht nur positiv beurteilt. So merkt z. B. Geraedts (2006, S. 165) kritisch an, dass die empirischen Erkenntnisse zu Mindestmengen zu unzureichend sind, „um die exakte Lage einer Grenze festzulegen, ab der Krankenhäuser oder Operateure an der Brustkrebschirurgie teilnehmen können sollten.“ Schmalen-

berg (2005) kritisiert des Weiteren, dass die Mindestmengen, die von der EUSOMA festgelegt wurden, nicht evidenzbasiert sind. Zudem wird bemängelt, dass es wenig Studien gibt, in denen die Zusammenhänge speziell für Brustkrebspatientinnen untersucht wurden (Geraedts 2006; Schmalenberg 2005). Oftmals beziehen sich die genannten Mindestmengen auf andere Indikationen. Zudem wird angemerkt, dass Mindestmengen insbesondere bei seltenen Eingriffen oder Hochrisikoperationen einen Überlebensvorteil mit sich bringen (Birkmeyer et al. 2002).

Du Bois et al. (2003) weisen auf die oft nur mangelnde Datenqualität hin, um Rückschlüsse von Strukturmerkmalen wie der Spezialisierung der Ärzte auf die Versorgungsqualität ziehen zu können. Die Autoren selbst können zwar einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Operationen pro Krankenhaus und der Rate brusterhaltender Operationen bei Kliniken mit 100 und mehr Operationen pro Jahr für Hessen aufzeigen. Die Autoren schränken die Aussagekraft ihrer Ergebnisse jedoch ein, da sie bei der Analyse keine medizinischen Parameter zur Kontrolle heranziehen konnten. Im Hinblick auf die geforderten Mindestmengen wird zudem vielfach diskutiert, dass die Anzahl der Operationen nur ein Anhaltspunkt für die Versorgungsqualität ist, der ohne Berücksichtigung weiterer Parameter wenig aussagekräftig ist (Schmalenberg 2005; du Bois et al. 2003). So betonen auch Sainsbury et al. (1995), dass der von ihnen aufgezeigte Überlebensvorteil nicht nur von der Erfahrung des Operateurs, sondern auch von der interdisziplinären Zusammenarbeit abhängt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der verschiedenen Zertifizierungsverfahren. So gibt das Zertifizierungsverfahren in NRW u. a. vor, dass alle notwendigen Kernleistungen (Operation, bildgebende Diagnostik, Strahlentherapie, Pathologie, Onkologie) interdisziplinär erbracht werden müssen. Dabei können die Leistungen im Zusammenschluss mit mehreren Einrichtungen erfolgen, wobei die Kernleistungen zentral an einem Standort erbracht werden müssen. Als einzige Ausnahme gelten die Operationen, die auf verschiedene Standorte verteilt werden können.

Neben den Mindestmengen wird an dem Brustzentrenkonzept häufig kritisiert, dass eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung nicht dauerhaft gesichert ist, da die Gefahr besteht, dass die Brustkrebsversorgung auf wenige regional begrenzte Zentren beschränkt wird (Finlayson et al. 2003). Für NRW wurden die Krankenhäuser so ausgewählt, dass eine ausreichende Wohnortnähe für die Patientinnen gewährleistet ist. Speziell am NRW-Verfahren wird oftmals kritisiert, dass die Verknüpfung von Brustzentren an den Krankenhausplan den Wettbewerb zwischen den Brustzentren minimiert (Schmalenberg 2005).

Insgesamt werden die aktuellen Maßnahmen jedoch als mögliche Schritte zur Qualitätsverbesserung in der Brustkrebsversorgung begrüßt, die konsequent weiter verfolgt und ausgebaut werden müssen (Brucker et al. 2005; Schmalenberg 2005; du Bois et al. 2003). Hierbei nennen du Bois et al. (2003, S. 750) in erster Linie „die Weiterentwicklung der Leitlinien, der Qualitätssicherungsinstrumente unter Einbeziehung patientinnenorientierter Endpunkte, wie Lebensqualität und Zufriedenheit, und der kontinuierlichen Evaluation der Effekte und des Implementierungsgrades dieser Maßnahmen“.

Darüber hinaus wird oftmals gefordert, dass die Krankenhäuser klinische Studien durchführen sollen, da dies häufig mit einem besseren Outcome der Patientin

assoziiert ist (Brucker et al. 2005). Diese geforderte Beteiligung an Studien ist in allen Zertifizierungsverfahren ein relevanter Eckpunkt. Des Weiteren ist eine regelmäßige (Re-)Zertifizierung sowie die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen vorgesehen. Ziel der Qualitätsmanagementsysteme ist es u. a., durch Prozess- und Kundenorientierung sowie kontinuierliche Organisationsentwicklung eine Qualitätssteigerung zu erreichen. Das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung werden im Zertifizierungsprozess durch unabhängige Institutionen überprüft.

In allen Zertifizierungsverfahren sind somit – trotz der aufgezeigten Kritikpunkte – verschiedene Anforderungen vorgegeben, die zu einer Steigerung der Versorgungsqualität für die Brustkrebspatientinnen beitragen können. Neben der Forderung die Effizienz und Effekte dieser Kriterien kontinuierlich zu überprüfen wird nahe gelegt, bei der Beurteilung der Versorgungsqualität nicht nur medizinisch-technische Indikatoren zu betrachten. In NRW ist u. a. auch die systematische und umfassende Information der Patientin sowie eine Einbeziehung in alle Therapieentscheidungen ein wesentliches Merkmal des Anforderungskatalogs. Dieses Ideal entspricht dem Leitbild einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Interaktion, wobei insgesamt davon ausgegangen wird, dass die Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess und die Aktivierung des Patienten einen positiven Effekt auf die Mitwirkung am Heilungsprozess haben (Härter/Loh 2005; Scheibler 2004; Scheibler et al. 2003a; Scheibler et al. 2003b; Charles et al. 1997).

So stellt Pfaff (2003) in seinem „Konzept der unterstützenden Versorgung“ die These auf, dass die medizinische Versorgung insbesondere dann Gesundheit und Lebensqualität fördern kann, wenn eine gute Beziehung zwischen Versorgendem und Patient gegeben ist. Dies kann z. B. durch eine gelingende, auf Vertrauen und Menschlichkeit basierende Arzt-Patient-Kommunikation (Ommen et al. 2006; Möller-Leimkühler et al. 2002) sowie eine positiv erlebte Beziehung zum Pflegepersonal (Newman et al. 2001) erzielt werden (Steffen 2004; Crow et al. 2002). Darüber hinaus ist die Erbringung konkreter unterstützender psychosozialer Leistungen wie z. B. Informationen zentral (Ommen et al. 2008; Pfaff 2003). Eine psychosozial unterstützende Interaktion zwischen Arzt und Patient ist zudem die Voraussetzung für eine adäquate Einbeziehung des Patienten in die Behandlung.

Die Frage, ob die Patienten in die Behandlung einbezogen wurden und die medizinische Behandlung unterstützend war, können in erster Linie die an der Interaktion beteiligten Akteure und hier insbesondere die Patientinnen beantworten. Die Patientensicht kann und sollte aus unserer Sicht somit zur Beurteilung der Versorgungsqualität herangezogen werden.

In NRW besteht durch die landeseinheitliche Zertifizierung, zu deren Bestandteil eine verpflichtende, standardisierte jährliche Patientinnenbefragung gehört, die optimale Möglichkeit die Versorgungsqualität aus Patientinnenperspektive zu evaluieren. Aufgrund der zentralen Bedeutung der psychosozialen Interaktionsqualität im Versorgungsprozess wird in der vorliegenden Arbeit anhand empirischer Daten zum einen untersucht, wie sich diese insgesamt aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren darstellt. Zum anderen wird aufgezeigt, inwiefern sich die Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität wie die Unterstützung durch Ärzte und Pflegekräfte in den einzelnen Brustzentren auf aggregierter Ebene unterscheiden.

8.2 Methode

8.2.1 Stichprobe

Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses ist in NRW eine jährliche Patientinnenbefragung mit einem validen und für alle Zentren einheitlichen Fragebogen sowie Verfahren vorgesehen (Steffen et al. 2008). In der Zeit vom 01.02. bis 31.07.2007 wurden fortlaufend alle Patientinnen befragt, die stationär an einem primären Mammakarzinom operiert wurden. In die Studie wurden die Patientinnen eingeschlossen, die erstmals an Brustkrebs erkrankt waren und für die mindestens ein maligner Befund sowie mindestens eine postoperative Histologie vorlag.

In die Untersuchung wurden die Patientinnen aus allen zu diesem Zeitpunkt anerkannten 51 NRW-Brustzentren eingeschlossen. Die Strukturen der einzelnen Brustzentren unterscheiden sich dabei z. T. erheblich. So ist es z. B. möglich, die Kernleistung der Operationen eines Brustzentrums auf verschiedene Krankenhäuser zu verteilen. Zum Zeitpunkt der Studie existierten Brustzentren mit einem (n=16), mit zwei (n=25), mit drei (n=9) und mit vier (n=1) OP-Standorten. Insgesamt bestehen die 51 Brustzentren somit aus 97 OP-Standorten.

Die Patientinnen wurden im Krankenhaus kurz vor der Entlassung schriftlich um ihr Einverständnis zur Befragung gebeten. Das medizinische Personal hat bei Zustimmung der Patientin zur Befragung auf der Einverständniserklärung zusätzlich einige Angaben zur Schwere der Erkrankung wie z. B. zur Tumorgroße oder zur Art der Operation gemacht.

Allen Patientinnen, die zugestimmt hatten an der Befragung teilzunehmen (n=3 733), wurde nach Erhalt der Einverständniserklärung poststationär von der Abteilung Medizinische Soziologie der Uniklinik Köln der Fragebogen zugeschickt. Die Befragung erfolgte in Anlehnung an die Total Design Methode nach Dillman (1978) mit bis zu drei Anschreiben.

8.2.2 Messinstrument

Als Befragungsinstrument wurde der Kölner Patientinnenfragebogen für Brustkrebs (KPF-BK) eingesetzt, der auf dem Kölner Patientenfragebogen (KPF) basiert (Pfaff et al. 2004; Pfaff et al. 2003) und Skalen zu den unterschiedlichsten Krankenhausbereichen umfasst. Ergänzt wird der KPF-BK durch brustkrebsspezifische und soziodemographische Fragen sowie Fragen zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand.

Die Skalen des KPF bzw. KPF-BK setzen sich aus mindestens drei Items zusammen. Bei der Entwicklung des KPF wurden die Skalen mittels Faktorenanalysen auf ihre Konstruktvalidität getestet. Es wurde die Hauptkomponenten-Methode gewählt. Wenn mehrere Faktoren eine Dimension abbilden, erfolgte eine Varimax-Rotation. Zur Überprüfung der Reliabilität einer Skala wurde Cronbachs Alpha herangezogen. Dabei wurde gemäß den üblichen Standards ein Mindestwert für Cronbachs Alpha von 0,70 festgesetzt (Bagozzi 1980).

Die Items einer psychometrisch getesteten Skala wurden aufsummiert und durch die Anzahl der Items dividiert. Die Skalennamen sind jeweils so gewählt, dass ein hoher Wert (3 und 4) einer Übereinstimmung mit der inhaltlichen Bedeutung des

Tabelle 8–1

Übersicht über die untersuchten Skalen

Skala	Item-zahl	Beispiel-Item	Cronbachs Alpha
Unterstützung durch Ärzte	3	Die Ärzte unterstützten mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel	.92
Empathische Informationsvermittlung	4	Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station erläuterten mir die weiteren Behandlungsschritte feinfühlig	.93
Patientenaktivierung durch Ärzte	5	Die Ärzte ermutigten mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern	.83
Unterstützung durch Pflegekräfte	3	Ich konnte mich auf die Pflegekräfte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte	.92

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

8

Skalennamens und ein niedriger Wert (1 und 2) einer Nicht-Zustimmung dieser Bedeutung entspricht. So weist ein hoher Wert bei der „Unterstützung durch Ärzte“ beispielsweise auf eine unterstützende Arzt-Patient-Beziehung hin.

Bei den für diese Untersuchung ausgewählten Skalen des Kölner Patientenfragebogens für Brustkrebs (KPF-BK) werden Beurteilungsfragen eingesetzt (Antwortkategorien „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“, „stimme voll und ganz zu“). In die Skalenbildung gehen jeweils nur die Fälle ein, die alle Items beantwortet haben.

Um darzustellen, inwiefern sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren unterscheidet, werden verschiedene Skalen des KPF-BK herangezogen. Tabelle 8–1 gibt einen Überblick über die Skalen, die Gegenstand der Analysen sind. Das Cronbachs Alpha lag bei allen Skalen zwischen .83 und .93.

8.2.3 Analysen

Zur Beantwortung der Frage, wie sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren insgesamt darstellt, wurden die Skalen des KPF-BK ausgewählt, die in Anlehnung an den aktuellen Forschungsstand als Kriterien einer unterstützenden Versorger-Patient-Beziehung sowie einer Einbeziehung in die Behandlung gelten können. Um der Frage nachzugehen, inwieweit sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren unterscheidet, werden die Ergebnisse der verschiedenen Skalen auf aggregierter Ebene deskriptiv dargestellt. Dazu werden die Ergebnisse der Brustzentren pro Skala in Quartilen berichtet. Diese Darstellungsweise wurde zum einen gewählt, um den Datenschutzbestimmungen Rechnung zu tragen und zu gewährleisten, dass die erzielten Ergebnisse nicht einzelnen Brustzentren zugeordnet werden können. Zum anderen sind mögliche Unterschiede so schneller erfassbar. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden pro Skala nur die Ranges und Mittelwerte der Quartile im Vergleich abgebildet und es wird auf die Angabe der Konfidenzintervalle und der Fallzahlen verzichtet.

8.3 Ergebnisse

Von allen 51 in die Befragung einbezogenen Brustzentren wurden Einverständniserklärungen an die Abteilung Medizinische Soziologie der Universität zu Köln gesandt. Aus 94 der 97 operierenden Krankenhäuser sind Einverständniserklärungen eingegangen.

Von den $n = 3733$ angeschriebenen Patientinnen haben $n = 3285$ einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet (Rücklauf: 88%). Es wurde aus jedem Brustzentrum mindestens ein Fragebogen zurückgeschickt, wobei die Fragebogenrückläufe pro Brustzentrum zwischen 12 und 128 differieren.

Das Durchschnittsalter der befragten Patientinnen lag bei 60 Jahren. Die jüngsten Patientinnen waren 27 Jahre und die ältesten 94 Jahre alt. Tabelle 8–2 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Charakteristiken der Untersuchungsstichprobe.

Tabelle 8–3 fasst verschiedene Kennwerte der eingesetzten Skalen deskriptiv zusammen.

Tabelle 8–2

Stichprobenbeschreibung

Altersgruppen (keine Angabe: $n = 100$)	%	N
18 bis 29 Jahre	0,2	8
30 bis 39 Jahre	3,9	125
40 bis 49 Jahre	16,1	512
50 bis 59 Jahre	24,1	767
60 bis 69 Jahre	33,0	1 050
70 bis 79 Jahre	18,1	577
Über 80 Jahre	4,6	146
Schulabschluss (keine Angabe: $n = 174$)	%	N
Ohne (Volks-,) Hauptschulabschluss	4,7	146
(Volks-,) Hauptschulabschluss	50,5	1 571
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	22,7	706
Polytechnische Oberschule	1,2	37
Fachhochschulreife	5,0	154
Hochschulreife/ Abitur	13,5	421
Anderer Schulabschluss	2,4	76
Tumorgroße (keine Angabe: $n = 110$)	%	N
Tis in situ	6,5	206
T1 \leq 2 cm	46,6	1 479
T2 $>$ 2–5 cm	33,5	1 065
T3 $>$ 5 cm	4,5	144
T4 Brustwand, Haut, entzündliches Karzinom	3,3	104
Sonstige Angaben	5,6	177

Tabelle 8–3

Merkmale der untersuchten Skalen

Skala	N ¹	MW ²	SD ³	Min ⁴	Max ⁵
Unterstützung durch Ärzte	3 149	3,56	.62	1	4
Empathische Informationsvermittlung	3 037	3,41	.80	1	4
Patientenaktivierung durch Ärzte	2 941	2,90	.72	1	4
Unterstützung durch Pflegekräfte	3 153	3,57	.61	1	4

¹ Anzahl der Antworten, ² Mittelwert, ³ Standardabweichung, ⁴ Minimum, ⁵ Maximum

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen zeigen, dass die Patientinnen die einzelnen Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität insgesamt sehr positiv bewerten. Die „Unterstützung durch Pflegekräfte“ wird von den Patientinnen insgesamt am besten beurteilt, während die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ im Vergleich am schlechtesten bewertet wird.

Tabelle 8–4 gibt Aufschluss über die Frage, ob und inwieweit sich die psychosoziale Interaktionsqualität in den Brustzentren aus Patientinnensicht unterscheidet. Dabei werden zum einen die Ranges und Gesamtmittelwerte pro Skala und zum anderen für die einzelnen Quartile dargestellt. Die Mittelwerte der einzelnen Quartile unterscheiden sich bei den untersuchten Skalen zum Teil deutlich.

Wie Tabelle 8–4 zu entnehmen ist, wird die „Unterstützung durch Ärzte“ im Mittel von den Patientinnen aller Brustzentren mit 3,56 bewertet. Der Mittelwert des am schlechtesten beurteilten Brustzentrums liegt bei 3,27, während der des am besten beurteilten Brustzentrums bei 3,82 liegt (Mittelwertunterschied: 0,55).

Die Beurteilung der „empathischen Informationsvermittlung“ aus Patientinnensicht variiert im Mittel in den Brustzentren zwischen 3,15 und 3,66 (Mittelwertunterschied: 0,51). Der Mittelwert aller Brustzentren liegt bei 3,41 (vgl. Tabelle 8–4).

Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ differiert nach Meinung der Patientinnen zwischen dem Mittelwert 2,50 und dem Mittelwert 3,20 (Mittelwertunterschied: 0,70) (vgl. Tabelle 8–4).

Tabelle 8–4

Range und Mittelwerte der untersuchten Skalen

Skala	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Gesamt
	Range (MW)				
Unterstützung durch Ärzte	3,27–3,48 (3,38)	3,49–3,55 (3,51)	3,56–3,68 (3,60)	3,69–3,82 (3,73)	3,27–3,82 (3,56)
Empathische Informationsvermittlung	3,15–3,32 (3,26)	3,33–3,41 (3,38)	3,42–3,47 (3,45)	3,48–3,66 (3,55)	3,15–3,66 (3,41)
Patientenaktivierung durch Ärzte	2,50–2,77 (2,68)	2,78–2,88 (2,83)	2,89–3,02 (2,95)	3,03–3,20 (3,12)	2,50–3,20 (2,90)
Unterstützung durch Pflegekräfte	3,00–3,48 (3,36)	3,49–3,57 (3,53)	3,58–3,68 (3,65)	3,69–3,78 (3,72)	3,00–3,78 (3,57)

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Die „Unterstützung durch Pflegekräfte“ variiert aus Sicht der Patientinnen im Mittel zwischen 3,00 und 3,78 (Mittelwertunterschied: 0,78) (vgl. Tabelle 8–4).

Insgesamt wird die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den Brustzentren sehr positiv bewertet. Die Darstellung der Ranges pro Skala sowie der Mittelwerte pro Quartil jeder Skala zeigt, dass die wahrgenommene Interaktionsqualität zwischen den Brustzentren deutlich variiert.

8.4 Diskussion

Mit der Einrichtung von Brustzentren wird das Ziel verfolgt, die Versorgungsqualität von Brustkrebspatienten langfristig zu steigern. Zur Beurteilung der Versorgungsqualität können verschiedene Indikatoren wie z. B. die Mortalitäts-, Morbiditätsrate oder auch die Zahl der brusterhaltenden Operationen herangezogen werden. Darüber hinaus kann die Güte der psychosozialen Interaktionsqualität Aufschluss über die Behandlungsqualität geben. So hebt Pfaff (2003) hervor, dass die medizinische Versorgung insbesondere dann Gesundheit und Lebensqualität fördern kann, wenn eine unterstützende Beziehung zwischen Versorgendem und Patient gegeben ist. Aus diesem Grund muss auch die subjektiv wahrgenommene Qualität, insbesondere die Qualität aus Sicht der Patienten, bei der Beurteilung der Versorgungsqualität berücksichtigt werden (Siebeneick et al. 2001).

In NRW besteht durch die landeseinheitliche Zertifizierung, deren Bestandteil eine jährliche Patientinnenbefragung ist, zum einen die Möglichkeit, die psychosoziale Interaktionsqualität in den Brustzentren aus Patientenperspektive anhand verschiedener Parameter zu bestimmen. Zum anderen ist es möglich darzustellen, inwiefern sich diese Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität zwischen den Brustzentren – auf Basis von Quartilen – unterscheiden. Beides wird anhand der Patientinnenbefragung 2007 in den NRW-Brustzentren untersucht.

Es zeigt sich hierbei, dass die verschiedenen Parameter, die zur Beurteilung der psychosozialen Interaktionsqualität herangezogen wurden, von den Patientinnen insgesamt sehr positiv bewertet werden. Bei der Bewertung der einzelnen Mittelwerte ist jedoch zu berücksichtigen, dass bisher noch kein etablierter Referenzwert existiert, ab wann ein Wert als überdurchschnittlich zu interpretieren ist. Von allen untersuchten Skalen werden die „Unterstützungsskalen“ am besten beurteilt. In den NRW-Brustzentren scheint somit zum Zeitpunkt der Befragung die Basis für eine unterstützende Beziehung zwischen den Versorgenden und den Patientinnen gegeben zu sein, die wiederum die Voraussetzung für eine vertrauensvolle psychosoziale Interaktion darstellt.

Das von Pfaff (2003) entwickelte „Konzept der unterstützenden Versorgung“ betont darüber hinaus die Notwendigkeit, dass in der Versorger-Patient-Interaktion konkrete unterstützende psychosoziale Leistungen wie z. B. die Patientinnen zu informieren erbracht werden. Die Bedeutung, die es für Patientinnen haben kann, umfassend informiert zu werden, wird von den Ärzten häufig unterschätzt (Griggs et al. 2007). So geben Patienten trotz einer hohen Gesamtzufriedenheit häufig an, dass sie mit den erhaltenen Informationen unzufrieden sind (Griggs et al. 2007; Kleeberg et al. 2005). Unbefriedigte Informationswünsche können jedoch mit einer

größeren Angst und größerem psychologischen Stress einhergehen (Griggs et al. 2007). Es ist daher entscheidend, dass die Patientinnen in adäquatem Umfang und auf adäquate Weise informiert werden. Die Skala „empathische Informationsvermittlung“ kann hierbei als Maß für die einfühlsame Vermittlung von Informationen herangezogen werden. Die dargestellten Ergebnisse der Patientinnenbefragung zeigen, dass die „empathische Informationsvermittlung“ insgesamt etwas schlechter beurteilt wird als die „Unterstützung durch Ärzte“. Es liegt die Vermutung nahe, dass in der Art und Weise, wie die Diagnose mitgeteilt und die weiteren Behandlungsschritte vermittelt werden, noch Optimierungspotenzial gegeben ist.

Diese Annahme steht im Einklang mit den Ergebnissen die auf der Basis der Skala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ – einem Indikator für die Einbeziehung in die Behandlung – erzielt wurden. Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ basiert auf einem gegenseitigen Austausch von Informationen und einer unterstützenden Interaktion und wurde im Vergleich aller Faktoren am schlechtesten beurteilt. Es scheint wünschenswert, die Einbeziehung in die Behandlung zu verbessern, da sich diese zum einen zufriedenheitsfördernd auswirkt (Ommen et al. 2006; Lantz et al. 2005; Scheibler 2004; Scheibler et al. 2003a; Crow et al. 2002) und zum anderen gemäß dem Anforderungskatalog einen wesentlichen Kernbereich der NRW-Zertifizierung darstellt.

Weiterer Verbesserungsbedarf wird durch den Vergleich der Brustzentren auf Quartils-Ebene deutlich. Der Vergleich zeigt, dass es bei allen Skalen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Quartilen und damit zwischen den Brustzentren gibt. Die geringsten Differenzen zeigen sich bei der „empathischen Informationsvermittlung“, die größten bei der „Unterstützung durch Pflegekräfte“. Betrachtet man die Ergebnisse mit Kenntnis, welches Brustzentrum sich hinter welchem Wert verbirgt, so zeigt sich, dass einige Brustzentren insgesamt bei (fast) allen untersuchten Skalen positiv bzw. negativ bewertet werden. Zur möglichen Erklärung der beobachteten Unterschiede zwischen diesen Brustzentren werden verschiedene Struktur- und Prozessmerkmale herangezogen, die sich in verschiedenen Studien als Prädiktoren der Versorgungsqualität erwiesen haben.

So haben unterschiedliche Studien z. B. festgestellt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Operationszahlen pro Krankenhaus pro Jahr (Brucker 2005; Skinner et al. 2003; Roohan 1998) und der Überlebensrate der Patientinnen besteht. Die NRW-Brustzentren müssen pro Jahr eine festgelegte Anzahl von Operationen neu erkrankter Frauen durchführen (Brustzentren mit einem OP-Standort: 150; bei mehr als einem Standort jeweils 100 pro Standort). Setzt man die Fallzahlen der „besten“ und „schlechtesten“ Brustzentren in Bezug zu den untersuchten Skalen, so zeigt sich, dass sowohl die Zentren, die gut abgeschnitten haben als auch diejenigen, die bei den Aspekten der psychosozialen Interaktionsqualität schlecht bewertet wurden, nach eigenen Angaben die im Zentrum notwendigen Fallzahlen erreicht haben.

Zudem wurde in einigen Studien ermittelt, dass die Rate brusterhaltender Operationen in Lehr-Krankenhäusern höher ist als in Nicht-Lehrkrankenhäusern sowie in Krankenhäusern im ländlichen Raum geringer sind als bei denjenigen, die im städtischen Raum angesiedelt sind (zusammenfassend Geraedts 2006). Beides dient in der eigenen Untersuchung jedoch nicht zur Erklärung der beobachteten Unterschiede, da sowohl die besonders positiv als auch die besonders negativ bewerteten

Brustzentren in der Regel eher im städtischen Bereich angesiedelt sowie Lehrkrankenhäuser sind.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die Einbindung einer Breast Care Nurse in das interdisziplinäre Team eines Brustzentrums einen Beitrag zur Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Patientinnen leisten kann (Eicher et al. 2006). Breast Care Nurses sind im Durchschnitt sowohl in positiv bewerteten als auch in negativ bewerteten NRW-Brustzentren angestellt, sodass auch dieser Aspekt nicht zur Klärung der Unterschiede bei den Brustzentren im Hinblick auf die psychosoziale Interaktionsqualität beiträgt.

Neben den Merkmalen auf Brustzentrumsebene könnten die dargestellten Beurteilungs-Differenzen der psychosozialen Interaktionsqualität auch auf unterschiedlichen Patientenstrukturen in den Brustzentren beruhen. Erste Analysen zeigen jedoch, dass sich die Patienten der besonders guten und besonders schlechten Brustzentren nicht deutlich hinsichtlich Alter, Bildung und Tumorgroße unterscheiden.

Um die unterschiedlichen Patientenurteile bei der psychosozialen Interaktionsqualität zu erklären, scheint es nötig, alle NRW-Brustzentren in die vergleichende Analysen einzubeziehen. Darüber hinaus sollten weitere Struktur-, Prozess- und Patientenmerkmale in weiterführende bi- und multivariate Untersuchungen einbezogen werden. Zudem sollte untersucht werden, ob die Patientenurteile sowie die herangezogenen Merkmale innerhalb eines Brustzentrums homogen verteilt sind. So könnte es z. B. sein, dass es in Brustzentren mit mehr als einem OP-Standort Unterschiede zwischen den einzelnen OP-Standorten hinsichtlich der Beurteilung der psychosozialen Interaktionsqualität gibt oder dass sich die Patientenstrukturen unterscheiden.

8.5 Implikationen und weiterer Forschungsbedarf

Die Diskussion möglicher Struktur-, Prozess- und Patientenmerkmale als Gründe für die beobachteten Unterschiede legten erste interessante Ansätze für die weitere Forschung nahe. Darüber hinaus lassen sich weitere Implikationen für Forschung und Praxis ableiten.

Zunächst bleibt festzuhalten, dass die psychosoziale Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren aus Patientinnensicht insgesamt sehr positiv beurteilt wird. Dies steht im Einklang mit den Resultaten anderer Patientenbefragungen, die in der Regel auch positive Ergebnisse erzielen. Vergleicht man die Beurteilungen mit denen einer Patientenbefragung in drei BRD-Krankenhäusern (Steffen 2004), so fallen die Bewertungen der „Unterstützungsskalen“ bei den Brustkrebspatientinnen positiver aus als bei den allgemeinen Krankenhauspatienten. Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ wird in etwa gleich beurteilt. Bei diesem Vergleich ist jedoch zu beachten, dass es sich um unterschiedliche Indikationen handelt, die man streng genommen nicht vergleichen dürfte. Bei der Interpretation von Befragungsergebnissen ist es zudem notwendig, langfristig einen Referenzwert festzulegen, ab wann ein Ergebnis als über- oder unterdurchschnittlich zu beurteilen ist. Dieser Referenzwert kann beispielweise durch einen längsschnittlichen Vergleich, durch einen systematischen Vergleich mit den Werten bei anderen Indikationen oder auf methodischer Basis

festgesetzt werden. Es muss jedoch auch darauf verwiesen werden, dass eine Festlegung eines Referenzwertes immer die Gefahr beinhaltet, die erzielten Ergebnisse zu „eingeschränkt“ zu betrachten und mögliche Verbesserungsmöglichkeiten, die durch den internen Vergleich aufgedeckt werden, zu übersehen.

Ziel der Versorgungsqualität bei Brustkrebs sollte es zunächst sein, den erzielten Standard zu halten und weiter auszubauen. Bei den eigenen Analysen konnten durch den Vergleich der Brustzentren auf aggregierter Ebene bereits erste Optimierungspotenziale bei der Informationsvermittlung und der Einbeziehung der Patienten in die Behandlung aufgezeigt werden. Da beides eng mit der Kommunikation durch Ärzte zusammenhängt, könnte z. B. der Einsatz von Gesprächsführungsseminaren oder die Festlegung fester Ansprechpartner zu besseren Ergebnissen beitragen. Um zu überprüfen, ob eingesetzte Interventionsmaßnahmen wirksam sind, können die Ergebnisse weiterer Patientinnenbefragungen gezielt genutzt werden. Die Befragungsergebnisse können zudem darüber Aufschluss geben, wie sich der Standard der psychosozialen Interaktionsqualität aus Patientinnensicht langfristig darstellt und verhindern, dass es z. B. aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen in den Brustzentren zu Qualitätseinbußen kommt. Des Weiteren können die Befragungsergebnisse für die Patientinnen transparent und öffentlich dargestellt werden, sodass diese von den Patientinnen bei der Wahl des Brustzentrums genutzt werden können. Dazu ist es jedoch notwendig, den Patientinnen noch weitere Kriterien oder Hilfen an die Hand zu geben, damit diese das für sie „beste“ Brustzentrum finden können.

Der Vergleich der Brustzentren auf Quartils-Ebene hat aufgezeigt, dass es trotz der insgesamt hoch ausgeprägten psychosozialen Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren z. T. deutliche Unterschiede gibt. Dieses legt verschiedene Implikationen nahe. Erstens können die Brustzentren durch die Analyse ihrer Ergebnisse gezielt Stärken und Schwächen aufdecken, die sie zur Ableitung konkreter Maßnahmen oder im Rahmen ihres Marketings nutzen können. Zweitens kann durch eine gezielte Untersuchung der Faktoren, die „gute“ oder „schlechte“ Brustzentren ausmachen, ggf. aufgezeigt werden, wie die Brustzentren strukturiert und organisiert sein müssen, um eine möglichst gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Erste eigene Erklärungsversuche anhand ausgewählter struktureller Brustzentrumsmerkmale sowie der Patientenstruktur der Zentren haben, wie beschrieben, bisher keinen Erkenntnisgewinn gebracht. Hier gibt es weiteren Forschungsbedarf im Rahmen von gezielten Zusammenhangsanalysen. Zudem scheint es sinnvoll, weitere Struktur- und Prozessparameter wie z. B. die Anzahl der Operationen pro Arzt, das Vorhandensein von Patientinnenpfaden, die Leitlinienkonformität oder die Anzahl der operierenden Ärzte in die Analysen mit einzubeziehen.

Die dargestellten Implikationen für Forschung und Praxis haben schon in einigen Punkten die Grenzen der eigenen Untersuchung sowie weiteren Forschungsbedarf aufgezeigt. Darüber hinaus sind noch andere Aspekte zu nennen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Bei der zugrunde liegenden Untersuchung wurde die psychosoziale Interaktionsqualität nur über ein halbes Jahr erfasst. Es wäre wünschenswert, die Ergebnisse im längsschnittlichen Verlauf zu untersuchen. Der eigene Vergleich der Daten der Jahre 2006 und 2007 zeigt jedoch auf, dass die psychosoziale Interaktionsqualität auf Ebene der Brustzentren in beiden Jahren stabil ist und sich kaum Veränderungen ergeben haben.

Zudem ist es notwendig zu untersuchen, wie sich die positiven Beurteilungen der Patientinnen langfristig auf weitere relevante Outcomes der Versorgungsqualität wie z. B. die Mortalität, Morbidität oder die Lebensqualität auswirken.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Patientinnen die psychosoziale Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren insgesamt positiv bewerten. Ein Vergleich der einzelnen Brustzentren zeigt jedoch auch, dass es z. T. deutliche Unterschiede zwischen den Zentren gibt. Insgesamt scheint damit das Brustzentrenkonzept in diesem Bereich eine gute Versorgungsqualität aus Patientinnensicht zu gewährleisten. Weitere Analysen sind jedoch notwendig, um die Ergebnisse noch besser einordnen und die aufgezeigten Handlungspotenziale effizient umsetzen zu können.

8.6 Literatur

- Bagozzi R. Causal Models in Marketing. New York: Wiley 1980.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346(15): 777–83.
- Brucker S, Krainick U, Bamberg M, Aydeniz B, Wagner U, du Bois A et al. Brustzentren. Rationales, funktionelles Konzept, Definition und Zertifizierung. *Gynäkologe* 2003; 36: 862–77.
- Brucker S, Traub J, Krainick-Strobel U, Schreier I, Kreienberg R, Bamberg M, Jonat W, Wallwiener D. Brustzentren – Entwicklung in Deutschland. *Onkologie* 2005; 11: 285–97.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44(5): 681–92.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002; 6(32).
- Dillman, D.A. Mail and telephone surveys. *The Total Design Method*. New York: Wiley 1978.
- Du Bois A, Misselwitz B, Stillger R, Jackisch C, Schwab R, Gnauer K, Hils R, Wagner U. Versorgungsstruktur und Qualität bei der Behandlung des Mammakarzinoms. *Geburtsh Frauenheilk* 2003; 63: 743–51.
- Eicher MRE, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European Journal of Cancer* 2006; 42: 3117–26.
- EUSOMA. The Requirements of a specialist breast Unit. *European Journal of Cancer* 2000; 36: 2288–93.
- Finlayson EV, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Arch Surg* 2003; 138(7):721–6.
- Geraedts, M. Versorgungsforschung in der operativen Medizin am Beispiel der Mammakarzinomchirurgie. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2006; 49:160–6.
- Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3768 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996; 312: 145–8.
- Griggs J, Sorbero M, Mallinger J, Quinn M, Watermann M, Brooks B, Yirinec B, Shields CG. Vitality, mental health, and satisfaction with information after breast cancer. *Patient Education and Counseling* 2007; 66: 58–66.
- Härter M, Loh A (Hrsg.). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2005.
- Kleeberg U, Tews JT, Ruprecht T, Höing M, Kuhlmann A, Runge C. Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Support Care Cancer* 2005: 303–10.
- Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Lakhani I, Salem B, Katz SJ. Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research* 2005; 40: 745–68.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg.). Gesundheitsberichte NRW Spezial. Innovative Modelle der Gesundheitsversorgung: Brustkrebs – Früherkennung und Behandlung. Bielefeld: lögd 2006.
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P. Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 410–17.
- Newman K, Maylor U, Chansarkar B. The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14(2): 57–68.
- Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Rehm K, Bouillon B, Pfaff H. Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. *Unfallchirurg* 2006; 109: 628–39.
- Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Lefering, R, Pfaff H. Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling* 2008 [in press].
- Pfaff H. Der Kölner Patientenfragebogen: Theoretischer Rahmen, Konstrukte, Messinstrumente. In: Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003: 7–27.
- Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003.
- Pfaff H, Steffen P, Brinkmann A, Lütticke J, Nitzsche A. Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenhandbuch. Klinikum der Universität zu Köln. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinischen Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln (Forschungsbericht 3/2004).
- Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, Theriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 1998; 88: 454–7.
- Sainsbury R, Howard B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and pattern of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345: 1265–70.
- Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska Lasota M, Carli PM, Faivre J, Grosclaude P, Hédelin G, Matsuda T, Möller H, Möller T, Verdecchia A, Capocaccia R, Gatta G, Micheli A, Santaquilani M, Roazzi P, Lisi D and the EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 results and commentary. *Annals of Oncology* 2003; 14(5): v61–v118.
- Scheibler F, Janßen C, Pfaff H. Shared Decision-Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin* 2003a; 48(1): 11–24.
- Scheibler F, Freise DC, Eickstädt U, Schrappe M, Pfaff H. Der Patient als Kotherapeut? – Eine Typologie des Patientenverhaltens. In: Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003b: 63–89.
- Scheibler F. *Shared Decision-Making: Von der Compliance zu partnerschaftlichen Formen der Arzt-Patienten-Interaktion*. Bern: Huber 2004.
- Schmalenberg H. Zertifizierung von Brustzentren in Deutschland. *Onkologie* 2005; 11: 298–308.
- Siebeneck S, Dörming H, Lorenz C. Parallelisierte Personal- und Patientenbefragung. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg.). *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2001: 325–35.
- Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Spoto, R. Breast Cancer: Do Specialists Make a Difference? *Annals of Surgical Oncology* 2003, 10(6): 606–15.
- Steffen P. Patientenzufriedenheit als Zielgröße des strategischen Krankenhausmanagement. In: Pfaff H, Lütticke J, Badura B, Piekarski C, Richter P (Hrsg.). „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern, Huber 2004: 109–23.
- Steffen P, Nitzsche A, Scheibler F, Pfaff H. Die Patientinnenbefragung im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der Brustzentren. *Senologie* 2008; 5:75–7.
- Waljee J, Hawley S, Aldermann A, Morrow M, Katz S. Patient Satisfaction With Treatment Of Breast Cancer: Does Surgeon Specialization Matter? *Journal of Clinical Oncology* 2007, 25: 3694–8.

9 Die Bildung von Versorgungszentren und Leistungsnetzen im Praxistest am Beispiel der Rhön-Klinikum AG

Wolfgang Pföhler

Abstract

Die Bildung medizinischer Leistungsnetze und Kompetenzzentren kann maßgeblich zur Sicherstellung einer hochwertigen, wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die Rhön-Klinikum AG setzt hierfür auf die standortübergreifende Arbeitsteilung und Kooperation zwischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung einerseits und Einrichtungen der Schwerpunktversorgung und universitären Maximalversorgung andererseits. Dabei ermöglicht insbesondere die informationstechnische und telemedizinische Verknüpfung der beteiligten Einrichtungen und die Nutzung einer webbasierten elektronischen Patientenakte eine reibungslose Kommunikation und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern. Mit diesem innovativen, vielversprechenden Ansatz trägt das Unternehmen Spitzenexpertise wohnortnah in die Fläche, fördert den Wissenstransfer und setzt eine sich selbstverstärkende Leistungs- und Innovationsspirale zum Wohle der Bevölkerung und Patienten in Gang.

The creation of medical service networks and competence centres can significantly improve the provision of high-quality, close-to-home health care. Therefore Rhön-Klinikum AG focuses on division of labour and cooperation between primary care hospitals on the one hand and central and maximum care provided by university hospitals on the other. Using information technology and telemedicine as well as web-based electronic patient records ensures seamless communication and better teamwork between health care providers. With this innovative, promising concept, Rhön-Klinikum AG offers a general coverage of highly specialised healthcare delivery, promotes knowledge transfer and sets in motion a self-perpetuating performance and innovation spiral for the welfare of population and patients.

9.1 Der Ansatz der Rhön-Klinikum AG als privatem Gesundheitsdienstleister

Mit derzeit etwa 33 000 Mitarbeitern an 47 Konzernkliniken in neun Bundesländern unterstützt die Rhön-Klinikum AG seit mehr als dreißig Jahren den Staat bei der Erfüllung der öffentlichen Aufgabe der Krankenhausversorgung. Unterneh-

mensziel und Anspruch des privaten, börsennotierten Klinikbetreibers ist die Sicherung einer modernen, qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und für jedermann bezahlbaren medizinischen Versorgung in der Fläche. Die Vision des Unternehmens besteht darin, allen Menschen egal ob gesetzlich oder privat versichert, den Zugang zur Schwerpunktversorgung und zur universitären Hochleistungsmedizin über die gesamte medizinische Fächerpalette zu verschaffen.

Für den Klinikbetreiber ist der kontinuierliche Transfer von Wissen aus der medizinischen Forschung in die Krankenversorgung wichtig: Nur so kann er seinem Anspruch, qualitativ hochwertige Medizin durch Innovationen zu verwirklichen, gerecht werden. In diesem Zusammenhang kommt Universitätskliniken die Systemführerschaft in der Krankenversorgung zu; sie sind die Innovationsmotoren der Medizin und steuern auf Forschungserkenntnissen basierend breitentaugliche und bezahlbare Gesundheitsdienstleistungen in die Praxis ein. Deshalb hat der Konzern 1994 die Entscheidung getroffen, das Herzzentrum Leipzig – es hat den Status einer privaten Universitätsklinik – in seinen Klinikverbund zu integrieren und in der Herzchirurgie und Kardiologie neue Impulse zu setzen. Mit der Integration des Universitätsklinikums Gießen/Marburg hat der Klinikbetreiber 2006 sein medizinisches Leistungsnetz von der ambulanten und stationären Grundversorgung bis zur Hochleistungsmedizin der universitären Maximalversorgung geschlossen. Gleichzeitig sieht die Rhön-Klinikum AG in der stärkeren Spezialisierung und klinikübergreifenden Arbeitsteilung einen Schlüssel zu einer hochwertigen und für jedermann bezahlbaren Medizin von morgen. Nur so lassen sich Qualitätsverbesserungen und Effizienzsteigerungen zum Wohle der Patienten und Beitragszahler realisieren.

Aufgrund der wachsenden Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien setzt das Unternehmen dabei auf die telemedizinische Vernetzung wohnortnaher Kliniken der Grund- und Regelversorgung mit Einrichtungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung und dem Aufbau eines virtuellen Kliniknetzwerks. Auf diese Weise lässt sich der wohnortnahe Zugang zur Spitzenmedizin zum Beispiel in ländlichen oder strukturschwächeren Regionen sicherstellen, wo sich in unmittelbarer Nähe keine Maximal- und/oder Schwerpunktversorger befinden. Daraus ergibt sich die Chance, hochwertige Medizin zu den Menschen zu bringen und nicht umgekehrt.

Folgende konkrete Initiativen werden umgesetzt:

- Basis für eine reibungslose Zusammenarbeit von Kliniken bildet der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. Da Kliniken oft mit modernen IT-Systemen ausgestattet sind, die als Insellösungen arbeiten, wird die Vernetzung zu einer Herausforderung. Insbesondere geht es darum, die unterschiedlichen klinischen Informationssysteme und digitalen Bildarchive zu verknüpfen und Benutzerstandards für einen sicheren Datenaustausch festzulegen. So werden Medienbrüche, Informationsverluste und Wartezeiten vermieden und eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Patientenversorgung ermöglicht (siehe Abschnitt 9.2).
- Ein Ansatz ist die interne Vernetzung im Klinikverbund. Ziel ist es, verschiedenen Einrichtungen – gerade bei komplexen Fällen – den Zugang zu den konzern-eigenen Universitätskliniken, z. B. zum Universitätsklinikum Gießen/Marburg, zu ermöglichen. Ziel ist es, die Konzerneinrichtungen miteinander zu vernetzen und fachgebietsbezogene Kompetenzzentren – zum Beispiel für onkologische Behandlungen – zu etablieren (siehe Abschnitt 9.3).

- Ein weiterer Ansatz ist die Bildung regionaler Versorgungsnetze mit externen und internen Partnern. Einzelne Konzernkliniken der Grund- und Regelversorgung kooperieren z. B. mit externen Schwerpunkt- und Maximalversorgern in der Region (siehe Abschnitt 9.4).

9.2 Die Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologien für die standortübergreifende Zusammenarbeit von Krankenhäusern

Erst der Einsatz prozessorientierter, stabiler und letztlich sicherer Kommunikationstechnologie ermöglicht es, die medizinischen Kompetenzpotenziale der Rhön-Klinikum AG zu erschließen und für alle Häuser zugänglich zu machen. Eingebettet in eine transparent strukturierte Netzinfrastruktur steht den Kliniken eine leistungsstarke Allianzplattform zur Verfügung, welche es den einzelnen Kliniken möglich macht, sich fallbezogen auf unterschiedlichsten Kooperationsstufen in den medizinischen Verbund einzubringen oder mit Hilfe der medizinischen Kompetenz des Verbundsystems qualitative Versorgungsvorteile für Patienten zu realisieren.

Solche IT-Strukturen sind nicht nur intern von Vorteil, vielmehr ermöglichen sie aufgrund ihrer technischen Standards und ausgereiften Funktionalitäten auch die Zusammenarbeit mit externen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Gerade solch komplexe Strukturen, wie wir sie in der Organisation und Arbeitsweise hoch spezialisierter Krebszentren vorfinden, verlangen beispielsweise die Einbindung externer Häuser und niedergelassener Ärzte. Durch die dabei generierten Lerneffekte und die sich in der Folge ergebenden Qualitätsverbesserungen profitieren alle beteiligten Mediziner und vor allem der Patient.

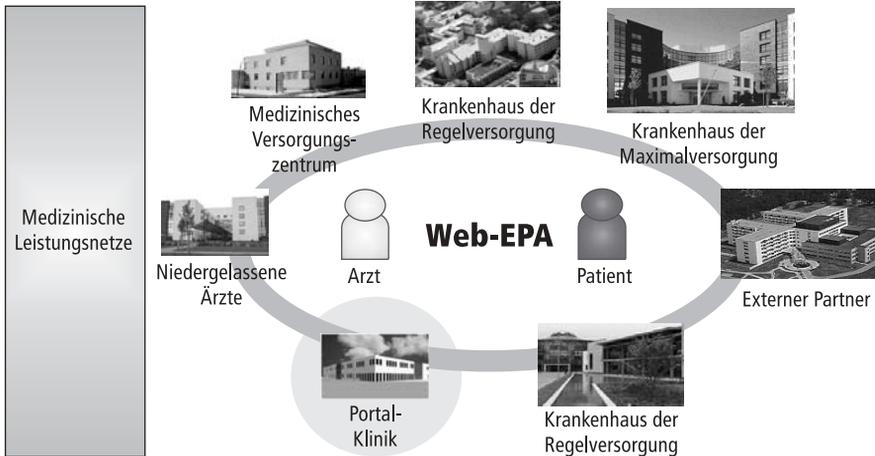
Basierend auf unterschiedlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der gematik steht der Rhön-Klinikum AG bereits heute eine zentrale elektronische Plattform zur Verfügung, welche in den nächsten Jahren weiter ausgebaut und damit an den Anforderungen der Zukunft ausgerichtet sein wird. Der Fokus liegt dabei auf kooperativen Versorgungsformen. Das bedeutet, dass sich neben der Funktionalität der Allianzplattform auch sog. Primärsysteme wie klinische Informationssysteme in Krankenhäusern oder Patientenverwaltungssoftware für Arztpraxen in ihrer Funktionalität und in ihren Schnittstellen weiter entwickeln müssen. Was die Primärsysteme für die Kliniken betrifft, hat der Konzern diesen Prozess bereits eingeleitet.

Der IT-Bauplan für die Einrichtungen der Gruppe lässt sich in vier Dienste aufteilen. Dabei schließt der Begriff der Dienste auch Werkzeuge und Software-Module mit ein:

1. die Dienste zum Aufbau und Betrieb der Infrastruktur und Systemplattform (inkl. Datenbanken),
2. Dienste zum Betrieb kaufmännischer Software-Module,
3. Dienste zum Betrieb klinischer Softwaremodule (inkl. Allianzplattformen wie Teleradiologie und Web-EPA (Elektronische Patientenakte)) und
4. die Dienste für den Data Warehouse-Betrieb.

Abbildung 9–1

Gelebtes Wissensmanagement dank Web-EPA



Quelle: Rhön-Klinikum AG

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Wenn man heute in medizinischen Expertenrunden über das Thema Telemedizin diskutiert, stehen häufig Allianzplattformen im Vordergrund. Bevor man Telemedizinplattformen betreiben kann, müssen komplexe lokale Voraussetzungen geschaffen werden. Die Bedeutung der IT für die standortübergreifende Zusammenarbeit im Konzern lässt sich anhand der Darstellung des IT-Bebauungsplanes und des Betreiberkonzeptes veranschaulichen. So kann man die Telemedizin als integrierten Bestandteil mit vielen Abhängigkeiten und Verzahnungen beurteilen.

Da die Web-EPA der Rhön-Klinikum AG eine beträchtliche Bedeutung hat, wird sie zum Anlass genommen, die Kausalketten des IT-Konzeptes für diese Anwendung zu demonstrieren.

Telemedizin und damit auch die Web-EPA finden ihren Ursprung hauptsächlich in der Notwendigkeit, standortübergreifend Leistungsallianzen zum Wohle des Patienten zu bilden. Dabei werden strukturierte Kommunikationswege vom Hausarzt bis hin zu Fachärzten und Expertenzentren aufgebaut (Abbildung 9–1).

Jeder am Behandlungsprozess beteiligte Arzt hat damit, sofern der Patient dem zugestimmt hat, zu jedem Zeitpunkt eine fallbezogene Sicht auf die bisherige Krankengeschichte des Patienten. Aufgrund der umfassenden Datenlage wird die Befundungs- und Behandlungsqualität verbessert. Der Patient wird z. B. von Mehrfachuntersuchungen verschont. Somit profitieren sowohl die Patienten als auch die Mediziner von den telemedizinischen Möglichkeiten.

Parallel zum Behandlungsprozess eines Patienten vom Hausarzt bis zur Klinik oder zu anderen medizinischen Einrichtungen stellt die Web-EPA Datenpräsentationsmöglichkeiten zur Verfügung. So kann die Web-EPA zum Beispiel flexibel Daten anderer Systeme übernehmen. Autorisierte Ärzte haben nach Maßgabe ihrer Rechte Zugriff auf alle relevanten Falldaten. Die Zugriffsautorisierung erfolgt dabei allein durch den Patienten. Die Web-EPA ist somit ein unterstützendes Bindeglied

zwischen den medizinischen Einrichtungen. Die Vollständigkeit der relevanten Daten, die Art der Datenhaltung und Verfügbarkeit im Umfeld einer geschützten Netz-Technologie machen den Patienten zum Herrn seiner Daten.

Diese standortunabhängige digitale Fall-Krankenakte bietet als geschützte Anwendung im Netzverbund eine ideale Plattform für Konsilnetze unterschiedlicher Ausprägungen. So können Befunde, Bilder oder sonstige Daten sicher und nach Herkunft und Patientenzugehörigkeit strukturiert präsentiert werden. Ein breites Spektrum an Funktionalitäten ermöglicht es ferner, über hierarchische Rechtssysteme und Konsilstrukturen offene oder eingeschränkte Konsildialoge wie z. B. Gruppenkonsile zu realisieren, die besonders im Bereich der Tumorkonferenzen eine große Rolle spielen.

Die Web-EPA hat sich in Pilotinstallationen innerhalb des Konzerns bewährt und dient den medizinischen Leistungsallianzen als Kernressource der standortübergreifenden Befundsicht. Dies ist möglich, da der IT-Bebauungsplan der Rhön-Klinikum AG die Rahmenbedingungen für die Web-EPA sicherstellt.

Die im Rahmen der Allianzvorhaben definierten Informations- und Befundtypen werden mithilfe komplexer Strukturen von dem lokalen System im Rahmen des Referenzierungskonzeptes für die Allianzpartner technisch verfügbar gemacht. Im Unternehmen gibt es gute lokale Voraussetzungen für eine hohe Qualität der Web-EPA. So kann sie die konzernweite Zusammenarbeit optimieren und eine noch bessere Versorgung gewährleisten.

9.3 Die Bildung von Kompetenzzentren und Netzwerken am Beispiel onkologischer Behandlungen

Grundidee

In der Bundesrepublik Deutschland war die Krebstherapie bei beinahe flächendeckender Bildung von Tumorzentren lange Zeit durch Dezentralität gekennzeichnet: So war es keine Seltenheit, dass in einem Klinikum an mehreren Stellen medikamentöse Tumortherapien verabreicht wurden, ohne dass die Ärzte miteinander interdisziplinär Rücksprache hielten. Die Deutsche Krebshilfe erkannte dieses Problem und lobte die Förderung von zehn onkologischen Spitzenzentren in Deutschland aus. Als Ausdruck der Schwerpunktbildung in der Onkologie und der hohen Expertise wurde 2001 am Universitätsklinikum Marburg das multidisziplinäre Marburger Interdisziplinäre Tumorzentrum (MIT) gegründet, welches 2005 in ein deutschlandweit anerkanntes onkologisches Kompetenzzentrum – Comprehensive Cancer Center (CCC) – umgeformt wurde. Mittlerweile hat sich das CCC zum Herzstück eines fein abgestimmten Versorgungsnetzwerks entwickelt: Gerade Frauen mit gynäkologischen und senologischen Krebserkrankungen wird hier eine qualitativ hochwertige Versorgung geboten. Das CCC Marburg operiert und behandelt über 400 Neuerkrankungen pro Jahr. Zudem fungiert es als Referenzzentrum für weitere 800 Neuerkrankungen aus ganz Mittelhessen, die in anderen Kliniken operiert werden.

Struktur und Bereiche des CCC Marburg

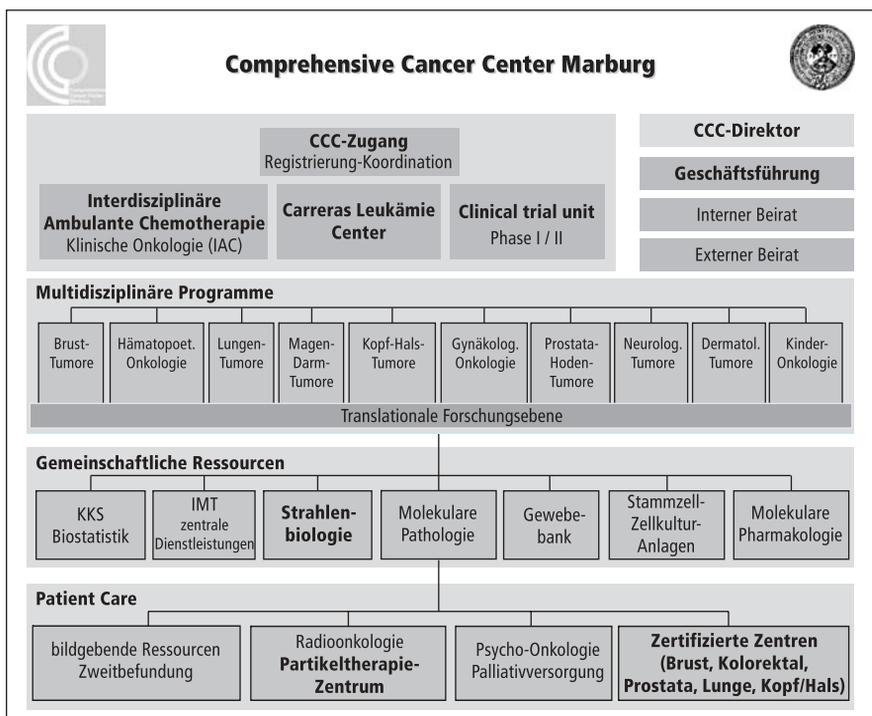
Zur bestmöglichen Therapie von Tumorpatienten ist die Kommunikation unter den Ärzten eine wesentliche Bedingung. Das Herzstück des Tumorzentrums sind die mehrmals wöchentlich stattfindenden multidisziplinären Tumorkonferenzen, die alle Tumorentitäten abdecken. So findet 2x wöchentlich die größte viscerale Tumorkonferenz statt, und je einmal wöchentlich die anderen Konferenzen, jeweils unter Einschluss der Spezialisten aus der Pathologie, der Strahlentherapie, Radiologie und internistischen Onkologie. Regelmäßig kommen Anfragen aus den Verbundkliniken zur Diagnostik und Therapie von Tumorpatienten nach Marburg, um sich eine kompetente Zweitmeinung einzuholen.

Für die Therapie von Tumorpatienten steht die Interdisziplinäre Ambulante Chemotherapie zur Verfügung. Gemeinschaftlich mit der Klinik für Hämatologie und Onkologie und den anderen an der Behandlung von Tumorpatienten beteiligten Kliniken werden hier die medikamentösen Tumorthapien von spezialisierten Onkologen durchgeführt. Insbesondere die Hämato-Onkologie, Gynäkologie, Urologie, Gastroenterologie und Strahlentherapie arbeiten hier eng zusammen. Unter dem Dach des CCC wurde das Brustzentrum-Regio gegründet und 2003 von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Senologie und dem TÜV zertifiziert. Mittlerweile haben auch die Geschäftsführung des CCC, die Inter-

9

Abbildung 9-2

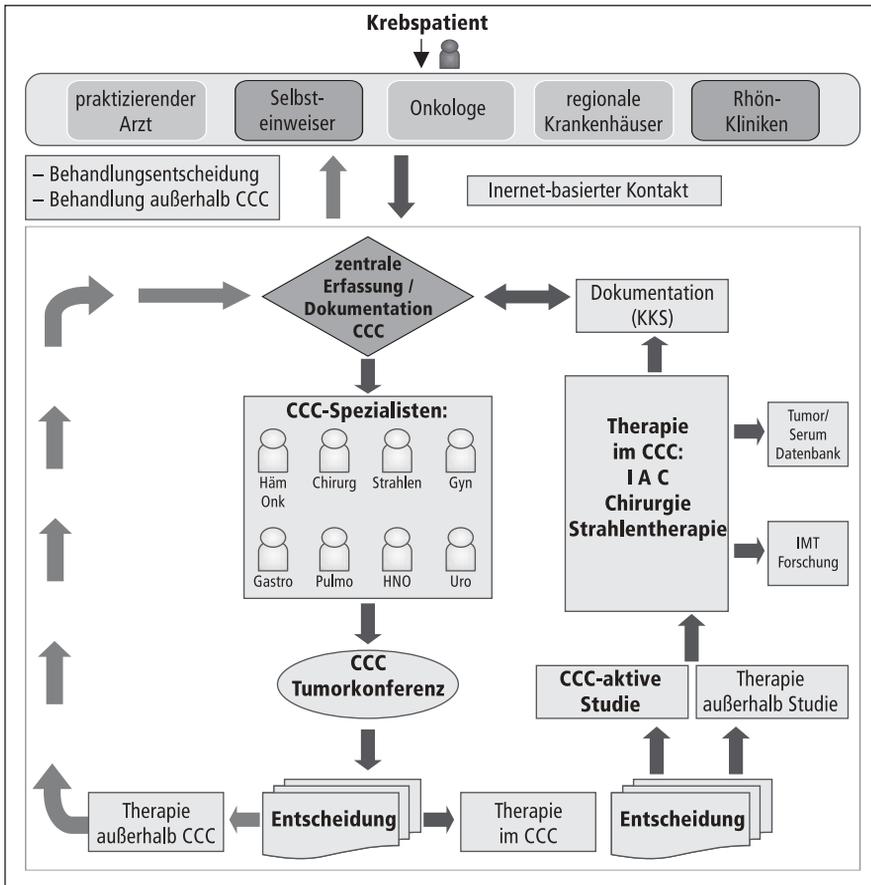
Struktur des Comprehensive Cancer Center Marburg



disziplinäre Ambulante Chemotherapie und das Darmzentrum ein zertifiziertes Qualitätsmanagement aufgebaut. Dieses Jahr wird das Prostatakarzinom-Zentrum zertifiziert, das Lungen- und Kopf/Hals-Zentrum werden folgen. Alle organspezifischen Zentren unterstehen dem gemeinsamen Qualitätsmanagement des CCC (Abbildung 9–2).

Das CCC wird eng mit dem voraussichtlich im Jahre 2010 in Betrieb genommenen Partikeltherapie-Zentrum zusammenarbeiten. Die Rhön-Klinikum AG erwartet, dass jährlich etwa 2.000 Patienten behandelt werden können. Damit wird am CCC Marburg eine der größten Anlagen für die Behandlung von Tumorpatienten mit Schwerionen und Partikeltherapie in Deutschland angesiedelt sein. Die Einrichtung ist in die Forschung des CCC eingebettet, sodass es zu einer Vernetzung von Wissenschaft und Krankenversorgung kommt. Der Schwerpunkt bei der Entwicklung wird in der onkologischen Anwendung bei Prostata- und gynäkologischen Tu-

Abbildung 9–3
Zentrale Erfassung der Patienten



moren liegen. Um die Grundlagen- und translationale Forschung zu stärken, wird eigens eine W3-Professur für das Partikeltherapie-Zentrum eingerichtet.

In naher Zukunft wird das Unternehmen darüber hinaus den Zugang zum CCC und die Erfassung der Patientendaten vereinheitlichen. Der dann zentrale Zugang zum CCC, die zentrale Erfassung und der Weg der Patienten durch die einzelnen Abteilungen sind in Abbildung 9–3 dargestellt.

Neben der zentralen Patientenerfassung wird es zukünftig vor allem darum gehen, Behandlungs- und Diagnostikpfade transparent multidisziplinär zu diskutieren und festzulegen und die translationale Forschung durch den Aufbau einer zentralen Tumor- und Serumbank zu stärken, da immer mehr Erkrankungen molekular definiert und diese Marker in der Nachsorge diagnostisch verwendet werden.

Darüber hinaus etabliert die Rhön-Klinikum AG zusätzliche Tumorkonferenzen und baut zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte gegenwärtig ein umfassendes Videokonferenzsystem zur Online-Besprechung mit externen Partnern auf. Im Zuge der konzernweiten Vernetzung der Kliniken durch die webbasierte elektronische Patientenakte wird somit eine rasche Umsetzung der elektronischen Anmeldung zu den Tumorkolloquien angestrebt. Dieses Programm könnte als Modell für andere Fachgebiete dienen.

9

Verknüpfung von Konzernkliniken mit dem CCC Marburg zu einem onkologischen Leistungsnetz

Ziel ist es, die Leistungen des Comprehensive Cancer Center nicht nur in Mittelhessen, sondern überregional bzw. konzernweit zugänglich zu machen. Hierdurch ergeben sich zwischen Forschung und Krankenversorgung wichtige Lerneffekte und infolge dessen weitere Qualitätsverbesserungen. Deshalb wird zurzeit im Rahmen eines Pilotprojektes eine Netzwerkstruktur zur konzernweiten Verknüpfung der gynäko-onkologischen Bereiche innerhalb der Gruppe aufgebaut.

Abbildung 9–4

Aufbau des Kompetenzzentrums mit Zugangsportalen

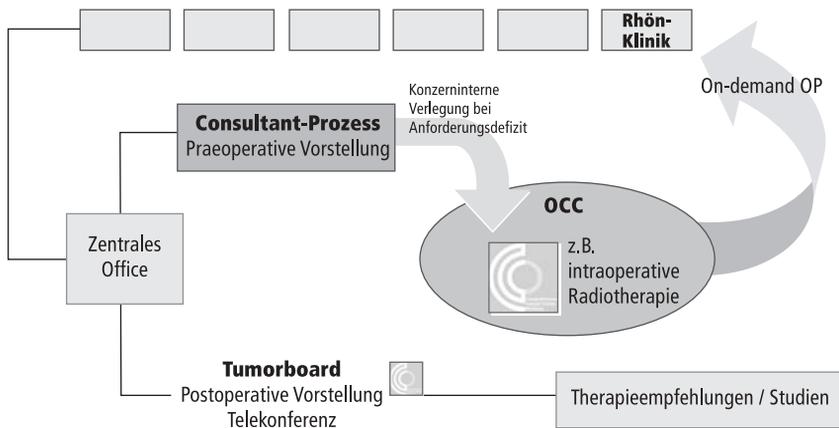


Abbildung 9–5

Pilot-Netzwerk der Verbundkliniken und des CCC

Das CCC bildet dabei die Plattform, die den Zugang zu prä- und postoperativen onkologischen Konferenzen ermöglicht. Innerhalb der Tumorkonferenzen werden von der klinischen Expertise des Comprehensive Cancer Centers aus prätherapeutische oder präoperative Hinweise und postoperative Therapieempfehlungen zu weiteren Behandlungen abgegeben. Über eine zentrale, ausschließlich von den Verbundpartnern abrufbare Office-Struktur wird hier der Krankheitsverlauf von Patienten dokumentiert. Dabei besteht die Möglichkeit, im Dialog auf operative Expertise zurückzugreifen und im Zuge eines Consultant-Prozesses über fachbezogene Onko-Chirurgen zu verfügen, die von den einzelnen angeschlossenen Zentren abgerufen werden können. Dieser Vorgang und der Aufbau des Kompetenzzentrums werden in Abbildung 9–4 veranschaulicht.

Innerhalb der Konferenzen können hier Hinweise zur Optimierung der Behandlung abgegeben werden. Fälle, die eine komplexere Behandlung benötigen als die vor Ort vorhandenen Ressourcen zulassen, können durch Überweisungen in das CCC Marburg überführt werden.

Mittlerweile sind in der Pilotphase bereits neun Kliniken der Rhön-Klinikum AG aus ganz Deutschland an das Netz angeschlossen (Abbildung 9–5).

Seit mehreren Monaten finden wöchentliche Fallvorstellungen statt, die von den interdisziplinären Teams der gynäko-onkologischen Konferenzen und in Anwesenheit von Hämatonkologie, Radioonkologie, Radiodiagnostikern, Pathologen und insbesondere auch den Operateuren aus dem Bereich der Gynäko-Onkologie beraten werden.

Abbildung 9–6

Anwendung intraoperativer Strahlentherapie bei komplexer Rezidivchirurgie

Quelle: Rhön-Klinikum AG

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Durch die enge Vernetzung und die gute Zusammenarbeit der Einrichtungen konnte in kürzester Zeit die Expertise der Spezialisten aus dem Universitätsklinikum konzernweit verfügbar gemacht werden. Somit können die angeschlossenen Kliniken des Unternehmens jederzeit dezentral auf operative Kompetenz und fachliche Expertise zurückgreifen. Der Aufbau dieses nationalen Kompetenzzentrums kommt dabei auch den Leitbildern des CCC entgegen, dessen wichtigstes Ziel die Ausdehnung medizinischer Hochleistungsangebote auf die wohnortnahe Versorgung von Patienten in der Fläche ist.

Während gewöhnlich nur bis zu 50% der Patienten innerhalb einer Region der Zugang zu modernster Medizin und hoch spezialisierten Zentren möglich ist, erreicht das Kompetenzzentrum Gynäko-Onkologie einen wesentlich höheren Abdeckungsgrad: Das Zentrum erreicht eine nahezu vollständige Erfassung der innerhalb des Netzes betreuten Patienten.

Damit profitieren die Patienten in den angeschlossenen Kliniken von kompetenten Medizinern und hoch spezialisierter Medizintechnologie, die das CCC vorhält und den Partnerkliniken zur Verfügung stellt. Hierzu zählen z. B. Anwendungen der intraoperativen Strahlentherapie (vgl. Abbildung 9–6) im Bereich der Rezidiv-Behandlung gynäkologischer Tumore wie auch die künftig eingesetzte Schwerionen-Bestrahlung.

In Verbindung mit der zentralen Patienten-Aufnahme im CCC Marburg sorgt die Entscheidung über die zentrale Versorgung im Rahmen hoch spezialisierter medizinischer Leistungen für eine breite Verfügbarkeit von Hochtechnologie-Medizin und Kompetenz in den angeschlossenen Konzerneinrichtungen.

Für die Zukunft ist geplant, diese Netzwerkstrukturen auch in weiteren Bereichen der Onkologie für die Verbundkliniken und externen Kooperationspartner zur Verfügung zu stellen.

9.4 Beispiele für die konzerninterne und trägerübergreifende Vernetzung von Kliniken

Neben der Bildung hochschulmedizinischer Versorgungszentren wie am Standort Marburg und der Vernetzung mit anderen Konzerneinrichtungen setzt die Rhön-Klinikum AG auf die Zusammenarbeit mit externen Universitätskliniken einerseits und den Aufbau regionaler Zentren an Schwerpunktkliniken andererseits.

Der Strategie, sich über die Vernetzung mit externen Universitätskliniken zusätzliche Kompetenz ins Haus zu besorgen, folgen mehrere Einrichtungen des Konzerns: Das St.-Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen ist ein Klinikum der Grund- und Akutversorgung. Als solches verfügt es über eine leistungsfähige onkologische Chirurgie und eine Spezialklinik für Gastroenterologie und Hepatologie. Eine vollständige Fachabteilung Onkologie, die sich in allen Grenzfällen mit Fragen der geeigneten Chemotherapie oder strahlungsmedizinischen Behandlungsformen auseinandersetzen könnte, ließe sich schwerlich rechtfertigen. Um den Patienten dennoch eine qualifizierte und hochspezialisierte onkologische Versorgung anbieten zu können, kooperiert Bad Kissingen mit der Universitätsklinik Würzburg: In interdisziplinären Tumorboards setzen sich die Bad Kissinger Gastroenterologen und Viszeralchirurgen einmal wöchentlich mit einem leitenden Onkologen der Universitätsklinik Würzburg zusammen, um die Therapien für die anstehenden Fälle zu diskutieren und gemeinsam festzulegen. Durch die hochkarätige Zusammenarbeit ist es gelungen, im St.-Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen ein breites und wohnortnahes Angebot an hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen vorzuhalten. Das medizinische Know-how kommt zu den Patienten und nicht umgekehrt.

Ein weiteres Beispiel für die standortübergreifende Zusammenarbeit ist das Klinikum Hildesheim als Schwerpunktversorger und Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Hildesheim kooperiert intensiv mit konzerneigenen Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung aus Niedersachsen:

- mit dem Klinikum Gifhorn in der Plastischen Chirurgie und der Kardiologie
- mit dem Klinikum Herzberg in der Apotheke und bei der Aufbereitung von Zytostatika
- mit dem Klinikum Nienburg in der Labordiagnostik sowie
- mit dem Klinikum Salzgitter in der Gefäß- und Wirbelsäulenchirurgie mit dem Ziel der Etablierung eines gemeinsamen zertifizierten Gefäßzentrums.

Darüber hinaus bildet Hildesheim das Herzstück eines regionalen Weiterbildungsverbands für Fachärzte in den niedersächsischen Konzernkliniken. Die klinikübergreifende Zusammenarbeit erstreckt sich von der Diagnostik bis hin zur Durchführung von Operationen: So werden in gemeinsamen Telefonkonferenzen einzelne Fälle mit Hilfe von Bildmaterial telemedizinisch diagnostiziert und einzelne Operateure aus Hildesheim operieren in den angeschlossenen Kliniken. Auf diese Weise entwickelt sich Hildesheim immer mehr zu einem interdisziplinären medizinischen Hochleistungszentrum und sorgt für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung vom Steinhuder Meer bis an den Harz.

9.5 Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Mit dem Aufbau von Versorgungszentren und der Einbindung in Netzwerkstrukturen sind mehrere Vorteile verbunden:

1. Durch die Verbreiterung des Wissensaustauschs zwischen Forschung/Lehre und Krankenversorgung im Klinikverbund, die durch ausgefeilte telemedizinische Verknüpfung möglich ist, wird eine sich selbstverstärkende Leistungs- und Innovationsspirale in Gang gesetzt. Nicht nur die Kliniken selbst profitieren von dem Wissen der High-end Medizin. Umgekehrt beflügeln die Kliniken mit ihrer praktischen Erfahrung in der Krankenversorgung wiederum die Forschung und können etwa für klinische Studien das notwendige Datenmaterial beisteuern.
2. Das Konzept schafft neue Möglichkeiten des Leistungstransfers von Konzernkliniken untereinander. Dadurch sind zusätzliche Lerneffekte und Qualitätsverbesserungen erreichbar, die den Patienten zugute kommen.
3. Die Zugangsmöglichkeiten zu modernsten Diagnose- und Therapieverfahren in der Fläche und im Klinikverbund werden verbreitert. Das erhöht – gerade bei komplizierten oder dringlichen Fällen – die Qualität der Behandlung. Es eröffnet den Ärzten zudem attraktive Möglichkeiten des Austauschs und die Möglichkeit, Zweitmeinungen einzuholen. Der direkte Zugang zu den Kollegen in Schwerpunkt- oder Universitätskliniken bedeutet für das Krankenhaus einen Wettbewerbsvorteil gegenüber allein agierenden Kliniken vor Ort, die keinen Zugang zur Hochleistungsmedizin besitzen.

Teil II

Zur Diskussion

(Kapitel 10–13)

This page intentionally left blank

10 Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern in Zeiten der G-DRGs

Markus Lungen, Christina Hochhuth und Christian Ernst

Abstract

Die Einführung von DRGs haben den Krankenhäusern wesentlich neue Möglichkeiten eröffnet, Managementinstrumente zur internen Steuerung (Controlling) einzusetzen. Dazu zählen insbesondere Interne Budgetierung, Balanced Scorecards, Pathways, Benchmarking und Portfolioanalysen (Kostenträgerrechnung). Der Beitrag soll klären, welche der Instrumente sich bisher zur Steigerung der Effizienz oder Erreichung anderer Ziele bewährt haben. Dazu wird systematisch die deutschsprachige und die englischsprachige Literatur ausgewertet.

Im Ausblick wird untersucht, ob Krankenhäuser spezielle Steuerungsinstrumente benötigen, die bisher noch nicht entwickelt wurden, oder ob sich die internen Abläufe der Krankenhäuser so weitgehend wandeln, dass auch die Instrumente fortlaufend angepasst werden müssen.

The DRG introduction has significantly opened up new opportunities for hospitals to apply management tools for internal controlling. These include internal budgeting, balanced scorecards, pathways, benchmarking and portfolio analyses (cost unit accounting). By means of a systematic evaluation of German and English technical literature, the article shows which instruments have so far proven appropriate in order to increase efficiency or reach other goals.

To conclude, the article examines whether hospitals need special management tools which have not yet been developed or whether the internal workings of hospitals are so much in transformation that the instruments themselves need to be adapted constantly.

10

10.1 Hintergrund

Seit Einführung der G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) in den Jahren 2003/2004 wird in der Literatur die überragende Bedeutung effektiver betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente für ein erfolgreiches Krankenhausmanagement betont. Wichtige Felder des operativen Krankenhausmanagements sind die DRG-bezogene Kosten- und Erlöskontrolle (einschließlich Kodierqualität; siehe hierzu beispielsweise Lungen und Lauterbach 2000) sowie die darauf basierende strategische Ausrichtung (Schwerpunktbildung, Spezialisierung, ggf. Rückzug aus Leistungsbereichen). Von mindestens ebenso großer Bedeutung ist jedoch die Frage, wie diese strategischen Entscheidungen krankenhausesintern umgesetzt werden können, wobei oft von Passivität, Desinteresse oder sogar Widerstand der zahlreichen

am Unternehmen Krankenhaus beteiligten Interessengruppen ausgegangen werden muss (Heslin et al. 2008).

Die (Krankenhaus-) Betriebswirtschaftslehre stellt den Entscheidungsträgern im Krankenhaus zur Unterstützung, Umsetzung und letztlich Erreichung der Zielsetzungen ein umfangreiches Arsenal an Planungs- und Steuerungsinstrumenten zur Verfügung. Für die **operativen Fragestellungen** wird in der aktuellen Literatur die überragende Bedeutung einer Kosten- und Leistungsrechnung, insbesondere einer DRG- oder fallbezogenen Kostenträgerrechnung, betont (Düsch et al. 2002). In den zunehmend erfolgskritischen Bereichen Prozessqualität, Clinical Pathways (Behandlungspfaden), Prozesssteuerung und -optimierung drängt sich die Prozesskostenrechnung als mögliches Instrument geradezu auf. **Strategische Entscheidungen über Zentrenbildung und Spezialisierung** können beispielsweise mit Hilfe der SWOT-Analyse oder der Portfolioanalyse getroffen werden, während mit der Balanced Scorecard (BSC) klassischerweise die verfolgte Strategie den Mitarbeitern transparent gemacht und in konkrete Handlungsempfehlungen übersetzt wird.

Diese Instrumente erfordern bei ihrer Einführung allerdings erhebliche Investitionen und sind teilweise in der Betriebswirtschaftslehre nicht unumstritten. Gerade für Krankenhäuser in kritischer finanzieller Situation kann die aufwändige Einführung eines falschen bzw. ungeeigneten Managementinstruments daher zu katastrophalen Konsequenzen führen, die den ursprünglichen Zweck der Erfolgspotenzialerhaltung auf den Kopf stellen.

10

10.2 Zielsetzung und Methode

Vor diesem Hintergrund geht der vorliegende Beitrag der Fragestellung nach, welche operativen und strategischen betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente für Krankenhäuser seit Einführung der G-DRGs zentrales Thema von entsprechenden Literaturbeiträgen sind. Ferner sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob aufgrund der aktuellen Literaturlage zumindest für einige dieser Instrumente bereits Aussagen über die Effektivität oder gar Effizienz von deren Einsatz (Erträge übersteigen Investitions- und laufende Betriebskosten) möglich sind.

Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden zum einen die Literaturdatenbanken Pub Med, Cochrane und MedPilot zum Zeitpunkt Mai 2008 nach den entsprechenden Stichwörtern durchsucht. Die Treffer wurden jeweils in der Zusammenfassung eingesehen. Bei Eignung (sog. verwertbare Treffer) wurde jeweils der Volltext eingesehen und im jeweiligen Kapitel weiter unten dargestellt. Zweitens erfolgte eine – überwiegend manuelle – Auswertung der Zeitschriften Das Krankenhaus, Krankenhaus-Umschau, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis sowie Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung für den Zeitraum 2004 bis 2008. In beide Recherchen wurden ausschließlich Arbeiten mit empirischem Inhalt einbezogen. Auf die Darstellung rein theoretischer Beiträge wurde verzichtet, allerdings wird in der Diskussion gelegentlich auf sie verwiesen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Literatur bezüglich der untersuchten Instrumente dargestellt und die aus der Literatur ableitbare Evidenz für ihren Einsatz erörtert.

10.3 Instrumente der wirtschaftlichen Steuerung im stationären Bereich

10.3.1 Kostenträgerrechnung

Die Kostenträgerrechnung (KTR) wird als Steuerungsinstrument primär zur Wirtschaftlichkeitskontrolle und zur Ausgestaltung eines effektiven Leistungsprogramms eingesetzt (Düsch et al. 2002; Keun und Prott 2001). Zu Beginn der DRG-Einführung war die Kostenträgerrechnung in deutschen Krankenhäusern nahezu nicht existent (Conrad und Monka 2003). Dies führte u. a. zu den bekannten Kompressionseffekten bei der Berechnung der Bewertungsrelation (Rochell und Roeder 2003).

Die Auswertung der Literatur ergab, dass die Kostenträgerrechnung in der Praxis deutscher Krankenhäuser derzeit vorwiegend in Anlehnung an die Kalkulationssystematik des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) im Kontext einer traditionellen Kosten- und Leistungsrechnung aufgebaut wird. Sie wird vor allem für Soll-Ist-Vergleiche, Kostenstellenplanungen und Nachkalkulationen verwendet (Düsch et al. 2002). Eine Effizienzstudie bzgl. der Verwendung einer Kostenträgerrechnung konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Die Erfahrungsberichte (etwa Neu et al. 2003; Henneke et al. 2004; Roth et al. 2007) betonen in erster Linie die Notwendigkeit einer Kostenträgerrechnung, um etwa strategische Entscheidungen bzgl. der Behandlungsschwerpunkte zu treffen.

Die Kalkulationssystematik des InEK ist jedoch an Datenerfordernissen für die Ermittlung der Relativgewichte der G-DRGs ausgerichtet. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Kalkulation (entscheidungs-)relevanter Kosten auf Basis einer Kostenträgerrechnung auf Ist-Kosten-Basis nicht zu den Zielen des Systems gehört. Die Methode der Kostenträgerrechnung umfasst im Fall der stationären Versorgung insbesondere die Kostenverrechnung auf den Leistungsträger „homogene Fallgruppe“ (DRG) oder den Einzelfall. Entscheidungen auf Basis von Stückerfolgen, hier gegeben durch „DRG-Erlös – DRG-Vollkosten je Fall“ können aufgrund der enthaltenen Fixkosten bekanntlich zu schwerwiegenden Fehlentscheidungen führen (Ewert und Wagenhofer 2005). Als Ursache hierfür sind Fixkostenverrechnungen zu benennen, die nicht verursachungsgerecht vorgenommen werden können, wie bspw. die Verrechnung auf Basis von Durchschnittswerten bzw. nach Gesichtspunkten der Tragfähigkeit. Darüber hinaus birgt die Verwendung einer Vollkostenrechnung die Gefahr, Leistungen mit einem positiven Deckungsbeitrag aufgrund eines negativen Ergebnisses in der Vollkostenbetrachtung als unwirtschaftlich zu bewerten. Wird eine Leistung daraufhin gestrichen, würde das in Bezug auf die Deckung der Bereitschaftskosten zu fatalen Folgen führen (Ewert und Wagenhofer 2005). Aufgrund des hohen Fixkostenanteils im Krankenhaus tritt dieses Problem dort besonders virulent auf. Ähnlich betriebswirtschaftlich fragwür-

dig sind auf Basis solcher Kostengrößen durchgeführte Abweichungsanalysen bzw. Soll-Ist-Vergleiche, da die Kalkulation der Entgelte unter Verwendung von durchschnittlichen Ist-Werten von zurückliegenden Betrachtungszeiträumen in Bezug auf die wirtschaftliche Beurteilung der aktuellen Leistungserbringung der einzelnen Häuser nur beschränkt aussagekräftig ist (Düsch et al. 2002). Anders stellt sich diese Situation allerdings dar, wenn Abweichungen intelligent interpretiert werden. Beispiele sind etwa Vergleiche auf der Basis von einzelnen hausindividuellen Kostenarten und Kostenstellen mit den entsprechenden InEK-Werten. Bei dieser Vorgehensweise müssen allerdings Häusercharakteristika (z. B. Art der Versorgungsstufe, eigene Kapazitätsauslastung) zwingend in die Interpretation einbezogen bzw. die Daten entsprechend bereinigt werden, was mit nicht unerheblichem Aufwand verbunden ist.

Die betriebswirtschaftliche Standardempfehlung lautet in diesem Zusammenhang, neben der Vollkostenrechnung eine entscheidungsorientierte Teilkostenrechnung einzuführen, die dem Kostenträger DRG nur die variablen Kosten zuordnet (Hentze und Kehres 1999). In der Industriepraxis tritt diese meist als Grenzplankostenrechnung auf und wird unter Berücksichtigung der Erlösseite als Deckungsbeitragsrechnung ausgestaltet. Im Krankenhaus ist dieser Weg jedoch problembehaftet, denn der Anteil der variablen Kosten, die einer DRG verursachungsgerecht zurechenbar sind, ist äußerst gering. Dies führt dazu, dass entsprechende DRG-Deckungsbeiträge ausnahmslos positiv sind, denn die Erlöse werden als Durchschnittskosten auf Vollkostenbasis ermittelt. Da Materialkosten für teure Materialien wie Implantate zudem variable Kosten sind, würden in einer Teilkostenrechnung sachkostenintensive DRGs (beispielsweise Endoprothetik) gegenüber personalkostenintensiven DRGs fälschlich als unvorteilhafter beurteilt. Fraglich ist zudem, ob die in der freien Wirtschaft auf Basis einer Teilkostenrechnung typischerweise getroffenen kurzfristig orientierten Entscheidungen im Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht möglich bzw. aus gesellschaftlicher Sicht überhaupt erwünscht sind. Beispielsweise könnte die Ablehnung bzw. Verlegung eines Falles „DRG-Erlös – variable Kosten < 0“ als Risikoselektion interpretiert werden. Zudem ist auf den erheblichen Ressourceneinsatz hinzuweisen, den der Aufbau einer parallel durchgeführten Teilkostenrechnung erfordert (Schweitzer und Küpper 2003).

Neben der Kostenträgerrechnung ist die interne Budgetierung auf Kostenstellenebene als Instrument zur wirtschaftlichen Steuerung des Leistungsgeschehens weit verbreitet. Beiträge zu diesem Thema beschäftigen sich überwiegend mit der Systematik der erlösorientierten Ergebnisrechnung. Eine Aussage über die Effizienz der Erlösverrechnung wurde in diesem Zusammenhang nicht gefunden (Focke et al. 2006, Weißflog et al. 2006). Inwieweit eine Ergebnisbetrachtung auf der Ebene von aufgabenteilig strukturierten Organisationseinheiten zur dezentralen wirtschaftlichen Steuerung unter Verwendung der InEK-Kalkulationssystematik geeignet ist, ist bezüglich der beiden Zielsetzungen der leistungsgerechten Verteilung und der Eignung der InEK-Daten für eine anreizkompatible Steuerung der Einheiten mehrfach kritisch hinterfragt worden. Aussagen zur Verteilung der Erlöse auf Basis der DRG-Kalkulationsdaten stellen in diesem Zusammenhang die Verwertbarkeit der InEK-Daten zur internen Steuerung infrage, räumen andererseits allerdings eine Versachlichung des Budgetierungsprozesses ein (Thiex-Kreye et al. 2004).

Für strategische Entscheidungen wie z. B. die wirtschaftliche Ausgestaltung des Leistungsprogramms ist die traditionelle, kurzfristig orientierte Kosten-Leistungsrechnung (KLR) nur wenig geeignet bzw. entsprechend aufwändig umzugestalten (beispielhaft Fleßa et al. 2006). Vielmehr sollten für diese Fragen der Investition bzw. Desinvestition Verfahren der Investitionsrechnung auf Basis diskontierter Zahlungsgrößen (Discounted Cash Flow; etwa Schmidt und Terberger 1997, Kapitel 4.2), Capital Asset Pricing Model (CAPM; etwa Copeland et al. 2005, Kapitel 6) oder auch Ansätze des Strategic Management Accounting, deren Zielsetzung u. a. die Approximation langfristig relevanter Kosten und Erlöse darstellt, zum Einsatz kommen (strategische Kalkulation). Beiträge zur strategischen Kostenrechnung wie dem Target Costing („Wie muss das Krankenhaus Leistungserbringung bzw. Prozesse gestalten, um spezifische DRGs so zu erbringen, dass die Erlöse die Kosten decken?“) lassen sich nur vereinzelt finden (Naegler 2005), was mit Datenverfügbarkeiten und der schwierigen Übertragbarkeit dieser Ansätze auf den Krankensektor erklärt werden kann.

Vereinzelt wird auch vom Einsatz von Verrechnungspreissystemen berichtet (Multerer et al. 2006, Busch 2006), jedoch sind auch hier viele Probleme ungelöst. Die typischerweise verwendeten Vollkosten-Verrechnungspreise hängen stark von Beschäftigungsschwankungen ab (Weißflog und Kopf 2002); zudem entfallen bei einer solchen 100%-Verrechnung der Kosten der liefernden Abteilung Effizienzreize und schließlich zeigen Ernst et al. (2004) den erheblichen Aufwand, der nötig ist, um ein teilkostenorientiertes Verrechnungspreissystem auch nur für eine einzelne Abteilung einer Klinik der Maximalversorgung einzuführen.

Insgesamt haben die meisten Krankenhäuser derzeit eine Kostenträgerrechnung nach InEK-Muster aufgebaut. Auch wenn die Übernahme des InEK-Kalkulationsschemas sicherlich zur Kostentransparenz auf Kostenträgerbasis beitragen kann, sollte die Systematik nicht unkritisch zur wirtschaftlichen Beurteilung und den daraus resultierenden Steuerungsmaßnahmen übernommen werden. Effizienzstudien zur KTR, die untersuchen, ob deren Ergebnisse die Kosten der Einführung rechtfertigen, liegen in der Literatur nicht vor. Offenbar stellt im Zeitalter der DRGs der Verzicht auf die Einführung einer KTR ein Risiko dar, das kein rational handelnder Krankenhausmanager eingeht. Die beschriebenen Probleme sollten allerdings verdeutlicht haben, dass von der Effizienz der derzeit implementierten KTR nicht unbedingt ausgegangen werden kann.

Von den Ansätzen des Strategic Management Accounting hat aufgrund der zunehmenden Prozessorientierung im Krankenhaus bisher lediglich die Prozesskostenrechnung, die sich auch zur strategischen Kalkulation eignet, breiteren Eingang in die Praxis gefunden. Sie wird im folgenden Abschnitt gesondert behandelt.

10.3.2 Prozesskostenrechnung

Das Ziel der Prozesskostenrechnung (PKR) ist die Gestaltung effizienter (abteilungsübergreifende) Behandlungsabläufe (Borges und Schmidt 2002). Im Mittelpunkt der Prozesskostenrechnung steht die ablauforientierte Kostenverrechnung auf der Basis von Behandlungsfällen als Kostenträger (Bieta 2000). Das Steuerungspotenzial liegt insbesondere in der leistungsgerechten und prozessorientierten Verrechnung von Kosten, wobei im Gegensatz zur traditionellen Kostenrechnung

dem im Krankenhaus besonders bedeutsamen Gemeinkostenblock besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird, z. B. durch die Durchführung einer Gemeinkostenwertanalyse (Stelling 2005).

Laut Miele et al. (2005) liegt das Anwendungspotenzial einer Prozesskostenrechnung insbesondere darin, dass durch die Gegenüberstellung von Erlösen und Kosten auf Vollkostenbasis Kosten transparent gemacht werden und die Ergebnisse den medizinischen Fachkräften damit besser vermittelt werden können. Kontrollierte Effektivitäts- und/oder Kosten-Effektivitäts-Studien zum Einsatz der PKR im Krankenhaus wurden bei der Auswertung der deutschen Literatur nicht gefunden. Eine aktuelle empirische Studie von Vera und Kuntz (2007) zeigt zwar, dass sich die Prozessorientierung im Krankenhaus positiv auf die Effizienz auswirkt, allerdings sind diese Ergebnisse eher für die Beurteilung des Einsatzes klinischer Behandlungspfade (s.u.) und weniger für das eigentliche Instrument der Prozesskostenrechnung relevant. Zwei Studien aus den USA werfen dagegen ein äußerst kritisches Licht auf Schlüsselannahmen der PKR, nämlich die zumindest mittel- bis langfristig unterstellte Proportionalität zwischen den Kostentreibern der PKR und der Höhe der Kosten. Anhand der Daten von 100 (1994) bzw. 108 (1997) Krankenhäusern des Staates Washington zeigen Noreen und Soderstrom (1994; 1997), dass diese Proportionalität weder kurz- noch langfristig existiert und das PKR-Modell die tatsächliche Kostenentwicklung daher stark überzeichnet.

10.3.3 Behandlungspfade (Clinical Pathways)

Im Rahmen des Qualitätsmanagements im stationären Bereich werden durch die Entwicklung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways) Prozesse optimiert. Im Mittelpunkt steht hierbei, dass Behandlungspfade die Behandlungsqualität verbessern und mittels Verkürzungen der Verweildauer auch Kosten senken (Roeder et al. 2003).

Die Verknüpfung von Prozesskostenrechnung und Pfaderstellung kann daher sinnvoll sein (Keun und Prott, 2004), was durch die Literaturlauswertung auch bestätigt wurde (u. a. Stibbe et al. 2006; Krusch et al. 2006). Deutsche Beiträge beschreiben allerdings primär die Pfadentwicklung und -implementierung sowie die damit verbundenen Umsetzungsprobleme (beispielsweise Jacobs und Schlaghecke 2007; Kirschner et al. 2007; Lakomek et al. 2007; Buhr et al. 2006; Grimm und Maisch 2006; Fischbach und Engemann 2006). Darüber hinaus wird der Nutzen der Verwendung von Clinical Pathways in der deutschsprachigen Literatur hauptsächlich in einer Verkürzung der Verweildauer gesehen. Wahn und Helff (2007) bezifferten die Verweildauerverkürzung durch die Einführung eines klinischen Behandlungspfades zur Hüfttotalendoprothetik im Bundeswehrkrankenhaus Bad Zwischenahn auf 1,5 Tage. Sie geben an, dass sich die Einführung des Behandlungspfades nach drei Monaten amortisierte. Eine Untersuchung an einem weiteren deutschen Krankenhaus zeigte nach Einführung der Pfade im Krankheitsbild Apoplexie eine Verkürzung der Verweildauer von 11,7 auf 7,6 Tage (Appel et al. 2007).

Im internationalen Umfeld liegen mehrere systematische Arbeiten vor. Die von Rotter et al. (2006) durchgeführte Metaanalyse kommt zu dem Ergebnis, dass Pfade indikationsübergreifend zu einer durchschnittlichen Verweildauerverkürzung von 1,7 Tagen führen. Bailey et al. (2008) suchten in einem Cochrane-Review im Mai

2007 nach Studien zur Effektivität und Kostenauswirkung von Behandlungspfaden zur Behandlung von chronischem Husten bei Kindern. Sie fanden 471 Studien, doch keine einzige konnte belastbare Aussagen zur Effektivität der Pfade machen. In einem weiteren Cochrane-Review (15 Studien) von Kwan und Sandercock (2008) wiesen Patienten in der Interventionsgruppe weniger Harnwegsinfekte auf und wurden seltener wieder aufgenommen, waren bei Entlassung jedoch abhängiger und wiesen statistisch signifikant geringere Werte bei Lebensqualität und Zufriedenheit auf. Banasiak und Meadows-Oliver (2004) untersuchten anhand eines Reviews über fünf Beiträge die Auswirkungen von Pfaden auf das Management von Asthma bei Kindern im Krankenhaus. Hauptergebnis war die Verkürzung der Verweildauer. Unklar blieb, ob sich auch die Behandlungsergebnisse verbessert hatten. Kim et al. (2003) fanden bei 11 einbezogenen Studien (10 Vorher-Nachher-Vergleiche, eine randomisierte Studie) zur Effektivität von Pfaden bei Ersatz von Knie- oder Hüftgelenken eher positive Ergebnisse. Die Verweildauer wurde reduziert und die Kosten lagen niedriger. Die Ergebnisse der Behandlung zeigten keine Veränderung. Kritisch wurde die mangelnde Studienqualität und die fehlende Berücksichtigung der Verweildauer in der Rehabilitation angemerkt. Cheah (2000) stellte in einer Kontrollstudie in einem Krankenhaus mit über 269 Herzinfarktpatienten fest, dass sich durch Pfade die Verweildauer ohne Auswirkungen auf stationäre Letalität, Komplikationsrate oder Wiederaufnahmerate verkürzte. Chang et al. (2000) stellten in ihrer Studie ebenfalls Effizienzverbesserungen fest, verweisen jedoch darauf, dass nach mehreren Jahren eine Ergebniskontrolle notwendig sei. Zevola et al. (2002) bescheinigen in einem Überblick für den Bereich der Herzchirurgie, dass Verweildauerverkürzungen erzielbar sind.

Insgesamt scheinen Behandlungspfade trotz der methodischen Einschränkungen sowohl national als auch international eine eher positive als negative Bilanz aufzuweisen. Offensichtlich können sich Einsparungen bei der Verweildauer und auch bei den gesamten stationären Kosten ergeben. Jedoch ist nur rund ein Drittel der Studien hochwertig genug, um Aussagen über Verweildaueränderungen, Kosten oder Qualitätsänderungen zuzulassen (El Baz et al. 2007). Anerkannte Instrumente zur Prüfung der Wirksamkeit fehlen zudem weitgehend (Vanhaecht et al. 2006).

Offen bleibt, ob sich diese Ergebnisse generell auf die spezifisch hierarchischen Organisationsmodelle von deutschen Krankenhäusern übertragen lassen. Es bleibt ebenso unklar, ob nicht auch mit anderen Instrumenten als Pathways gleiche oder bessere Ergebnisse bei möglicherweise geringeren Kosten erzielbar wären.

10.3.4 Balanced Scorecard

Die von Kaplan und Norton 1992 entwickelte Balanced Scorecard (BSC) besteht aus einem System qualitativer und quantitativer, subjektiver und objektiver, strategischer und operativer, finanzieller und nicht-finanzieller Kennzahlen. Ursache- und Wirkungsketten (sogenanntes Business Model) sollen zwischen zukunftsorientierten Lead-Indikatoren (etwa Komplikations- oder Infektionsraten) und strategisch bedeutsamen Lag-Indikatoren (etwa Patienten- und Einweiserzufriedenheit) hergestellt werden (Kaplan und Norton 1992/1997). Wird die BSC mit entsprechenden Anreiz- oder Entlohnungssystemen verknüpft, wird in ihr ein zentrales In-

strument gesehen, Zielkongruenz zwischen den Interessen von Management und Mitarbeitern herzustellen (Kaplan und Norton 2006). In Bezug auf die typische Mehrdimensionalität sowohl des Krankenhauszielsystems als auch der Berufsgruppen wird die BSC als ein vielversprechendes Instrument des strategischen Krankenhausmanagements gesehen (Vera und Kuntz 2007; Schlüchtermann et al. 2001; Brinkmann et al. 2003; Borges und Schmidt 2002).

Inspiziert durch eine Reihe ausgesprochen positiver Erfahrungsberichte mit der BSC aus den USA wie etwa der Kinderklinik der Duke University oder der Kardiologie der Yale University (Meliones 2000), fanden sich Ende der 90er Jahre auch erste konkrete BSC-Erfahrungsberichte aus dem deutschsprachigen Raum. Diese beschreiben BSC-Ansätze für ganze Kliniken (eher seltener; beispielhaft Roth 2002; Böckelmann und Wolf 2003) sowie Projekte für einzelne Kliniken oder Fachabteilungen (die große Mehrheit, etwa Goerke 2001; Zbinden 2002).

Vergleicht man den Erkenntnisstand der empirischen, anwendungsorientierten Literatur zur BSC in Industrieunternehmen (Speckbacher 2003) mit demjenigen zur BSC im Krankenhaus, manifestieren sich große Wissensdefizite für den deutschen Krankenhausbereich (Brinkmann et al. 2003). Eine (eingeschränkt aussagekräftige) Befragung von 41 Krankenhaus-Controllern zeigte, dass 28 % (11 in der Umfrage) der Krankenhäuser BSCs einsetzen (Nieser et al. 2008). Probleme wurden im hohen personellen Aufwand bei der Einführung einer BSC im Krankenhaus sowie im Fehlen empirisch gesicherter qualitativer oder gar quantitativer Ursache-Wirkungszusammenhänge gesehen. Zbinden (2002) weist anhand eines Pilotprojekts in einem Krankenhaus in Bern darauf hin, dass die Balanced Scorecard zumindest ein gutes Mittel sei, um schnell Defizite auch außerhalb des finanziellen Bereichs zu erheben. Inwieweit eine solche Befragung der Mitarbeiter bereits zur Abstellung der Insuffizienzen führt, bleibt naturgemäß offen. Zumindest eine Studie (Lorden et al. 2008) schildert, dass sich die erhofften finanziellen und atmosphärischen Verbesserungen aufgrund der Einführung einer BSC nicht erfüllten. Befragungen der Patienten ergaben zwar höhere Zufriedenheiten im Bereich der ambulanten Versorgung, jedoch keine Effekte in der stationären Versorgung. Mitarbeiter waren nach der BSC-Einführung zudem unzufriedener. Schweitzer und Werr (2006) berichten von Komplikationen bei der Delegation von Verantwortlichkeiten auf Ärzte der zweiten Führungsebene. Jedoch konnten innerhalb eines Jahres die Personalkosten um 300 Tsd. € verringert werden. Böckelmann und Wolf (2003) und Freytag (2006) betonen darüber hinaus die Vorteilhaftigkeit der Balanced Scorecard in Bezug auf die krankenhaushausweite Kommunikation und Koordination von strategischen Zielen und deren gemeinsame Erreichung.

Auch international ist die Studienlage zur Effizienz der BSC im Krankenhaus ungenügend. Es wurde keine einzige Studie gefunden, welche in einem kontrollierten Design die Einführung evaluierte. Einige Autoren schränken dann auch ein, dass bisher wenig verstanden wurde, wie zuvor nicht genügend leistungsfähige Einheiten in einem Krankenhaus durch den alleinigen Einsatz von BSC zu besseren Leistungen gebracht werden (Tsasis und Harber 2008). Die notwendigen Änderungen an Organisationsabläufen, Organisationskultur oder auch fundamentalem Aufbau der Krankenhäuser sind oftmals der eigentliche Grund für Minder- oder Höchstleistung. Diese notwendigen Änderungen werden mit BSC jedoch nicht zwangsläufig erkannt, eingeleitet oder umgesetzt.

10.3.5 SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)/ Portfolioanalyse

Noch ungenügender stellt sich die empirische Evidenz für die Effizienz der SWOT-Analyse dar. Sie soll dazu dienen, im Rahmen einer Strategiefindung die Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren abzuschätzen. Die SWOT-Analyse wurde in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit zumindest im Bereich der Gesundheitsökonomie bisher kaum untersucht. In PubMed wurde keine kontrollierte Studie gefunden, welche das Instrument mit anderen Möglichkeiten der Analyse vergleicht und im Hinblick auf Effektivität oder Kosten-Effizienz bewertet.

Selbst Anwendungen der SWOT-Analyse ohne nachfolgende Evaluation sind sehr selten. Eine wenig aussagekräftige Untersuchung mit Hilfe der SWOT-Analyse wurde in den Niederlanden für die Einbeziehung der Behandlung psychischer Erkrankungen im ambulanten Bereich vorgenommen (van Marwijk 2004).

Die Studienlage zur Anwendung eines Portfolioansatzes im Krankenhaus ist ebenfalls völlig unzureichend. Es wurden keinerlei belastbare Studien gefunden, welche auf die Effizienz des Ansatzes schließen lassen. Der Portfolioansatz dient dazu, die Risiken der Fallzusammensetzung abzuschätzen und auf dieser Basis strategische Entscheidungen über Auf- und Abbau von Fachkliniken zu treffen.

Aufgrund der schlechten Studienlage wurde die Suche zudem um den Begriff der Spezialisierung erweitert. Für diesen Bereich gibt es ausführliche Literatur, die überwiegend die Vorteilhaftigkeit von spezialisierten gegenüber nicht-spezialisierten Krankenhäusern belegt (Weitz et al. 2004). Insbesondere im amerikanischen Gesundheitsmarkt wird intensiv über die Vorteile spezialisierter Krankenhäuser diskutiert, welche bei einem begrenzten Leistungsspektrum hohe Profite erzielen (Santani 2008). Wesentlich an dem Konzept ist, dass standardisierbare Eingriffe mit hoher Effizienz erbracht werden, um Investitionen und Personal optimal zu nutzen. Zudem wird ein überwiegend positiver Zusammenhang zwischen Volumen und Qualität gesehen (Birkmeyer et al. 2002 und 2003). Kritisiert wird jedoch die Tendenz zur Patientenselektion, die Konzentration auf profitable Eingriffe, der Verzicht auf die Vorhaltung von Notfallkapazitäten und die mögliche Tendenz zur Bildung von Überkapazitäten (Casalino et al. 2003). Inwieweit auf dieser Grundlage eine Spezialisierung dauerhaft erfolgreich ist, kann hier nicht beurteilt werden.

10.4 Kritik/Diskussion

Vor dem Hintergrund der DRG-Einführung und der sich dem Ende zuneigenden Konvergenzphase untersucht der vorliegende Beitrag betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente im Krankenhaus. Im eher operativen Bereich betrifft dies die wohl unverzichtbare Kostenträgerrechnung sowie die Verbindung von Prozesskostenrechnung und klinischen Behandlungspfaden. Als populäre strategische Instrumente wurden die Balanced Scorecard sowie die SWOT- und Portfolioanalyse näher betrachtet.

Mittels einer umfangreichen Auswertung der krankenhauserorientierten nationalen und internationalen Literatur sollte vor allem die Effektivität und Effizienz dieser

Instrumente untersucht werden. Vereinfacht betrifft dies die Fragen „Wird der mit den Instrumenten verfolgte Zweck erreicht?“ und „Rechtfertigen die Ergebnisverbesserungen beim Einsatz dieser Instrumente ihre teilweise erheblichen Kosten?“.

Erstes Ergebnis ist, dass zumindest die Studienqualität deutscher Beiträge zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz dieser Instrumente derzeit noch als ungenügend bezeichnet werden muss. Offenbar verzichtet das Management der Krankenhäuser weitgehend auf eine Prüfung, ob eingesetzte Instrumente zum Erfolg führen und mit welchen Kosten dies verbunden ist. Die einschlägige Literatur liegt meistens in Form von theoretisch-konzeptionellen Beiträgen oder Erfahrungsberichten vor. Erstere können zwar einen wichtigen Beitrag zu den Voraussetzungen des Einsatzes und der Identifizierung von Problemfeldern beitragen, liefern allerdings keine Hinweise auf deren empirische Relevanz. Bei den Erfahrungsberichten ist umgekehrt von einem erheblichen „Publication Bias“ auszugehen, denn Einführung und mit den Instrumenten erzielte (erste) Erfolge werden deutlich häufiger publiziert als Fehlschläge oder Projektabbrüche. Krankenhäuser wären daher schlecht beraten, sich hinsichtlich der Einführung dieser Instrumente ausschließlich auf solche „Peer-Reports“ zu verlassen. Es ist dabei sicher zutreffend, dass Effektivitäts- und Effizienzstudien, zumal mit kontrolliertem Studiendesign, in der Betriebswirtschaft seltener anzutreffen sind als in anderen Fächern. Allerdings zeigen die amerikanischen Beiträge zur Prozesskostenrechnung von Noreen und Soderström (1997), dass dergleichen nicht unmöglich ist. Entsprechende Studien für den deutschen Krankenhausmarkt scheinen daher angezeigt und überfällig.

Ein zweites Ergebnis ist, dass aufgrund der Rechercheergebnisse lediglich für die Einrichtung von Behandlungspfaden eine vorsichtige Empfehlung ausgesprochen werden kann. Hinsichtlich der Kostenträgerrechnung gilt, dass ihre Einführung in DRG-Zeiten wohl unverzichtbar ist, jedoch sind noch viele Fragen offen. Eine unreflektierte Übernahme des InEK-Kalkulationsschemas wird nach unserer Einschätzung jedenfalls nicht ausreichen, um die vollen Potenziale einer Kostenträgerrechnung zu realisieren. Für andere Instrumente der Steuerung, etwa die Balanced Scorecard, ist die Studienlage nicht ausreichend, um eine Empfehlung aussprechen zu können. Auch im Bereich der Behandlungspfade wurde die Effektivität wesentlich mit einer Verkürzung der Verweildauer gemessen. Verbesserungen der Ergebnisqualität sind kaum evident nachweisbar.

Unsere Untersuchung hat mehrere Einschränkungen. Erstens beschränkte sich die Literatursuche wesentlich auf gesundheitsökonomische und deutschsprachige krankenhausbetriebswirtschaftliche Literatur¹, also die unmittelbare Anwendung der Instrumente im Gesundheitswesen. Es könnte also zumindest vermutet werden, dass die Instrumente in anderen Branchen geprüft wurden und dort gegenüber Alternativen so eindeutig positiv abschnitten, dass sich eine erneute Prüfung im Bereich des Gesundheitswesens erübrigt. Allerdings wurde diese Übertragungsleistung in keiner Studie erwähnt oder auch nachvollziehbar belegt. Zudem scheinen die oft widersprüchlichen Ergebnisse aus anderen Branchen, etwa zum Erfolg der BSC, die obige Vermutung nicht gerade zu stützen (Ittner et al. 2003; Davis und Albright 2004).

¹ Monographien (insbesondere Dissertationen) wurden aufgrund des deutlich geringeren Verbreitungsgrades nicht berücksichtigt.

Zweitens werden diese Instrumente möglicherweise gar nicht zur Effektivitätssteigerung eingesetzt, sondern sollen beispielsweise der „Förderung der Kommunikation“ dienen, etwa bei der Verwendung der BSC. Managementänderungen scheinen hier eher eine Alibifunktion zu haben, um überhaupt Aktivitäten zu entfalten. Dies widerspricht jedoch der grundsätzlichen Zielsetzung der DRGs, nämlich den Krankenhäusern einen Anreiz zur Effizienzsteigerung zu geben. Daher können Krankenhäuser nur Interesse an Instrumenten haben, die einen Effektivitäts- oder besser noch Effizienznachweis erbracht haben.

Drittens kann es sein, dass hochwertige Studien in Deutschland zwar durchgeführt, jedoch nicht publiziert wurden. Neben dem bereits diskutierten „Publication Bias“ könnte dies vor allem daran liegen, dass es sich bei solchen Ergebnissen oft um sensibles und wirtschaftlich äußerst wertvolles Arbeitskapital einschlägiger Beratungsunternehmen handelt. Aus unserer Erfahrung genügen im Rahmen von Beratertätigkeiten durchgeführte Evaluationen jedoch kaum den Standards zum Nachweis von Evidenz, etwa durch Vorhaltung einer Kontrollgruppe.

Viertens kann argumentiert werden, dass Maßnahmen im Bereich des Managements von Krankenhäusern in einer dermaßen komplexen Umgebung ablaufen, dass sie einer Evaluation gar nicht zugänglich sind. Dem widerspricht jedoch, dass auch die komplexen Abläufe der Patientenbehandlung selbst mittlerweile umfassenden und hochwertigen Studien unterzogen werden. Aus unserer Sicht sind Evaluationen aller betriebswirtschaftlichen Instrumente möglich und auch notwendig.

10.5 Literatur

- Appel D, Ruf H, Müller E, Beermann W. Clinical Pathways – ein praxisorientiertes Instrument zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. *Das Krankenhaus* 2007, 99. Jg., Ausgabe 7: 453–8.
- Bailey EJ, Morris S, Kruske SG, Chang AB. Clinical pathways for chronic cough in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Vol. 16, No. 2.
- Banasiak NC, Meadows-Oliver M. Inpatient asthma clinical pathways for the pediatric patient: an integrative review of the literature. *Pediatric Nursing* 2004, Vol. 30, No. 6: 447–50.
- Becker W, Schwertner K, Scheubert CM. Strategieumsetzung mit BSC-basierten Anreizsystemen. *Controlling* 2005, Ausgabe 17, Nr. 1, 35–40.
- Berger K. Behandlungspfade als Managementinstrument im Krankenhaus. In: Greiling, M. (Hrsg.): *Pfade durch das Klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen.* Stuttgart 2004: 42–64.
- Bieta V. How to Win The Games in Hospital Management: Prozesskostenmanagement als Spielregelsystem der Prozessoptimierung. *BfuP* 2000, 52. Jg., Ausgabe 4: 399–416.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine* 2002, Vol. 346, No. 15: 1128–37.
- Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *New England Journal of Medicine* 2003, Vol. 349, No. 22: 2117–27.
- Böckelmann M, Wolf G. Praktische Erfahrungen mit der Balanced Scorecard. *f&w* 2003, 20. Jg., Ausgabe 3: 264–6.
- Borges P, Schmidt R. Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus. *BfuP* 2002, 54. Jg., Ausgabe 2: 101–17.

- Brinkmann A, Gebhard F, Isenmann R, Bothner U, Mohl U, Schwilk B. The balanced scorecard. "Tool or toy" in hospitals. *Anaesthesist* 2003, Vol. 52, No. 10: 947–56.
- Buhr HJ, Dommisch K, Fleischer GM, Gastinger I, Grundmann RT, Hermanek P, Hopt UT, Jauch KW, Junginger T, Köckerling F, Merkel S, Raab HR, Roder J, Schwenk W, Tannapfel A, De Vries A. Clinical pathway (workflow) for diagnostic, therapy and follow-up in patients with rectal cancer. *Zentralbl Chir.* 2006, Vol. 131, No. 4: 285–97.
- Busch HP. Interne Leistungsverrechnung im Krankenhaus am Beispiel des „Profitcenters“ – Wer soll was bezahlen. *Das Krankenhaus* 2006, 98. Jg., Ausgabe 12: 1109–17.
- Casalino LP, Devers KJ, Brewster LR. Focused factories? Physician-owned specialty facilities. *Health Aff (Millwood)* 2003, Vol. 22, No. 6: 56–67.
- Chang PL, Wang TM, Huang ST, Hsieh ML, Chuang YC, Chang CH. Improvement of health outcomes after continued implementation of a clinical pathway for radical nephrectomy. *World Journal of Urology* 2000, Vol. 18, No. 6: 417–21.
- Cheah J. Clinical pathways – an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore Medical Journal* 2000, Vol. 41, No. 7: 335–46.
- Conrad C, Monka M. Der DRG-Methoden-Pretest: Startschuss mit (Neben-) Wirkungen. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb.* Stuttgart 2003, 245–56.
- Copeland TE, Weston JF, Shastri K. *Financial Theory and Corporate Policy.* 3. Auflage, Amsterdam 2005.
- Davis S, Albright T. An investigation of the effect of the BSC implementation on financial performance. *Management Accounting Research* 2004, Vol. 15, No. 2: 135–53.
- Düsch E, Platzköster C, Steinbach T. Kostenträgerrechnung als Steuerungsinstrument im Krankenhaus – eine mögliche Weiterführung der Kosten- und Leistungsrechnung. *BfuP* 2002, 55. Jg., Ausgabe 2: 144–55.
- El Baz N, Middel B, van Dijk JP, Oosterhof A, Boonstra PW, Reijneveld SA. Are the outcomes of clinical pathways evidence-based? A critical appraisal of clinical pathway evaluation research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007, Vol. 13, No. 6: 920–9.
- Ernst C, Kessler P, Kvesic V, Lischke V. Kalkulation der Anästhesiekosten eines Klinikums der Maximalversorgung und Einführung der DRG. *Zfbf* 2004, 56. Jg., Ausgabe 12: 1217–47.
- Ewert R, Wagenhofer A. *Interne Unternehmensrechnung.* 6. Auflage, Berlin 2005.
- Fischbach W, Engemann R. Interdisciplinary clinical pathway for colorectal cancer. *Internist (Berlin)* 2006, Vol. 47, No. 7: 720–3, 725–8.
- Fleba S, Ehmke B, Herrmann R. Optimierung des Leistungsprogramms eines Akutkrankenhauses – Neue Herausforderungen durch ein fallpauschaliertes Vergütungssystem. *BfuP* 2006, 58. Jg., Ausgabe 6: 585–99.
- Focke A, Reinisch C, Wasem J. Abteilungs- und Periodengerechte Verteilung von DRG- Erlösen mit Hilfe der DDMI-Methode – Lösungsansätze für die Erlösverteilung bei intern verlegten Fällen und für die Bewertung von Jahresüberliegern zum Bilanzstichtag. *Das Krankenhaus* 2006, 98. Jg., Ausgabe 4: 289–92.
- Freytag S. Pfliegenetzwerk als strategischer Faktor. *KU* 2006, 75. Jg., Ausgabe 6: 490–3.
- Goerke K. BSC – ein betriebswirtschaftliches Instrument zur Erlössteuerung – einsetzbar in der Frauenheilkunde? *Zentralblatt für Gynäkologie* 2001, 123. Jg., Ausgabe 8: 432–4.
- Greiling M. Warum scheitern „Pfadfinder“ so oft? *KU* 2005, 74. Jg., Ausgabe 3: 185–8.
- Grimm W, Maisch B. Clinical pathway „Acute Coronary Syndrome“. *Internist (Berlin)* 2006, Vol. 47, No. 7: 699–700, 702–6.
- Henke M, Larbig M, Meiring H, Berger LC. Kostenträgerrechnung im DRG-Zeitalter – kein Buch mit 7 Siegeln. *Das Krankenhaus* 2004, 96. Jg., Ausgabe 11: 900–3.
- Hentze J, Kehres E. *Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern.* 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1999.
- Heslin MJ, Doster BE, Daily SL, Waldrum MR, Boudreau AM, Smith AB, Peters G, Ragan DB, Buchalter S, Bland KI, Rue LW. Durable improvements in efficiency, safety, and satisfaction in the operating room. *Journal of American College of Surgeons* 2008, Vol. 206, No. 5: 1083–9.
- InEK (Hrsg.) *Kalkulation von Fallkosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern,* Vers. 3.0, 2007, 5.

- Ittner CD, Larcker DF, Meyer M. Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence from a Balanced Scorecard. *Accounting Review* 2003, Vol. 78, No. 3, 725–58.
- Jacobs W, Schlaghecke R. Integrated care successfully optimizes the pathway of care. Positive outcomes through consistent clinical pathways. *Herz* 2007; Vol. 32, No. 8: 603–6.
- Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures that drive Performance. *Harvard Business Review* 1992, Vol. 70, No. 1: 71–9.
- Kaplan RS, Norton DP. *Balanced Scorecard – Strategien erfolgreich umsetzen*. Stuttgart 1997.
- Kaplan RS, Norton DP. *Alignment: mit der Balanced Scorecard Synergien schaffen*. Stuttgart 2006.
- Keun F, Prott R. *Einführung in die Krankenhauskostenrechnung*. 6. Auflage, Wiesbaden 2001.
- Keun F, Prott R. *Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen*. 5. überarbeitete u. erweiterte Auflage, Wiesbaden 2004.
- Kim S, Losina E, Solomon DH, Wright J, Katz JN. Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. *Journal of Arthroplasty* 2003. Vol. 18, No. 1: 69–74.
- Kirschner S, Witzleb WC, Eberlein-Gonska M, Krummenauer F, Günther KP. Clinical pathways. A useful steering instrument or a limitation for medical treatment? *Der Orthopäde* 2007, Vol. 36, No. 6: 516, 518–22.
- Krusch A, Siegmund T, Huber P, Kircher M, Schumm-Dräger PM. Clinical Pathways und Case-Management als DRG-Managementinstrumente. *Das Krankenhaus* 2006, 98. Jg., Ausgabe 2: 124–8.
- Kwan J, Sandercock P. In hospital care pathways for stroke (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2008, Issue 1.
- Lakomek H, Hülsemann JL, Küttner T, Buscham K, Roeder N. Clinical pathways in rheumatological inpatient treatment – a structured process management. *Z Rheumatol.* 2007, Vol. 66, No. 3: 247–54.
- Lohfert C, Kalmár P. Clinical pathways: experiences, expectations, and perspectives. *Internist (Berl)* 2006. Vol. 47, No.7: 676, 678–83.
- Lorden A, Coustasse A, Singh KP. The balanced scorecard framework-a case study of patient and employee satisfaction: what happens when it does not work as planned? *Health Care Management Review* 2008, Vol. 33, No. 2:145–55.
- Lüngen M, Lauterbach K. Upcoding – eine Gefahr für den Einsatz von DRGs (Diagnosis Related Groups)? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2000, 125. Jg., Ausgabe 128/129: 852–6.
- Meliones J. Saving money, saving lives. *Harvard Business Review* 2000, Vol. 78, No. 6, 57–76.
- Miele B, Raphael H, Schenck H. Prozesskostenrechnung im Marienhospital Herne – Praxisbericht. *Das Krankenhaus* 2005, 97. Jg., Ausgabe 1: 11–4.
- Multerer C, Friedel G, Sertas M. Gestaltung von Verrechnungspreisen im Krankenhaus: Anforderungen, Probleme und Lösungsansätze im Kontext der DRGs. *BfuP* 2006, 58. Jg., 6. Ausgabe: 600–17.
- Naegler H. Strategisches Kostenmanagement unter DRG-Bedingungen – Ein Beitrag zur internen Budgetierung. *Das Krankenhaus*, 97. Jg., Ausgabe 9: 765–9.
- Neu D, Friedrich C, Saphie T. Kostenrechnung in Zeiten der DRGs – Einführung der Kostenträgerrechnung im SKH Altscherbitz. *Das Krankenhaus* 2003, 95. Jg., Ausgabe 3: 246–7.
- Nieser H, Friedl G, Demirezen M. (in Kürze erscheinend): Verbreitung und Nutzung der Balanced Scorecard in deutschen Krankenhäuser. *BFuP*.
- Noreen E, Soderstrom N. Are Overhead Costs Strictly Proportional to Their Activity? Evidence from Hospital Service Departments. *Journal of Accounting and Economics* 1994, Vol. 17, No. 1: 255–78.
- Noreen E, Soderstrom N. The Accuracy of Proportional Cost Models: Evidence from Hospital Service Departments. *Review of Accounting Studies* 1997, Vol. 2, No. 2: 89–114.
- Oliveira J. The BSC: An integrative approach to performance evaluation. *Healthcare Financial Management* 2001, Vol. 55, No. 5: 42–46.
- Rochell B, Roeder N. G-DRG 1.0 – das Optionssystem (Teil 5). *Arzt und Krankenhaus*, 76 Jg., Ausgabe 9: 259–65 und 275–81.
- Roeder N, Hindle D, Loskamp N, Juhra C, Hensen P, Bunzemeier H, Rochell B. Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (I). *Das Krankenhaus* 2003, 95. Jg., Ausgabe 1: 20–7.

- Roeder N, Küttner T. Clinical pathways in view of cost effects in the DRG system. *Internist* (Berlin) 2006, Vol. 47, No. 7: 684, 686–9.
- Roth S. Entwicklung einer Balanced Scorecard als strategisches Steuerungsinstrument in einem öffentlichen Krankenhaus. In: Scherer A, Alt JM (Hrsg.): *Balanced Scorecard in Verwaltung und Non-Profit-Organisationen*, Stuttgart 2002, 239–63.
- Roth H, Linnert K., Berbelis C, Schittek D, Müller M, Weber M. Etablierung einer Kostenträgerrechnung in der Kerckhoff-Klinik. *Das Krankenhaus* 2007, 99. Jg., Ausgabe 7: 661–5.
- Rotter T, Kugler J, Koch R, Gothe H. Behandlungspfade senken Verweildauer und Kosten. *F&W* 2006, 23. Jg., Ausgabe 6: 656–9.
- Satiani, B. Specialty hospitals: who do they help? *Surgery* 2008, Vol. 143, No. 5: 589–98.
- Schlüchtermann J, Sibbel R, Prill MA. Performance Measurement und Balanced Scorecard im Krankenhaus. Klingebiel, N. (Hrsg.): *Performance Measurement und Balanced Scorecard*, München 2001: 299–315.
- Schmidt RH, Terberger E. *Grundzüge der Investitions- und Finanztheorie*, 4. Auflage, Wiesbaden 1997.
- Schweitzer M, Küpper HU. *Systeme der Kosten und Erlösrechnung*, 8. Auflage, München 2003.
- Schweitzer M, Werr G. Ziele setzen, messen, erreichen. *F&W* 2006, 23. Jg., Ausgabe 2: 178–81.
- Speckbacher G, Bischof J, Pfeiffer T. A descriptive analysis on the implementation of the BSC in German-speaking countries. *Management Accounting Research* 2003, Vol. 14, No. 4: 361–87.
- Stelling JN. *Kostenmanagement und Controlling*, 2. Auflage, München/ Wien 2005.
- Stibbe R, Güsegen J, Juszcak J, Salomon E. Prozesse ökonomisch bewerten. *KU-Special Controlling* 2006, Nr. 4: 40–42.
- Thiex-Kreye M, von Collas T, Blum M, Nicolai D. Ressourcen gerecht verteilen. *Krankenhausumschau* 2004, 73. Jg., Ausgabe 10: 863–68.
- Tsasis P, Harber B. Using the balanced scorecard to mobilize human resources in organizational transformation. *Health Services Management Research* 2008, Vol. 21, No. 2: 71–80.
- Van Marwijk H. How to improve mental health competency in general practice training? – a SWOT analysis. *European Journal General Practice* 2004, Vol. 10, No. 2: 61–5.
- Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Sermeus W. Clinical pathway audit tools: a systematic review. *Journal of Nursing Managing* 2006, Vol. 14, No. 7: 529–37.
- Vera A, Kuntz L. Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus. *Zfbf* 2007, 59. Jg., Ausgabe 3, 173–97.
- Wahn M, Haupt T, Helff G. Ergebnisse des Prozessmanagements im Rahmen des Pfadcontrollings. *Das Krankenhaus* 2007, 99. Jg., Ausgabe 6: 561–8.
- Wahn M, Helff G. Amortisationsdauer von klinischen Behandlungspfaden im Bundeswehrkrankenhaus Bad Zwischenahn. *Das Krankenhaus* 2007, 99. Jg., Ausgabe 12: 1260–3.
- Weißfolg D, Kopf R. Interne Budgetierung im DRG-Zeitalter. *Das Krankenhaus* 2002, 94. Jg., Ausgabe 4, 297–301.
- Weißfolg D, Kopf R, Ebert T, Rich S, Schlitter I. Die erlösorientierte Ergebnisrechnung – Der neue Ansatz des Universitätsklinikums Freiburg zur Internen Budgetierung. *Das Krankenhaus* 2006, 98. Jg., Ausgabe 8, 669–73.
- Weitz J, Koch M, Friess H, Büchler MW. Impact of volume and specialization for cancer surgery. *Digestive Surgery* 2004, Vol. 21, No. 4: 253–61.
- Zbinden A. Introducing a BSC Management System in a University Anesthesiology Department. *Anesthesia und Analgesia* 2002, Vol. 95, No. 6: 1731–8.
- Zevola DR, Raffa M, Brown K. Using clinical pathways in patients undergoing cardiac valve surgery. *Critical Care Nurse* 2002, Vol. 22. No. 1: 31–50.

11 Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW

Arndt Winterer

Abstract

Nordrhein-Westfalen hat Ende 2007 einen Systemwechsel vorgenommen, der die gesamte Investitionsförderung der Krankenhäuser durch das Land auf leistungsbezogene Pauschalen umstellt. Im Kern verbindet diese Reform die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung und zeigt damit einen möglichen „dritten Finanzierungsweg“ in der Diskussion um den künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhäuser auf.

North Rhine-Westphalia has changed its hospital financing system in late 2007 in so far as the entire capital investment subsidy granted by the state has been switched to performance-related lump sums. In essence, this reform combines the regulative effects of monistic financing with a hospital planning accounted for by the state government and thus indicates a possible „third way of funding“ in the debate about the future regulatory framework of hospital care.

11

11.1 Einleitung

Die Investitionsförderung der Krankenhäuser durch die Länder steht erneut im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion (Sachverständigenrat 2007, 80; Gesundheitsministerkonferenz 2007; Bublitz 2007; Tuschen 2007; Rürup et al. 2008). Sie ist neben der Krankenhausplanung ein zentrales Thema bei der Diskussion um den künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhäuser, denn die nahezu abgeschlossene und erfolgreiche Einführung des DRG-Systems gibt der bekannten Diskussion um eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser neue Nahrung.

Auch unabhängig von dieser bundespolitischen Diskussion gelangten diese Systemfragen auf die nordrhein-westfälische Tagesordnung. Bestehende Überkapazitäten erzeugen hierzulande unverändert einen erheblichen strukturellen Problemdruck. Die unaufschiebbare Konsolidierung des Landeshaushalts setzt gleichzeitig auch der Investitionsförderung der Krankenhäuser enge Grenzen. Umso wichtiger ist daher eine möglichst effiziente Verwendung der knappen vorhandenen Mittel. Nordrhein-Westfalen hat hieraus für sich die Konsequenz gezogen und die Investitionsförderung der Krankenhäuser durchgängig auf leistungsbezogene Pauschalen umgestellt.

Ausgehend von einer Darstellung des bislang in Nordrhein-Westfalen geltenden Finanzierungssystems und der daran geübten Kritik wird insbesondere die neue Bauspauschale Nordrhein-Westfalen vorgestellt und die begleitende Diskussion resümiert.

11.2 Bisherige Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Wie in den deutschen Ländern üblich, ruhte auch die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auf zwei Säulen: Der Einzelförderung, insbesondere für Bauinvestitionen, sowie der pauschalen Förderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (im Folgenden kurz „Wiederbeschaffungspauschale“).

Bemessungsgrundlage für die Wiederbeschaffungspauschale war die Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die mit in vier Anforderungsstufen gestaffelten Euro-Beträgen bewertet wurden. Die Anforderungsstufe eines Krankenhauses wurde anhand von Punktwerten bestimmt, in deren Berechnung die Planbetten bestimmter Disziplinen mit höheren Gewichten eingingen (§ 25 KHG NRW¹).

Ausgangspunkt für die bauliche Einzelförderung waren die jährlichen Anmeldungen der Krankenhäuser bei den fünf Bezirksregierungen mit Frist bis zum 1. Februar.² Die Bezirksregierungen bildeten hieraus nach Anhörung der Regionalräte jeweils bis zum 1. Juli Prioritätenlisten. Auf dieser Grundlage erstellte das Gesundheitsministerium im Rahmen des Haushaltsansatzes und zuvor festgelegter betragsmäßiger Anteile der Regierungsbezirke einen Programmentwurf. Über diesen Entwurf war mit dem Landesausschuss gem. § 17 KHG NRW³ Einvernehmen anzustreben. Nach abschließender Beratung im Landesausschuss und Verabschiedung des Haushaltsgesetzes wurde das Investitionsprogramm veröffentlicht. Für die darin aufgenommenen Vorhaben waren dann jeweils bis zum 1. Juli Förderanträge an die Bezirksregierungen zu stellen, für die sich ggf. das Gesundheitsministerium eine abschließende Entscheidung vorbehalten hatte.

Allein aus diesen rechtlichen Vorschriften ergab sich eine Verfahrensdauer von knapp zwei Jahren, die in der Praxis allerdings regelmäßig weit überschritten wurde. Zum einen waren nur die wenigsten Investitionsvorhaben bereits in der erstmals angemeldeten Form förderfähig. Meist waren umfangreiche Abstimmungsprozesse mit der zuständigen Bezirksregierung und später ggf. auch dem Gesundheitsministerium erforderlich. Erhebliche Verzögerungen resultierten zudem aus den begrenzten Haushaltsmitteln des Landes. Für das IP 2006⁴ summierten sich die Anmeldungen bei den Bezirksregierungen auf rund 1,8 Mrd. Euro, die Prioritätenlisten der Bezirksregierungen auf rund 540 Mio. Euro⁵. Die verfügbaren Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von 255 Mio. Euro waren somit bei den Anmeldungen um das Siebenfache, bei den Prioritätenlisten um gut das Doppelte überzeichnet.

1 Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen vom 16.12.1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21.12.2006 (GV. NRW. S. 631).

2 Siehe zum Verfahren die Verwaltungsvorschriften zum Krankenhausgesetz NRW, RdErl. des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie vom 04.11.2004 – III 5 – 5700.00.

3 Dem Landesausschuss gem. § 17 KHG NRW (jetzt § 15 KHGG NRW) gehören als unmittelbar Beteiligte Vertreter der Krankenhausträger, der Krankenkassenverbände sowie der Ärztekammern an. Hinzu kommen weitere, mittelbar Beteiligte.

4 Die Anmeldungen späterer Jahre sind überzeichnet, weil in 2006 und 2007 keine Investitionsprogramme aufgelegt wurden.

5 Drucksachen KRS 81/2005 (BR Köln), RR-10/2005 (BR Detmold), 26/02/05 (BR Arnsberg), 48/2005 (BR Münster), StA 17 RR 19 (BR Düsseldorf).

11.3 Wesentliche Kritikpunkte am Status Quo

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007⁶ und die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008⁷ haben den finanziellen Ordnungsrahmen für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen grundlegend verändert. Triebkräfte für diese Reform finden sich auf drei Ebenen:

Zur Geltung kam erstens die politische Grundüberzeugung der neuen Landesregierung, dass die Probleme des Landes nur zu lösen seien, wenn „wieder Ordnungspolitik an die Stelle der Regelungspolitik“ trete (Rüttgers 2005, S. 6). Auch das nordrhein-westfälische Krankenhausrecht sollte daher auf detaillierte Verfahrensvorgaben und bürokratische Hemmnisse überprüft und das bislang dreistufige Krankenhausplanungsverfahren mit Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten gestrafft werden (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2007).

Hinzu kam zweitens der unbewältigte Problemdruck in der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft, insbesondere aufgrund der erheblichen Überkapazitäten.⁸ Die zuvor geltende Wiederbeschaffungspauschale wirkte hier eher strukturkonservierend. Denn die Bindung der Pauschale an die Bettenzahl stellte allein auf die *mögliche* Leistung ab. Die Frage der *tatsächlichen* Leistung spielte keine Rolle. Die sog. „Vorhaltepauschale“ milderte zwar negative Anreize, weil sie die Fördermittelverluste bei einem Bettenabbau begrenzte. Bei einer Senkung der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze um bis zu 25 % blieben 75 % der zum 31.12.2006 gewährten Pauschale bestehen, 25 % der Pauschale wurden anhand der reduzierten Bettenzahl neu berechnet, solange dieser Kapazitätsabbau nicht aus anderen Gründen als wesentliche strukturelle Veränderung anzusehen war (§ 25 Abs. 8 KHG NRW). Positive Anreize zu einem Abbau überhängiger Kapazitäten wurden damit jedoch nicht gesetzt.

Besonders weitreichend war drittens die Kritik an der baulichen Einzelförderung. Bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung hatten CDU und FDP festgeschrieben: „Die Krankenhäuser werden in Zukunft einfacher als bisher eine Förderung beantragen können und schnell – nicht erst nach Jahren wie heute – erfahren, ob und welche Förderung sie erhalten“ (Koalitionsvereinbarung 2005, S. 21). Diese allgemeine Zielsetzung verdichtete sich zu einer Grundsatzkritik, die das finanzielle und inhaltliche Scheitern der bisherigen baulichen Einzelförderung in Nordrhein-Westfalen feststellte (MAGS NRW 2007):

Finanziell hatte sich seit 2002 eine „innere“ Überschuldung bei der Einzelförderung aufgebaut: 2002 wurden die Verpflichtungsermächtigungen für Investitionsprogramme um über die Hälfte auf gut 255 Mio. € erhöht und in dieser Höhe bis 2005 fortgeschrieben. Gleichzeitig blieben die entsprechenden Barmittel jedoch in

6 GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157.

7 GV. NRW. S. 347.

8 Nordrhein-Westfalen weist für das Jahr 2006 mit 693 Betten pro 100.000 Einwohnern bundesweit die dritthöchste Bettendichte nach Bremen (847) und dem Saarland (698) auf; zugleich wird die Bettenauslastung von 74,9 % nur in Baden-Württemberg (73,7%), Bremen (74,7%) und Rheinland-Pfalz (71,9%) noch unterschritten (Statistisches Bundesamt 2006).

Höhe von knapp 170 Mio. € unverändert. Daraus resultierte ein strukturelles Finanzierungsdefizit von jährlich 85 Mio. €. Die neue Landesregierung sah sich 2005 rechtsverbindlichen Förderzusagen in Höhe von 660 Mio. € gegenüber gestellt, für die keine ausreichenden Barmittel eingeplant waren. Als Sofortmaßnahmen wurden in den Jahren 2006 und 2007 keine neuen Investitionsprogramme aufgelegt und zusätzliche Barmittel zur Ausfinanzierung bestehender Verpflichtungen bereitgestellt, die sich bis einschließlich 2008 auf 180 Mio. € summieren.

Inhaltlich wurden die bisherige Einzelförderung als intransparent, ungerecht und ineffizient kritisiert: Als intransparent wurde die Einzelförderung deshalb empfunden, weil die Auswahl der geförderten Vorhaben anhand summarischer, qualitativer Erwägungen nicht objektiv und eindeutig zu begründen war. Dieses Problem lässt sich grundsätzlich nicht lösen, weil die Landesförderung auch nicht-monetären Zielen der Krankenhausversorgung gerecht werden muss.

Als ungerecht wurde die bisherige Einzelförderung u. a. deshalb empfunden, weil sich Krankenhäuser in ganz unterschiedlichem Maße mit Eigenmitteln an den förderfähigen Kosten beteiligt hatten. Eine verpflichtende, gleichmäßige Eigenbeteiligung der Antragsteller wäre rechtlich zumindest problematisch gewesen. Als ungerecht wurde zudem die grundsätzliche Anfälligkeit administrativer Verfahren gegenüber Fürsprechern wahrgenommen (siehe auch Sachverständigenrat 2007). Damit ist ausdrücklich nicht der Vorwurf verbunden, die administrativen Verfahren seien bewusst sachfremden Erwägungen gefolgt. Es ist jedoch eine plausible Vermutung, dass bei einer Entscheidung zwischen zwei Vorhaben mit vergleichbarer „Papierform“ das Projekt im Vorteil sein wird, das den Beteiligten aus persönlicher Anschauung und Gesprächen vertraut ist. Die Priorisierung der Krankenhausprojekte wird daher praktisch auch davon beeinflusst, in welchem Maße sich Vertreter oder Fürsprecher eines Krankenhauses persönlich um den Fortgang ihrer Anmeldung bemüht haben.

Als ineffizient wurde die bisherige Einzelförderung schließlich aus mehreren Gründen bewertet. Der langwierige Vorlauf bis zu einer Förderung widersprach der hohen Dynamik des Krankenhausmarktes. Es kam sogar vor, dass ein Projekt, das endlich in das Investitionsprogramm aufgenommen worden war, aus Sicht des Krankenhauses seine Priorität verloren hatte und im Antragsverfahren einen veränderten Schwerpunkt erhielt. Gleichzeitig lähmten die Dauer der Verfahren und die knappen Haushaltsmittel das Investitionsgeschehen. Immer wieder wären Krankenhäuser bereit gewesen, mit einer Investition schon vor der endgültigen Bewilligung zu beginnen und die entsprechenden Finanzierungskosten zu übernehmen. Die dafür notwendige verbindliche Zusage einer späteren Förderung zu geben war aber ebenso wenig möglich wie die Genehmigung eines vorzeitigen Maßnahmenbeginns. Mit der baulichen Einzelförderung war es schließlich auch nicht möglich, privates Kapital in nennenswertem Umfang zu mobilisieren.

11.4 Eckwerte des neuen Ordnungs- und Finanzierungsrahmens

Mit dem KHGG NRW und der PauschKHFVO hat Nordrhein-Westfalen den Krankenhäusern zusätzliche Bewegungsspielräume geschaffen. Vor allem bei der Finanzierung wurde eine bundesweit einmalige Antwort auf die Schwächen der bisherigen Landesförderung formuliert, die zwar sicher auch landesspezifische Ursprünge haben, überwiegend aber systematischer Natur sind. Im Kern verbindet diese Reform die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer weiterhin landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung.

Der Gesetzentwurf der Landesregierung umfasste dabei anfangs nur zwei Reformkomplexe (Landesregierung 2007): Zum einen die stärker ordnungspolitische Ausrichtung des Rechtsrahmens, zum Beispiel durch Verzicht auf die Schwerpunktplanung oder den Verzicht auf Regulierungen wie das Verbot von Parallelvorhalten.⁹ Zum anderen die Umstellung der bislang auf die Bettenzahl bezogenen Wiederbeschaffungspauschale auf eine leistungsbezogene Pauschale, die allerdings im Gesetzentwurf selbst noch nicht konkretisiert, sondern einer späteren Verordnung vorbehalten wurde. Die ebenfalls leistungsbezogene Baupauschale als dritter Baustein der Reform wurde dagegen erst später in das parlamentarische Verfahren eingebracht. Dieses bei grundlegenden Veränderungen sicherlich nicht alltägliche Verfahren belegt, mit welchem Nachdruck der zuständige Minister Karl-Josef Laumann eine Fortsetzung der bisherigen Einzelförderung in seiner Verantwortung ablehnte¹⁰.

Ungeachtet des eher ungewöhnlichen Verfahrens schaffen KHGG NRW und PauschKHFVO eine Finanzreform aus einem Guss. Seit 2008 haben alle Plankrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen nicht nur Anspruch auf pauschale Förderung ihrer Wiederbeschaffungen, sondern – nach Maßgabe der Übergangsregelung – einen ebenso pauschalen Anspruch auf Förderung ihrer baulichen Investitionen, und zwar unabhängig von konkreten Bauprojekten. Beide Pauschalen richten sich ausschließlich nach der tatsächlichen Leistung eines Krankenhauses, die durch vier Teilbeträge erfasst wird (§§ 1 bis 5 PauschKHFVO):

1. Fallwertbeträge für die Abrechnung von Fallpauschalen gem. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bemessungsgrundlagen sind hierbei die effektiven Bewertungsrelationen.
2. Tageswertbeträge für Abrechnungen nach der Bundespflegesatzverordnung, Bemessungsgrundlagen sind dabei die vollstationären und teilstationären Berechnungstage, die im Verhältnis 1,6 zu 1 gewichtet werden.¹¹
3. Budgetbeträge für Abrechnungen bestimmter weiterer Krankenhausleistungen,¹² Bemessungsgrundlage ist die Summe der entsprechenden Entgelte.

⁹ § 33 KHG NRW untersagte die planerische Zusammenfassung benachbarter Betriebsstellen eines Krankenhausträgers zu einem Krankenhaus, solange Abteilungen parallel vorgehalten wurden.

¹⁰ „Wir haben ... die Baupauschale in dieses Gesetz gebracht, weil ... die Investitionslisten ... nicht von mir verantwortet werden konnten.“ (Minister Karl-Josef Laumann anlässlich der 2. Lesung des Gesetzentwurfs, Plenarprotokoll 14/76, S. 8918).

¹¹ Diese Gewichtung wurde aus der vormaligen Pauschale gem. § 25 KHG NRW übernommen.

¹² Entgelte nach § 6 Abs. 2 a und § 7 Satz 1 Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 KHEntgG.

4. Ausbildungsbeträge für im Krankenhausplan im Ist ausgewiesene Ausbildungsplätze.

Wiederbeschaffungs- und Baupauschale unterscheiden sich dabei nur durch die Höhe der Multiplikatoren für die einzelnen Bemessungsgrundlagen, deren Verhältnis pragmatisch an das bisherige Verhältnis der jeweiligen Haushaltsmittel von rund 300 Mio. € zu 200 Mio. € angelehnt ist (Abbildung 11–1).

In der PauschKHFVO sind nur die Multiplikatoren für die Budgetbeträge und die Ausbildungsbeträge ausdrücklich fixiert. Der Multiplikator zur Ermittlung der Tageswertbeträge ist in § 3 PauschKHFVO nur indirekt als Prozentsatz des landesweiten „Psychiatriebudgets“, also der insgesamt auf diese Leistungen entfallenden Vergütungen, festgelegt (2,0 % bei der Wiederbeschaffungspauschale, 1,3 % bei der Baupauschale).¹³ Da der Haushaltsrahmen jeweils gewahrt bleiben muss, wird der Multiplikator zur Ermittlung der Fallwertbeträge als letzte Größe residual ermittelt.

§ 23 KHGG NRW ermöglicht über die pauschale Förderung hinaus auch die Festsetzung besonderer Beträge, sodass die finanziellen Voraussetzungen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung auch dann gewährleistet werden können, wenn sich eine Pauschale als unzureichend erweisen sollte.

Das neue Finanzierungssystem ist sowohl bei der Wiederbeschaffungspauschale als auch bei der Baupauschale mit Übergangsregelungen verbunden, wengleich aus ganz unterschiedlichen Gründen:

11

Abbildung 11–1

Ermittlung der Wiederbeschaffungs- und der Baupauschale anhand von für das Jahr 2005 geschätzter Werte

75 €	X	Bewertungsrelation Sonstige Entgelte Behandlungstage Ausbildungsplätze	X	50 €
2,5 %	X		X	1,6 %
4,30 € (voll)	X		X	2,70 € (voll)
2,70 € teil	X		X	1,70 € teil
100 €	X		X	64 €

= kurzfristige Pauschale

\longleftrightarrow
~ 3 : 2

= Bau-Pauschale

Quelle: MAGS NRW

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

¹³ Anfangs war vorgesehen, die prozentuale Festlegung unmittelbar auf die krankenhausesindividuellen Psychiatriebudgets zu beziehen. Dies hätte aber zu einer erheblichen Benachteiligung besonders kostengünstig tätiger Krankenhäuser geführt.

Die neue Wiederbeschaffungspauschale führt zwangsläufig zu Verlusten und Gewinnen gegenüber der bisherigen Förderung. Zur Anpassung an die neue Förderung werden daher Verluste, soweit sie 50 000 € übersteigen, gemäß § 10 PauschKHFVO über drei Jahre hinweg degressiv ausgeglichen, nämlich anfangs zu 75 %, im zweiten Jahr zu 50 % und im dritten Jahr zu 25 %.

Bei der baulichen Investitionsförderung war zwar kein Verlustausgleich erforderlich, wohl aber eine Übergangsregelung aufgrund der bestehenden Vorbelastungen aus alten Investitionsprogrammen. Denn trotz des Verzichts auf weitere Investitionsprogramme und zusätzlicher Mittel für die Ausfinanzierung bestehender Verpflichtungen bestanden immer noch erhebliche Vorbelastungen in Höhe von rund 240 Mio. € (MAGS NRW 2007). Die PauschKHFVO legt zwar einen um gut 10 % auf 190 Mio. € erhöhten Barmittelansatz zugrunde, davon sind aber auch die Vorbelastungen zu finanzieren.¹⁴

Für die Übergangslösung waren grundsätzlich zwei Wege denkbar, nämlich die anteilige Reduzierung der Baupauschale für alle Krankenhäuser oder die schrittweise Ausweitung des Förderkreises entsprechend der nach Finanzierung der Vorbelastungen verbleibenden Haushaltsmittel. Landesregierung und Parlament haben dem zweiten Weg den Vorzug gegeben, weil damit die übergangsweise reduzierten Haushaltsmittel mit Vorrang für die Krankenhäuser verwendet werden können, die im bisherigen Verfahren eher wenige Fördermittel erhalten haben. Dazu sieht die PauschKHFVO die Ermittlung einer Förderkennziffer vor, die im Kern den heutigen Wert der bisherigen Landesförderung bezogen auf die Größe eines Hauses als Maßstab verwendet.¹⁵ Mithilfe dieser Förderkennziffer lassen sich alle Plankrankenhäuser in eine eindeutige Reihenfolge bringen. Die Aufnahme in die Förderung eines Jahres beginnt dann jeweils bei dem Krankenhaus mit der niedrigsten Förderkennziffer und endet nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel. Nach den bisherigen Schätzungen wird diese Übergangsphase Ende 2011 abgeschlossen sein, sodass voraussichtlich ab dem Jahr 2012 alle förderberechtigten Krankenhäuser die Baupauschale erhalten.

14 Die Begründung der Übergangsregelung ist damit allein fiskalischer Natur. Inhaltliche Gründe einer Übergangsregelung unter dem Stichwort „ungleiche Startchancen“ erörtern beispielsweise Bublitz (2007) und Felder (2007). Sie spielten in der nordrhein-westfälischen Diskussion keine wesentliche Rolle, und wenn, dann vor allem mit Blick auf die Krankenhäuser, die im alten System in den Jahren 2006 und 2007 eine Förderung mit hoher Sicherheit hätten erwarten können, siehe dazu Abschnitt 12.6.

15 Gem. § 9 PauschKHFVO wird der heutige Wert der bisherigen Landesförderung definiert als Summe der zum 31.12.2006 bilanzierten und testierten Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Als leistungsbezogener Maßstab für die Größe eines Hauses dient die für 2008 ermittelte Baupauschale.

11.5 Flexible Verwendung und verwaltungsarmes Verfahren für die Baupauschale

Wesentliches Ziel des KHGG NRW war es, den Krankenhäusern größere Gestaltungsspielräume zu schaffen und dadurch mehr unternehmerische Freiheit zu bieten, aber auch mehr unternehmerische Verantwortung einzufordern. Das gilt insbesondere für die bauliche Investitionsförderung.

Für die Baupauschale ist daher ein ausgesprochen verwaltungsarmes Verfahren vorgesehen. Erforderlich ist nur eine einmalige Antragstellung. Dieser Antrag erfüllt die formelle Anforderung des § 9 KHG, er dient aber auch zur Übermittlung der notwendigen Bilanzdaten für die Ermittlung der Förderkennziffer. Die Bemessungsgrundlagen für die Festsetzung der Pauschalen sind der Landesregierung bereits aus der Genehmigung der Budgetvereinbarungen bekannt und müssen nicht mehr gesondert mitgeteilt werden.

Bei der Verwendung der Baupauschale gewähren die §§ 20, 21 KHGG NRW ein hohes Maß an sachlichen, zeitlichen und betragsmäßigen Gestaltungsspielräumen:

Sachlich bleiben die Krankenhäuser auch künftig ohne Einschränkung an die Zwecke des § 9 KHG gebunden. Anders als bisher müssen sie sich jedoch weder auf bestimmte förderfähige Zwecke festlegen noch müssen sie ihre Investitionsentscheidungen durch die Landesverwaltung genehmigen lassen.

Unter zeitlichen Aspekten dürfen die Krankenhäuser nicht verbrauchte Pauschalmittel auch in den Folgejahren verwenden. Umgekehrt dürfen sie die Fördermittel auch zur Finanzierung von Krediten verwenden, mit denen förderfähige Investitionsvorhaben vorfinanziert wurden. § 21 KHGG NRW schließt die Refinanzierung bereits laufender Kredite dabei grundsätzlich ebenso wenig aus wie die Finanzierung von Abschreibungen eigenfinanzierter Maßnahmen. Allerdings setzt auch die Verwendung der Baupauschale für bereits begonnene oder abgeschlossene Projekte ebenfalls voraus, dass diese Maßnahmen förderfähig waren. Die rückwirkende Verwendung der Baupauschale wird zudem insbesondere dann an Grenzen stoßen, wenn gleichzeitig die Erfüllung des Versorgungsauftrags neue förderfähige Investitionen zwingend erfordert.

Auch unter betraglichen Aspekten gewährt das KHGG NRW den Krankenhäusern beträchtliche Gestaltungsspielräume. Den Krankenhäusern ist es erlaubt, bis zu 30% der Wiederbeschaffungspauschale für Zwecke der Baupauschale zu verwenden. § 20 KHGG erlaubt darüber hinaus, Mittel der Baupauschale und entsprechende Anwartschaften an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser abzutreten. Eine solche Abtretung unterliegt der Zustimmung des Landes, die allerdings nur verweigert werden darf, wenn als Folge der Abtretung die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern gefährdet wäre, insbesondere, weil keine ausreichende Vorsorge für absehbar notwendige Investitionen getroffen ist oder Vorgaben des Krankenhausplans nicht eingehalten würden.

In einem solchen pauschalen Finanzierungssystem kann die bisherige Verwendungsnachweisprüfung der Bezirksregierungen keinen Platz mehr haben. Entsprechend den in Nordrhein-Westfalen bereits geltenden Vorschriften für die Wiederbeschaffungspauschale stellen die §§ 21, 30 KHGG NRW daher die Prüfung der Verwendung der Baupauschale ebenfalls in die Verantwortung der Wirtschaftsprüfer.

11.6 Die Baupauschale in der Diskussion

Angesichts des Systemwechsels bei der Bauförderung überrascht nicht, dass dieser Bestandteil des KHGG NRW die meisten Diskussionen ausgelöst hat.¹⁶ Überraschend mag schon eher sein, dass die Baupauschale von Beginn an auf grundsätzlich positive Resonanz stieß, insbesondere bei den Krankenhäusern selbst.¹⁷ Deren wesentliche Kritik richtete sich vor allem gegen die aus ihrer Sicht unzureichende Höhe der Haushaltsmittel für die Baupauschale. So forderte die KGNW mindestens eine Verdoppelung der Mittel – ohne aber die Systemreform in Frage zu stellen.

Der zusätzliche Einwand, die Fördermittel würden bei einer Vorfinanzierung von Baumaßnahmen durch die Zinskosten deutlich reduziert, ist dagegen ökonomisch schwer nachvollziehbar. Zinsen sind der Preis einer zeitlichen, risikobehafteten Transformation zukünftiger in heutige wirtschaftliche Verfügungsrechte. Sie sind der ökonomische „Widerpart“ der wirtschaftlichen Vorteile, die mit einer zeitlich vorgezogenen Maßnahme einhergehen – und mit diesen abzuwägen. Lässt man sich jedoch auf das Argument ein, dann gilt es zwangsläufig auch umgekehrt: Krankenhäuser können dann auch beliebig „Fördergewinne“ realisieren, wenn sie Maßnahmen zugunsten von Zinseinkommen zeitlich hinausschieben.

Inhaltlich gewichtiger waren andere Einwände: Kritisiert wurde zum Beispiel, dass die Höhe der Baupauschale nicht rechtsverbindlich sei und somit als Grundlage für eine Kreditfinanzierung ausscheide. Die Höhe der jährlichen Haushaltsmittel ist in der Tat für die Zukunft nicht garantiert – lässt sich aber auf dem Boden unseres Grundgesetzes in letzter Konsequenz auch nicht garantieren. Auch die individuelle Höhe eines Förderbetrages ist nicht garantiert – auch sie lässt sich aber in einem solchen System nicht garantieren, weil ja auch die Leistungen des Krankenhauses nicht garantiert sind. Zutreffend ist schließlich ebenfalls, dass die Baupauschale als isolierte Kreditgrundlage auch deshalb ausscheidet, weil der Förderanspruch zwar auf andere Krankenhäuser, aber nicht an eine Bank abgetreten werden darf.

Die Krankenseite zog daraus die Konsequenz, die Baupauschale müsse grundsätzlich mit einer Landesbürgschaft verbunden werden. Das war und ist aber aus ordnungspolitischen Gründen nicht akzeptabel. Denn eine allgemeine Landesbürgschaft hätte zwangsläufig zwei Risiken zugleich abgesichert: Das allgemeine Risiko reduzierter Haushaltsansätze und das betriebsindividuelle Risiko von Leistungsrückgängen. Daher ist aus bisheriger Sicht diese „mangelnde“ Sicherheit der Baupauschale hinzunehmen, aber auch in ihren Wirkungen vertretbar. Denn die Unsicherheit der Baupauschale unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Unsicherheit jeder unternehmerischen Investition und der sie begleitenden politischen Rahmenbedingungen. Auch ein Krankenhaus muss seine Kreditwürdigkeit im Kern durch seine betriebliche Leistungskraft und seine wirtschaftlichen Perspektiven „verdienen“. Wenn diese Kreditwürdigkeit aus Sicht der Märkte nicht gegeben ist, wäre der Staat auch bei der Einzelförderung gut beraten, seine Förderung sehr sorg-

16 Auf die rechtlichen Aspekte dieser Diskussion wird im Folgenden nicht eingegangen. Siehe dazu ausführlich Stollmann (2008).

17 Siehe hierzu und zum Folgenden insbesondere die öffentliche Anhörung des Landtags Nordrhein-Westfalen am 17.10.2007, APr 14/508 sowie die zugrunde liegenden schriftlichen Stellungnahmen im online-Dokumentenarchiv des Landtags Nordrhein-Westfalen (www.landtag.nrw.de).

fällig zu prüfen. Das Gleiche gilt unter den Bedingungen der Baupauschale, die ja individuelle Bürgschaften, Zinssubventionen oder auch besondere Beträge nicht ausschließt.

Inhaltlich gewichtig war auch der Einwand, die aus der Betriebskostenfinanzierung der Krankenkassen entnommenen Leistungsmaßstäbe seien nicht auf die Investitionsbedarfe bezogen und daher ungeeignet. Überbewertet seien insbesondere Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, z. B. in der Herzchirurgie, sowie Leistungen mit Implantaten und Stents z. B. in der Orthopädie oder der Kardiologie und hoch spezialisierte Fachkliniken ohne Notfallversorgung. Dieser Einwand trifft grundsätzlich zu. Er wird jedoch insoweit gemildert, als sich die Unter- und Überbewertung von Leistungen innerhalb eines Krankenhauses und – angesichts der Abtretungsmöglichkeiten – eines Verbundes häufig ausgleichen werden. Gleichwohl wäre eine entsprechende Kalkulation analog der DRGs grundsätzlich sinnvoll, wenn sie bundesweit durchgeführt würde. Anders als bei den laufenden Kosten ist die Kalkulationsgrundlage für die Investitionen allerdings schwerer zu bestimmen. Auch bei eigenfinanzierten Maßnahmen müsste ex post zwischen förderfähigen und nicht förderfähigen Aufwendungen unterschieden werden. Über Aufwendungen für Neubauten, die zwar als notwendig betrachtet werden, aber bislang nicht realisiert sind, könnte zudem nur spekuliert werden.

Kritisch hinterfragt wurde in der Diskussion auch die künftige Sicherung einer flächendeckend bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, insbesondere im ländlichen Raum. In der Landtagsanhörung gingen die Sachverständigen jedoch fast durchgängig davon aus, dass die Baupauschale für den ländlichen Raum weder systematische Vorteile noch systematische Nachteile biete. Vielmehr komme es auf das Zusammenspiel eines ganzen Bündels von Einflussfaktoren im Einzelfall an, insbesondere der Bausubstanz, der Einrichtungsgröße, der Leistungsstruktur und der Bonität der Einrichtung.

Auch wenn der Systemwechsel von den Krankenhäusern grundsätzlich positiv bewertet wurde, gab es vor allem seitens der Politik auch grundsätzliche Befürchtungen: Der Staat gebe einerseits unverzichtbare Interventionsmöglichkeiten auf, andererseits „versickerten“ knappe Fördermittel bei Einrichtungen ohne konkrete Investitionsplanungen. Der erste Einwand ist unzutreffend, weil § 23 KHGG NRW sehr wohl besondere Beträge ermöglicht. Individuelle Bürgschaften und Zinssubventionen sind weitere und zudem systemverträglichere strukturpolitische Möglichkeiten. Konkrete Investitionsplanungen können und dürfen bei der Baupauschale dagegen in der Tat keine Rolle spielen, weil ja nicht nur die Vorfinanzierung, sondern auch die Verwendung von Pauschalmitteln in späteren Jahren zulässig ist. „Sickerverluste“ im engeren Sinne könnten also nur dann entstehen, wenn Krankenhäuser dauerhaft keinen Investitionsbedarf haben – was schwer vorstellbar ist.

Dass der Systemwechsel besondere Härten für die Krankenhäuser bedeutete, die im alten Verfahren praktisch sicher von einer unmittelbar bevorstehenden Einzelförderung ausgehen konnten, ist unvermeidlich. Die Kritik, den Krankenhäusern gehe durch den Verzicht auf Investitionsprogramme in den Jahren 2006 und 2007 insgesamt Geld verloren, kann allerdings nicht überzeugen. Denn die Barmittel des Landes wurden seit 2005 nicht reduziert, sondern im Gegenteil bis einschließlich 2008 sogar um insgesamt 180 Mio. € erhöht. Bisherige Einzelförderung und Bau-

pauschale unterscheiden sich also offenkundig nicht durch das „Wie viel“, sondern nur durch das „Wofür“.

Weitreichende Übereinstimmung bestand hingegen in einer Frage: Bei einem so grundlegenden Systemwechsel kann nicht erwartet werden, dass jedes Element von Anfang an genau richtig geformt ist. Deshalb war es gemeinsame Überzeugung aller Beteiligten, dass die Baupauschale durch ein Monitoring begleitet werden muss, das Fehlentwicklungen frühzeitig erkennt und Nachjustierungen des Systems ermöglicht.

11.7 Erste Zwischenbilanz

Der Systemwechsel bei der baulichen Investitionsförderung in Nordrhein-Westfalen muss sich zwar in der Praxis noch beweisen. Das erste Zwischenfazit ist jedoch positiv. Der Systemwechsel wird von der großen Mehrheit der Krankenhäuser grundsätzlich positiv bewertet. Der Bankensektor zeigt sich aufgeschlossen, benennt aber auch die Besonderheiten des Marktes und seine Risiken. Der Verband der Wirtschaftsprüfer als dritter Partner im neuen System hat die Entwicklung der Baupauschale von Beginn an sehr konstruktiv begleitet.

Nachhaltigen Erfolg wird die Baupauschale dann haben, wenn alle Beteiligten ihre neuen Rollen annehmen und ausfüllen. Die Krankenhäuser müssen sich von den bisherigen administrativen auf unternehmerische Finanzierungswege umstellen. Das erfordert vor allem eine langfristig überzeugende unternehmerische Planung als unverzichtbare Voraussetzung für die Kreditgewährung der Banken. Das ist längst noch nicht für alle Krankenhäuser eine Selbstverständlichkeit. Die Banken stehen ihrerseits vor erheblichen Herausforderungen bei der Beurteilung von Krankenhauskrediten und dem Rating der entsprechenden Häuser – auch diese Kompetenz ist zurzeit noch keineswegs überall vorhanden. Die Wirtschaftsprüfer sind derzeit gefordert, Standards für ihre erweiterten Prüfungsaufgaben zu entwickeln.

Aber auch die Rolle des Landes wird sich verändern: Planungsentscheidungen müssen ökonomische Aspekte in weit stärkerem Maße als bisher berücksichtigen, weil es vor dem Hintergrund der Baupauschale nicht nur um die planerische Deckung eines Versorgungsangebotes mit grundsätzlicher Garantie der Investitionsentscheidung durch den Staat geht, sondern um ökonomisch tragfähige, insbesondere durch den Träger mithilfe der Baupauschale finanzierbare Versorgungsangebote. Gleichzeitig muss das Interventionsinstrumentarium systemkonform neu entwickelt und die Interventionsschwelle bestimmt werden.

Gelingt all dies, dann wird die Baupauschale Nordrhein-Westfalen auch die Diskussion um die Monistik neu beleben, weil sie monistische Steuerungselemente wirken lässt, ohne die bisherige Kompetenzverteilung und den Finanzausgleich zwischen Bund, Ländern und Krankenkassen zu verändern oder indirekt in die Haushaltshoheit der Länder einzugreifen¹⁸ Eine solche bundespolitische Ausstrah-

¹⁸ Das ist der entscheidende Unterschied zu den Überlegungen Sachverständigenrat (2007), Bublitz (2007), Rürup (2007), Tuschen (2007).

lung war nicht Ziel der nordrhein-westfälischen Reform. Aber sie könnte eine positive Nebenwirkung sein.

11.8 Literatur

80. Gesundheitsministerkonferenz. Zukunft der Krankenhausversorgung. Umlaufbeschluss Dezember 2007. Abrufbar unter www.gmkonline.de.
- Bublitz T, Augurzky B. „Modell 21“ Regionale monistische Finanzierung. Berlin: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. 2007. Abrufbar unter www.bdpk.de/media/file/233.BDPK_Modell_21.pdf.
- Felder S, Fetzer S, Wasem, J. „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 143–53.
- Koalitionsvereinbarung von CDU und FDP zur Bildung einer neuen Landesregierung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 20. Juni 2005.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Gesetzentwurf der Landesregierung: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW). Landtags-Drucksache 14/3958 vom 12.03.2007.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW). Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung. Informationen zur Baupauschale NRW. Düsseldorf, August 2007.
- Rürup B, Albrecht M, Igel C, Häussler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Berlin, 12. März 2008. Abrufbar unter www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008.
- Rüttgers J. Nordrhein-Westfalen kommt wieder: Mehr Selbstbestimmung wagen. Regierungserklärung des Ministerpräsidenten vor dem Landtag Nordrhein-Westfalen am 13. Juli 2005. Abrufbar unter www.nrw.de/Presseservice/Regierungserklaerungen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Deutscher Bundestag, Drs. 16/6339 vom 07.09.2007.
- Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2006
- Stollmann F. Krankenhausfinanzierungsrecht – Bundesrechtskonformität der pauschalen Bauinvestitionsförderung. Gesundheitsrecht 2008, 7: 348–52.
- Tuschen K. Stand und Perspektiven der Krankenhausfinanzierung. Deutscher Krankenhaustag 2007, Düsseldorf 15.11.2007. Abrufbar unter www.deutscher-krankenhaustag.de.

12 Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen

Jörg Friedrich und Andreas Beivers

Abstract

Zwischen flächendeckender, wohnortnaher Versorgung und einer zentrierten und spezialisierten Form besteht zweifelsfrei ein Zielkonflikt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie viele Patienten unabhängig von bereitgestellter, wohnortnaher Versorgung schon jetzt nicht das nächstgelegene Krankenhaus wählen, sondern entferntere Krankenhäuser aufsuchen, die aufgrund von Größe, Spezialisierung o. ä. geeigneter erscheinen. Die folgende Studie untersucht auf Basis von mehr als sechs Millionen Krankenhausfällen des Jahres 2006 von AOK-Versicherten, welchen Stellenwert das geographisch nächste Krankenhaus in der Patientenversorgung tatsächlich besitzt und welche zusätzlichen Wege für Patienten resultieren, wenn ein anderes Krankenhaus die Leistung erbringt. Die zurückgelegten Patientenwege bei Elektiv- und Notfällen werden am Beispiel der Leistung „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ verglichen. Die Ergebnisse liefern klare Indizien für eine bewusste Krankenhauswahl unter Inkaufnahme zusätzlicher Wege.

Nationwide close-to-home health care supply and a centralized and specialized form of health care are undoubtedly conflicting goals. Against this background, the question arises how many patients regardless of available close to home health care supply do not choose the nearest hospital but more distant hospitals instead which seem to be more appropriate by virtue of their size, specialization, etc. Based on more than six million hospital cases of AOK insurees in 2006, the following study analyses the significance of the geographically closest hospital in patient care and how far patients need to travel if another hospital provides the services. The distances travelled by patients regarding elective and emergency cases are compared based on the example of implantations of hip endoprostheses". The results provide clear evidence that patients deliberately choose hospitals while accepting having to travel additional distances.

12.1 Ausgangslage: Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei zunehmender Patientensouveränität

Rund 2.000 deutsche Krankenhäuser versorgen jährlich ca. 17 Mio. Patienten und leisten damit einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung von kranken Menschen. In ihrer Vielfalt an unterschiedlichen Trägern und wohnortnahen Standorten, welche an dem Zentrale-Orte-Konzept ausgerichtet sind, bieten sie flächendeckend eine hochwertige medizinische Versorgung.

Deren Sicherstellung für die Bevölkerung ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, die dem Sozialstaatsprinzip entspringt. Um in Deutschland eine Flächendeckung über das gesamte Bundesgebiet sicherzustellen, wird auf planerischer Seite versucht, eine Dekonzentration von Krankenhausbetrieben sicherzustellen und auch kleinere Krankenhausstandorte im Raum zu verteilen, um die resultierenden Wege für Patienten und deren Angehörige gering zu halten. Die Umsetzung der flächendeckenden Krankenhausversorgung geschieht über die staatliche Angebotsplanung, d. h. über die Krankenhauspläne der einzelnen Bundesländer (Neubauer und Beivers 2006, S. 49). Die staatliche Angebotsplanung geht typischerweise von einer Abschätzung des Bedarfes aus. Diese Bedarfsplanung bzw. Bedarfsschätzung folgte und folgt der analytischen Bettenberechnungsformel, nach der sich aus der Bevölkerung, der durchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer pro Behandlung, und schließlich der Kapazitätsauslastung letztlich die Zahl der Planbetten errechnen lässt (Neubauer 2007).

Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist gemäß den verschiedenen, planerischen Versorgungsaufträgen hierarchisch aufgebaut. Demzufolge sollen eine größere Anzahl von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung die wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung gewährleisten¹ und weite Wege für die Patienten zu vermeiden. Eine geringere Anzahl von Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung sollen vor allem die spezialisiertere, medizinisch komplexere Versorgung übernehmen.

Mit steigendem Wettbewerbsdruck konkurrieren nun die Krankenhäuser miteinander, und dies nicht nur auf gleicher Versorgungsstufe bzw. mit gleichem Versorgungsauftrag (sog. horizontaler Wettbewerb), sondern auch zwischen den Versorgungsstufen (sog. vertikaler Wettbewerb). Generell ist immer auch ein gewisser Prozentsatz der Patienten bereit, ein Haus der höheren Versorgungsstufe aufzusuchen, auch wenn ein wohnortnäheres Haus der niedrigeren Versorgungsstufe die benötigte Leistung ebenfalls anbietet (Neubauer 2007). Dies gilt insbesondere für Patienten, die keine Notfälle sind und ihre stationäre Behandlung zeitlich planen können. Beide Richtungen des Wettbewerbs setzen eine gewisse Erreichbarkeit der Krankenhäuser für den jeweiligen Patienten voraus.

Dieser Wettbewerb geht einher mit der zunehmend selbstverständlich gewordenen Wahlfreiheit der Patienten gegenüber ihrem Krankenhaus. Zwar ist der Patient nach wie vor auf die Krankenhauseinweisung seines behandelnden Vertragsarztes angewiesen, faktisch ist aber eine freie Krankenhauswahl eingetreten (Neu-

¹ Siehe: Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG

bauer 2008), in der die Patienten das Krankenhaus gemäß ihren Präferenzen mitbestimmen. In der Helios-Herbstumfrage 2005 gaben 71 % der Befragten an, im Falle einer anstehenden geplanten Krankenhausbehandlung letztendlich selbst die Entscheidung der Klinikauswahl zu treffen (Helios 2005). Nicht zuletzt nach Einführung der Qualitätsberichte im Jahr 2005 und deren zunehmender Konkretisierung im Jahre 2008 nimmt die Bedeutung der Qualitätstransparenz für die Marktpositionierung der im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser zu (Schaeffer 2006). Durch Qualitätstransparenz kann die Patientensouveränität gestärkt werden, indem gerade Patienten bei geplanten Leistungen aufgrund objektivierbarer Informationen eine verstärkte Einflussnahme bei der Auswahl eines für sie geeigneten Krankenhauses erreichen (Dierks et. al. 2001).

In der Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung des Jahres 2006 zu Qualitätsinformationen und Vergleichen von Leistungserbringern aus Sicht der Versicherten finden sich unter den zehn wichtigsten Qualitätsinformationen für die Krankenhauswahl Faktoren wie die Qualifikation der Ärzte (Rang 1), des Pflegepersonals (Rang 3) und die Hygiene/Sauberkeit der Klinik (Rang 2) auf den ersten drei Plätzen. Die Nähe zum Wohnort haben 79 % der Befragten als wichtiges Kriterium angegeben (Garaedts 2006). Eine allgemeingültige Wertigkeit von Wohnortnähe lässt sich daraus aber nicht ableiten, da die Präferenzlage auch davon abhängt, welche Art von Krankenhausbehandlung geplant wird, also ob ein Leistungserbringer für eine komplizierte Herzoperation oder für eine einfache Hernien-OP auszuwählen ist. Im zweiten Fall dürfte neben dem Qualitätsaspekt auch die Wohnortnähe ein wesentlicher Faktor sein, bei der Herzoperation wäre dagegen zu vermuten, dass die Wohnortnähe nur eine nachgelagerte Rolle spielt.

Leister und Stausberg (2007) stellen in ihrer Studie fest, dass die befragten Patienten ihren eigenen Erfahrungen bei der Krankenhauswahl am meisten vertrauen, gefolgt von den Empfehlungen des behandelnden Arztes, der Existenz eines zertifizierten Qualitätsmanagements sowie positiven Pressemeldungen. Liegen aber weder eigene Erfahrungen noch Empfehlungen Dritter vor, gewinnen Faktoren wie das äußere Erscheinungsbild und die Entfernung vom Wohnort steigenden und signifikanten Einfluss auf die Wahl des Leistungserbringers.

12.2 Zielsetzung: Empirische Validierung der Patientenwege

Zwischen einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung und einer zentrierten, spezialisierten besteht ein Zielkonflikt. Dies zeigt sich auch an der öffentlich geführten Diskussion im Zusammenhang mit der Einführung von Mindestmengen in der stationären Versorgung: Deren zwangsläufige Auswirkungen auf die Patientenwege ins Krankenhaus sind Teil des Auftrags an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur „Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in 2004 (IQWiG 2006). Insbesondere vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie viele Patienten unabhängig von der bereitgestellten, wohnortnahen Versorgung schon jetzt nicht das nächstgelegene Krankenhaus wählen, sondern entferntere

Krankenhäuser aufsuchen, die aufgrund ihrer Größe, Spezialisierung o. ä. geeigneter erscheinen.

Der Versorgungsgrad der Bevölkerung – gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern – ist gemäß einer Analyse des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) im Rahmen der Raumordnungsberichtserstattung als sehr gut zu bewerten. Legt man die notwendige Pkw-Fahrzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandortes zugrunde, so wohnten 2004 rund drei Viertel der Bevölkerung innerhalb eines 10-Minuten-Radius und fast 98 % innerhalb eines 20-Minuten-Radius um das jeweils nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Nur etwa 2,3 % der Bundesbevölkerung benötigen mehr als 20 Minuten zum nächsten Krankenhaus (Beivers und Spangenberg 2008).

Die hier vorliegende Studie geht darauf aufbauend und auf Basis fallbezogener Daten der Frage nach, welchen Stellenwert das geographisch nächste Krankenhaus in der Patientenversorgung tatsächlich besitzt und welche zusätzlichen Wege die Patienten für eine Behandlung zurücklegen. Dabei wird insbesondere untersucht, inwieweit sich Unterschiede zwischen Notfall- und elektiver Behandlung nachweisen lassen. Die Hypothese lautet, dass die Bedeutung der wohnortnächsten Behandlung bei elektiven Leistungen geringer ist als bei Notfällen und somit vergleichsweise weitere Patientenwege zurückgelegt werden.

In diesem Beitrag werden elektive Leistungen als solche von bedingter zeitlicher Dringlichkeit verstanden: Zwischen der Feststellung der stationären Behandlungsnotwendigkeit und der konkreten Leistungserbringung steht den Beteiligten i. d. R. genügend Zeit zur Verfügung, Informationen einzuholen sowie Ort und Zeitpunkt der Leistungserbringung zu planen. Nickel et al. (2007) definieren als elektive Operationen jene Eingriffe im Krankenhaus, die Teil der (OP-)Terminplanung sind, wobei elektive Leistungen fraglos auch im Bereich konservativer Therapieformen zu finden sind.

Bei Notfällen ist eine derartige Terminplanung ex ante dagegen nicht möglich. Notfälle sind vor allem durch ihre hohe Dringlichkeit und das gebotene, schnelle medizinische Eingreifen charakterisiert. Im Rahmen der aktuellen ordnungspolitischen Diskussion über die mögliche Vertragsgestaltung bei elektiven Krankenhausleistungen ist die Definition einer Abgrenzungsregel zwischen Elektiv- und Notfällen von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang schlagen Leber et al. (2008) als Aufgreifkriterium, das auch den Kostenträgern zur Prüfung zur Verfügung stünde, die Art des Zugangsweges in das Krankenhaus vor: Wird der Patient im Rettungstransportwagen gebracht, so ist die Leistung mit ziemlicher Sicherheit als Notfall einzustufen, sucht der Patient selbstständig ein Krankenhaus auf, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Elektivleistung (Leber et. al 2008, S. 94).

12.3 Untersuchungsmethodik

Um die aufgestellten Thesen zu untersuchen, wird auf Basis der Krankenhausfälle von AOK-Versicherten die räumliche Mobilität bei elektiven Leistungen und Notfällen vergleichend untersucht.

12.3.1 Datengrundlage

Die nachfolgenden Analysen basieren auf den Abrechnungsdaten des Jahres 2006 von AOK-Patienten aus dem Verfahren nach § 301 SGB V. Insgesamt gehen ca. 6,3 Millionen Fälle ein. Das entspricht mehr als einem Drittel (36,4%) des gesamten vollstationären Fallvolumens in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2007). Dieser Datensatz enthält neben allen zum Fall gehörigen Diagnosen und Prozeduren u. a. Informationen über den Fallverlauf, Patientenalter, zu Zeitpunkten von Aufnahme und Entlassung und das eindeutige Institutionskennzeichen (IK) des erbringenden Krankenhauses.² Darüber hinaus liegt die fünfstellige Postleitzahl des jeweiligen Versichertenwohnorts vor.

Eine Auswertung allein auf Basis von AOK-Daten steht zwar unter dem Vorbehalt des Einflusses durch Kassenspezifika, jedoch ist dies für die untersuchte Fragestellung von nachrangiger Bedeutung. Zudem stehen die Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), für die diese Einschränkungen nicht gelten, aufgrund der zweckgebundenen Übermittlung an die Vertragspartner nach § 17 KHG nicht zur Disposition (vgl. IQWiG 2006, S. 21).

12.3.2 Geokodierung der Krankenhausstandorte

Die erbringenden Krankenhäuser können anhand ihrer Anschrift geographisch genau lokalisiert und über das Institutskennzeichen mit dem konkreten Fall verknüpft werden. Im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V wird im Falle einer Fusion mehrerer Einrichtungen i. d. R. nur das IK der zentralen Einrichtung des neu entstandenen Krankenhausverbundes übermittelt. Die konkret erbringende Betriebsstätte ist dann i. d. R. nicht mehr ermittelbar, auch wenn sich bei einigen Verbänden über Eigenschaften im Datensatz, wie z. B. der krankenhauses internen Fallnummer, eine Entschlüsselung vornehmen lässt. Die im Fall von Verbänden gemessenen Distanzen zwischen Patientenwohnort und dem Ort der Leistungserbringung bilden somit im Mittel nicht die tatsächlichen Distanzen ab, sondern überhöhte. Die Dynamik im Bereich von Fusionen erschwert daher insbesondere Mehrperiodenbetrachtungen zur untersuchten Fragestellung: Bei angenommener Konstanz von realen Distanzen im Zeitverlauf würde jede zusätzliche Fusion die gemessenen Werte tendenziell erhöhen.

Wird ein in Hamburg wohnhafter Patient während der Wintersaison im Krankenhaus eines alpinen Skigebietes wegen einer unfallbedingten Fraktur stationär behandelt, so liegt der Verdacht nahe, dass der Weg ins Krankenhaus seinen Ursprung nicht am Patientenwohnort hatte. Für den überwiegenden Teil der Notfälle ist die Datenlage allerdings nicht so eindeutig wie in diesem Beispiel: Im Falle von Notfallbehandlungen kann nicht zwischen wohnortferner, aber notfallnaher Versorgung und tatsächlich angefallenen Patientenwegen zwischen Wohnort und Krankenhaus unterschieden werden. Daher sind die gemessenen Patientenwege für Notfälle sicherlich größer als die tatsächlich angefallenen. Der Umkehrschluss, dass

² Eine vollständige Darstellung des Datensatzes sowie die komplette Verfahrensbeschreibung findet sich in der technischen Anlage zum § 301 SGB V (www.team301.de).

jegliche Distanzen, die über einen hypothetischen Patientenweg in das wohnort-nächste Krankenhaus hinausgehen, auf eine solche Konstellation zurückzuführen sind, ist jedoch fragwürdig und kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht überprüft werden. Bei Elektivleistungen resultieren diese Verzerrungen in den Messwerten nicht: Da Ort und Zeitpunkt der Leistungserbringung im Voraus geplant sind, ist davon auszugehen, dass der Patientenweg zwischen Wohnort und Krankenhaus tatsächlich angefallen ist.

12.3.3 Geokodierung der Patientenwohnorte

Für die Messung von Distanzen zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung auf Fallebene muss jedem Patienten eine Wohnort-Koordinate zugeordnet werden. Im vorliegenden Datensatz ist eine fünfstellige Postleitzahl vorhanden, Informationen über Straße und Hausnummer fehlen. Um die daraus resultierenden Unschärfen bei der Messung zu minimieren, müssen die Versicherten innerhalb des zugeordneten Postleitzahlengebiets verteilt werden. Eine Verortung aller Patienten auf den geographischen oder geometrischen Mittelpunkt des jeweiligen Postleitzahlenbezirks könnte für die untersuchte Fragestellung zu unzutreffenden Messergebnissen führen: Verzerrungen wären insbesondere für großflächige Postleitzahlengebiete anzunehmen.

Neben den generellen Erreichbarkeitsanalysen von Krankenhäusern z.B. des BBR oder der Universität Bonn existieren deutschsprachige Publikationen zu Patientenwegen im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen, die auf fallbezogenen Daten beruhen (z.B. IQWiG 2006, Roeder et al. 2004). Dabei zielen Roeder et al. auf die zusätzlichen Wege aufgrund von Verlegungen ab. Sie betrachten daher die zusätzlichen Distanzen zwischen den beteiligten Krankenhäusern, nicht jedoch die zwischen Patientenwohnort und Krankenhaus.

Der methodische Prototyp des IQWiG setzt sich dagegen detailliert mit den Fragen der Geokodierung von Patientenwohnorten auseinander, für den Fall, dass die umfangreiche Postanschrift des Patienten nicht vorliegt, sondern nur eine Postleitzahl (IQWiG 2006). Ausgehend von einer vierstelligen Postleitzahl wird ein Modell vorgeschlagen, in dem die Fälle zunächst nach einem Verteilungsschlüssel auf fünfstelligen PLZ-Gebiete verteilt werden. Diese werden im Weiteren als Kreis angenommen, dessen Fläche und Mittelpunkt denen des jeweiligen Postleitzahlenbereichs entspricht. Allen Behandlungsfällen wird dann eine zufällige Koordinate innerhalb dieses Kreises zugewiesen, die dann für die Distanzmessung im Einzelfall Verwendung findet (ebd., S 26f).³

Für den hier vorliegenden Beitrag wird diese Methode leicht modifiziert: Die einzelnen Postleitzahlenbereiche liegen in Form von geokodierten Polygonen vor. Anhand dieser Information lassen sich die tatsächlichen Formen und Ausmaße der

³ Diese kreisförmige Darstellung entspricht natürlich nicht der realen Form des jeweiligen Postleitzahlenbereichs, weshalb aus dem vom IQWiG vorgeschlagenen Verfahren Koordinaten resultieren, die außerhalb der tatsächlichen Form liegen, mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Messergebnisse. Ausgehend von einer originären vierstelligen PLZ-Information relativierte sich der Effekt dahingehend, dass Koordinaten innerhalb der konstruierten Kreisform, aber außerhalb des fünfstelligen PLZ-Bezirks ggf. wieder innerhalb des vierstelligen liegen.

Postleitzahlengebiete genau abbilden. Zur Verortung der Patienten wird in einem ersten Schritt das gesamte Bundesgebiet mit einem Raster aus Planquadraten von ca. 222 Metern Seitenlänge überzogen. Für jedes einzelne dieser Quadrate wird bestimmt, in welchem PLZ-Polygon sich die Fläche des Quadrates überwiegend befindet und so einem Postleitzahlengebiet eindeutig zugeordnet. Die Mittelpunkte der Planquadrate stehen dann als Koordinaten für die zufällige Verteilung der Patienten zur Verfügung.

Das fünfstellige Postleitzahlengebiet ist im Modell die kleinste geographische Einheit zur Verteilung der Patienten in der Fläche. Daraus resultiert, dass innerhalb sehr großer Postleitzahlengebiete Patientenadressen in ggf. unbewohnten oder dünn besiedelten Arealen genauso häufig vergeben werden wie solche in dichter besiedelten. Die Auswirkungen auf die Messergebnisse lassen sich aufgrund der Datenlage im vorliegenden Beitrag nicht ermitteln, allerdings ist anzunehmen, dass die gemessenen Distanzen die realen Werte überschätzen. Mit abnehmender Größe der Postleitzahlenbezirke sinkt auch dieser Effekt aus der gewählten Verteilungsmethode.

Mit verbesserter Datenlage ließe sich die Verteilung noch verbessern, z.B. wenn

- polygone Beschreibungsmodelle und geeignete Verteilungsschlüssel auf geographischen Einheiten unterhalb der fünfstelligen PLZ vorlägen
- oder die vollständige Patientenadresse bekannt wäre.

Abgesehen von den datenschutzrechtlichen Fragestellungen wäre der Mehraufwand für die Durchführung der Analyse in letzterem Fall allerdings enorm.

12.3.4 Distanzmessung

Die gemessene räumliche Distanz zwischen Wohnort und Leistungserbringer wird im Weiteren als „Patientenweg“ bezeichnet. Deren Darstellung erfolgt als Luftliniendistanz, somit werden keine realen Wege in Form von PKW-Kilometern oder resultierenden Wegezeiten in Minuten dargestellt. Diese sind auch nicht Gegenstand des vorliegenden Beitrags, sondern vergleichende Analysen relativer Distanzen zwischen verschiedenen Patientengruppen.

Den Ergebnissen aus den Methodentests des IQWiGs zufolge ist die Luftlinienentfernung sehr gut geeignet, grundsätzliche Aussagen über die relativen Distanzen zwischen Patientenwohnort und Krankenhausstandort zu treffen: Die Ermittlung des wohnortnächsten Krankenhauses nach Luftlinie und desjenigen nach PKW-Distanz führte fast durchgängig zum selben Ergebnis.⁴

⁴ „Es wurde anhand einer zufälligen Stichprobe (5 000 Fälle) (...) getestet, ob mit der Luftlinie das für den Patienten zum Wohnort nächstgelegene Krankenhaus ermittelt werden kann. Mit dem nächstgelegenen Krankenhaus aus Patientensicht wird hierbei das Krankenhaus mit der kürzesten Entfernung (PKW-Entfernung) zum Wohnort gemeint. Der Test hat ergeben, dass für 10% der Fälle das über die Luftlinie ermittelte Krankenhaus nicht das über die kürzeste Entfernung nächstgelegene Krankenhaus ist. Bei 81% dieser Fälle liegt die Abweichung der Entfernung zum über die Luftlinie ermittelten Krankenhaus im Vergleich zur kürzesten Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus unter 20%.“ (IQWiG 2006, S. 30)

Zudem sprechen auch pragmatische Gründe für die Verwendung der Luftlinienentfernung als Ermittlungsmethode einer relativen Distanz: Bei der Verwendung großer Stichproben, wie der hier vorliegenden, ergeben sich aus der Kombinatorik mit allen in Frage kommenden Leistungserbringern zur untersuchten Fragestellung immens viele Rechenoperationen, die notwendig sind, um zu jedem Einzelfall mit seinen individuellen Geokoordinaten das nächste Krankenhaus zu ermitteln, so wie es das gewählte Untersuchungsdesign hier vorsieht.

Für die untersuchte Fragestellung der vergleichenden Analyse von Patientenwegen bei elektiven Leistungen und Notfällen ist die Näherung über die Luftliniendistanz daher hinreichend genau und performant.

12.3.5 Bestandsaufnahme: Patientenwege in Deutschland

Tabelle 12–1 zeigt die zehn Basis-DRGs⁵, zu denen die durchschnittlich zurückgelegte Distanz der Patienten in Kilometer im Jahr 2006 am größten war.

Demnach wandern Patienten erwartungsgemäß am weitesten für sehr komplexe und spezialisierte Eingriffe, die nur von wenigen Krankenhäusern der Bundesrepublik erbracht werden. Für das Beispiel der geschlechtsumwandelnden Operationen sind es 30 Krankenhäuser, die diesen Eingriff vornehmen. Zu dieser Leistung kann im arithmetischen Mittel eine Luftliniendistanz von 183,0 km zwischen dem Patientenwohnort und dem Ort der Leistungserbringung festgestellt werden. Dieser Mittelwert unterliegt dem Einfluss von „Ausreißern“ mit sehr großen Distanzen. Aus diesem Grund wird auch der Wert des Median ausgewiesen: Für 50 % der Patienten wurde der Wert von 126,9 km nicht überschritten. Gemäß der eingangs formulierten Definition handelt es sich hierbei um eine elektive Leistung.

Die kürzesten Distanzen entfallen auf Patienten mit medizinisch relativ einfachen, oftmals auch ambulant durchführbaren Leistungen (Tabelle 12–2).

12.4 Empirische Detailuntersuchungen am Beispiel der Hüftoperationen

Ein wichtiger Orientierungspunkt für den Vergleich der räumlichen Mobilität bei Elektiv- und Notfällen ist die Entfernung zum nächsten Krankenhaus, welches die Leistung anbietet. Wohnortnähe ist zweifelsfrei ein sehr wichtiger Parameter für die Auswahl eines Krankenhauses für eine geplante Leistung, aber eben nicht der ein-

⁵ 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 2006 existieren 544 Basis-DRGs mit bundesweit einheitlich bewerteten DRGs. Weitere 39 Basis-DRGs finden sich in der Anlage 3 des G-DRG Katalogs von 2006, welche solche DRGs enthält, deren Vergütungshöhe hausindividuell zu vereinbaren ist. Für die untersuchte Fragestellung ist die Ermittlung der Vergütungshöhe nicht von Bedeutung, daher werden auch solche Basis-DRGs betrachtet, die nicht bundeseinheitlich bewertet sind.

Tabelle 12–1

Top 10 Basis-DRGs 2006 nach Distanz zwischen Wohnort des Patienten und Krankenhaus

Rang	Basis-DRG	Beschreibung	Anzahl KH	Fallzahl in Tsd	Distanz Median in km	Distanz Mittelwert in KM
1	U01	Geschlechtsumwandelnde Operation	30	0,14	126,9	183,0
2	D17	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel	30	0,11	156,6	177,0
3	A03	Lungentransplantation	10	0,06	137,8	171,2
4	Z02	Leberspende (Lebendspende)	4	0,01	69,4	160,3
5	A18	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	12	0,03	83,7	140,8
6	I33	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen	50	0,12	61,2	134,1
7	B21	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem	28	0,18	64,1	120,1
8	Z43	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	16	0,03	60,5	120,1
9	A63	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation	17	0,06	69,9	102,7
10	A62	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation	17	0,05	61,8	101,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

zige: Mit der öffentlichen Diskussion um die Einführung von Mindestmengen wurde beispielsweise die Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit einer Leistung und der Qualität derer Erbringung bei Einweisern und Patienten geschärft. Auch die schiere Größe einer Einrichtung kann ein Kriterium sein, da mit zunehmender Größe i. d. R. auch die Zahl der abgedeckten Fachgebiete steigt und sie somit für die Behandlung eventuell vorhandenen Komorbiditäten geeigneter erscheint.

Determinanten der Auswahl anderer Leistungserbringer als des nächstmöglichen sind vermutlich auch das Patientenalter und die Angebotsstruktur in dem Umkreis, der individuell als ein akzeptabler Weg ins Krankenhaus eingeschätzt wird. Ballungsräume bieten in einem definierten Umkreis vielfältigere Auswahlmöglichkeiten als ländliche Regionen. Nicht zuletzt kann sich aber gerade das nächstgelegene Krankenhaus dadurch auszeichnen, dass es alle umliegenden Einrichtungen in der Summe der Bewertungskriterien übertrifft. Diese Aspekte sollen im Weiteren anhand des Datensatzes untersucht werden.

Tabelle 12–2

Basis-DRGs 2006 mit wohnortnächster Leistungserbringung mit Fallzahl >1 000

Rang	Basis-DRG	Beschreibung	Anzahl KH	Fallzahl in Tsd	Distanz Median in km	Distanz Mittelwert in KM
576	G09	Beidseitige Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	849	3,22	6,5	9,3
573	H08	Laparoskopische Cholezystektomie	1 166	49,36	6,4	10,2
572	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	1 232	45,92	6,7	10,2
571	F62	Herzinsuffizienz und Schock	1 360	136,99	6,4	10,2
570	N10	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	933	16,25	7,0	10,5
568	G50	Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC	1 266	27,05	6,1	10,8
567	O60	Vaginale Entbindung	879	138,70	6,2	10,9
566	G48	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	1 256	40,08	6,5	11,0
565	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	1 350	39,39	5,9	11,0
564	F63	Venenthrombose	1 290	19,20	6,5	11,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

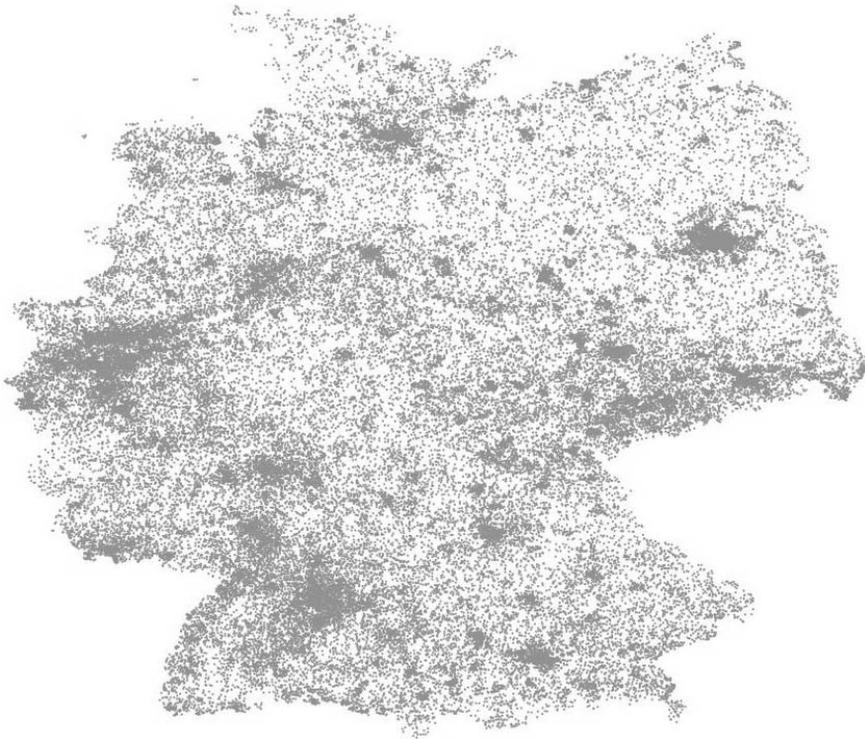
12

12.4.1 Auswahl der untersuchten Leistung und Identifikation der Erbringer

Die Darstellung von Patientenwegen nach definierten Leistungskomplexen des G-DRG-Kataloges des Jahres 2006 in den Tabellen 12–1 und 12–2 führt den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Leistungsanbieter und den resultierenden Patientenwegen eindrucksvoll vor Augen. Ein globaler Vergleich der räumlichen Mobilität von Patienten mit Elektiv- und Notfalleistungen würde dem Einfluss verschiedener Angebotsstrukturen unterliegen. Die Ergebnisse wären nicht vergleichbar bzw. ließen sich nur schwer interpretieren. Daher wurde mit der Leistung „Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk“ (OPS 5-820) beispielhaft eine Untersuchungsgruppe gewählt, die sowohl Notfälle wie auch elektive Anteile enthält. Auf Basis der AOK-Daten mit 72 146 Hüftoperationen aus dem Jahr 2006 resultiert eine ausreichend große Grundgesamtheit für die durchgeführte Untersuchung.⁶ Diese stellen für die AOK mit über 542 Mio. Euro im Jahr 2006 ein bedeutendes monetäres Volumen dar. Es ist zudem davon auszugehen, dass aufgrund der demogra-

6 Von diesen konnten 208 Fälle aufgrund unplausibler Postleitzahlinformationen nicht geographisch verortet werden und standen somit für die weiteren Analysen nicht zur Verfügung.

Abbildung 12-1

Patientenwohnorte bei Hüftoperationen 2006

12

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

phischen Entwicklung und einem medizinisch-technischen Fortschritt, der in einem immer höheren Lebensalter eine Hüftoperation ermöglicht, dieses Indikationsgebiet zukünftig noch an Bedeutung gewinnen wird.

Die Hüftoperation wurde auch deshalb gewählt, da hier eine Unterscheidung zwischen einem elektiven oder einem Notfalleingriff relativ eindeutig ist: Notfälle werden über die Existenz einer Diagnose aus dem Bereich der S72 „Fraktur des Femurs“ definiert, alle übrigen Fälle gelten als Elektivleistungen.⁷ Für über 92 % der Elektivfälle lautet die Hauptdiagnose „Arthrose des Hüftgelenkes“.⁸

Für Notfälle und Elektivleistungen kann eine identische Angebotsstruktur unterstellt werden. Alle Einrichtungen, die elektive Leistungen der Hüftendoprothetik anbieten, stehen demnach auch als Erbringer der entsprechenden Notfallleistung zur

7 Der Datensatz nach der Technischen Anlage zum § 301 SGB V ermöglicht über das Datenfeld „Aufnahmegrund“ ebenfalls die Verschlüsselung von Notfällen bei Aufnahme. Allerdings existiert keine entsprechende Kodierrichtlinie oder Definition, in welchen Fällen eine solche Kennzeichnung zu vergeben ist – mit den entsprechenden Folgen auf die Datenqualität: 71,3 % der in dieser Analyse identifizierten Notfälle tragen diesen Aufnahmegrund.

8 ICD-10 GM 2006: M16 „Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]“

Verfügung und umgekehrt. So ist eine Vergleichbarkeit der Patientenwege zwischen Elektiv- und Notfalleistungen gegeben. Um in den Analysen Berücksichtigung zu finden, mussten Krankenhäuser unter Beachtung fusionsbedingter Effekte in einem Zeitraum von drei Jahren die untersuchten Hüftoperationen kontinuierlich erbracht haben. Eine solche Bedingung soll sicherstellen, dass keine Einrichtungen Eingang finden, die von Einweisern und Patienten nicht als potenzielle Erbringer wahrgenommen werden (können). Es wurde die Grenze von mindestens vier AOK-Fällen pro Jahr festgesetzt, was bei einem angenommenen durchschnittlichem AOK-Belegungsanteil GKV-weit ca. einer Hüftoperation pro Monat entspräche. Dieser Wert durfte maximal in einem der drei Jahre unterschritten sein. Nach diesen Regeln wurden 38 Krankenhäuser aus dem Datensatz entfernt, die den Anforderungen nicht entsprachen. Gleiches gilt für die 70 Fälle in diesen Häusern. In der Folge umfasst der untersuchte Datensatz 71 870 Fälle aus 1 218 Krankenhäusern (Abbildung 12–1).

12.4.2 Patientenwege bei Notfällen und elektiven Leistungen im Vergleich

Die 71 870 Hüftoperationen der AOK-Patienten teilen sich mit 50 631 Fällen (70,4%) auf elektive und mit 21 239 Fällen auf Notfalleistungen auf. Die Verteilungskurven der Patientenwege sind erwartungsgemäß sehr stark rechtsschief: Ausgehend von einer relativ geringen Zahl von Patienten, zu denen die Distanz zwischen Wohnort und Leistungserbringer weniger als ein Kilometer beträgt, steigt die Kurve zunächst stark an. Der Gipfel der Verteilungskurve von Notfällen liegt mit drei Kilometern etwas weiter links als der elektiver Fälle mit vier Kilometern (Abbildung 12–2).

12

Abbildung 12–2

Verteilungskurven zu Patientenwegen bei Hüftoperationen

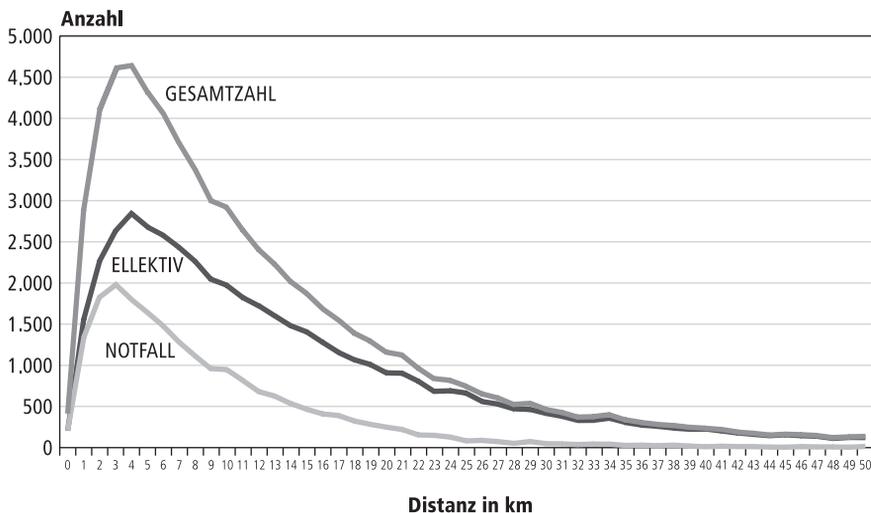


Tabelle 12–3

Übersicht zu Patientenwegen bei Hüftoperationen, Entfernungen in km

Leistung	Fallzahl (n)	Mittelwert	Unteres Quartil	Median	Oberes Quartil
Elektiv	50631	19,7	5,7	11,5	21,7
Notfall	21239	12,4	3,5	6,8	12,4
Gesamt	71870	17,6	4,8	9,8	18,7

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Diese rechtsschiefe Verteilung schlägt sich entsprechend in den untersuchten Lagemaßen nieder (Tabelle 12–3): Der durchschnittliche Patientenweg beträgt im Jahr 2006 für alle untersuchten Hüftoperationen 17,6 km, für 50 % aller Patienten überschreitet der Patientenweg 9,8 km nicht (Median). Die 25 % der Patienten mit den längsten Patientenwegen wohnen mindestens 18,7 km vom Standort des Leistungserbringers entfernt (oberes Quartil), die 25 % mit den kürzesten Wegen bis zu 4,8 km (unteres Quartil).

Im Median überwinden die Patienten bei Elektivleistungen mit 11,5 km deutlich größere Distanzen als bei Notfällen mit 6,8 km. Der geringere Grad an wohnortnaher Versorgung elektiver Hüftoperationen entspricht den Erwartungen und wird im Weiteren näher untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse auf Basis des Median-Wertes vorgestellt und interpretiert. In den Ergebnistabellen finden sich zusätzlich die übrigen Lagemaße.

12.4.3 Wohnortnächste Versorgung und Zusatzdistanz

Als wohnortnächstes Krankenhaus wird diejenige Einrichtung mit der geringsten Distanz vom Patientenwohnort bezeichnet, welches nach den o. g. Regeln als Erbringer von Hüftoperationen identifiziert wurde. Wird dieses von dem Patienten nicht aufgesucht, lässt sich ein zusätzlicher Patientenweg berechnen, der im Weiteren als „Zusatzdistanz“ bezeichnet wird. Die Zusatzdistanz berechnet sich aus dem ermittelten Patientenweg abzüglich der Distanz zwischen Wohnort und wohnortnächstem Krankenhaus und nicht aus der Distanz zwischen den Krankenhäusern. Diejenigen Patienten, die nicht im wohnortnächsten Krankenhaus behandelt wurden, werden im Weiteren „wandernde Patienten“ genannt.

Tabelle 12–4

Patientenwege bei wohnortnächster Versorgung der Hüftoperationen

Leistung	Leistung im nächsten Krankenhaus		Patientenwege in km			
	Fallzahl	entspricht	MW	uQ	MED	oQ
Elektiv	17376	34,3 %	6,4	3,0	5,4	8,7
Notfall	12072	56,8 %	5,9	2,6	4,9	8,1
Gesamt	29448	41,0 %	6,2	2,8	5,1	8,5

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 12–5

Wege ins Krankenhaus und Zusatzdistanz wandernder Patienten mit Hüftoperationen

Leistung	Leistung im entfernten Krankenhaus		Patientenwege in km				Zusatzdistanz in km			
	Fallzahl	entspricht	MW	uQ	MED	oQ	MW	uQ	MED	oQ
Elektiv	33 255	65,7 %	26,7	10,0	17,2	28,7	19,6	3,4	9,3	20,2
Notfall	9 167	43,2 %	20,9	6,2	11,5	18,5	14,0	1,3	3,6	9,0
Gesamt	42 422	59,0 %	25,4	8,9	15,7	26,4	18,4	2,7	7,7	17,8

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 12–4 zeigt, dass 56,8% der Notfälle im nächsten Krankenhaus operiert werden, während dies bei den elektiven Eingriffen nur für 34,3% der Patienten zutrifft. Die Patientenwege bei wohnortnächster Versorgung sind naturgemäß unterdurchschnittlich (vgl. Tabelle 12–3). Sie variieren erwartungsgemäß kaum zwischen elektiven Leistungen mit 5,4 km und Notfällen mit 4,9 km.

65,7% der Patienten mit elektiven Hüftoperationen gehen in ein weiter entfernt gelegenes Krankenhaus und legen dabei im Median 17,2 km zurück (Tabelle 12–5). Dagegen werden nur 43,2% der Notfälle nicht im nächsten Krankenhaus behandelt, die Distanz zwischen Wohnort und Leistungserbringer für diese Fälle liegt im Median mit 11,5 km deutlich unter dem Wert für planbare Leistungen.

Werden Notfälle nicht im wohnortnächsten Krankenhaus versorgt, so fällt die resultierende Zusatzdistanz mit 3,6 km im Median deutlich geringer aus als bei elektiven Fällen mit 9,3 km. Patienten mit elektiven Hüftoperationen entfernen sich also tatsächlich deutlich weiter vom Wohnort als Notfallpatienten.

12.4.4 Patientenwege und Alter

Im Folgenden werden die Patientenwege von Elektiv- und Notfallleistungen nach dem Patientenalter zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme untersucht. Die Darstellung erfolgt nach Altersgruppen im Abstand von 20 Jahren.

Der größte Anteil der Hüftoperationen bei AOK-Versicherten entfällt mit 42 678 Fällen (59,4%) auf die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen, der mit 1,0% geringste Anteil erwartungsgemäß auf Patienten mit einem Alter unter 40 Jahren. Das Patientenalter variiert in den Daten zwischen 15 und 107 Jahren. Zudem ist zu beobachten, dass der Anteil der elektiven Hüftoperationen an der Gesamtzahl mit steigendem Lebensalter rückläufig ist. Ausgehend von 97,3% für die Gruppe von bis zu 40 Jahren sinkt er auf einen Wert von 34,5% für die über 80-Jährigen.

Inbesondere die jüngeren Patienten bis 40 Jahre legen bei elektiven Eingriffen die weitesten Wege zurück, mit zunehmendem Alter nehmen diese schrittweise ab. Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei Notfällen: Abgesehen von der Altersgruppe der bis 40-Jährigen befinden sich die übrigen Altersgruppen bezüglich ihrer Mobilität auf einem ähnlichen Niveau (Tabelle 12–6).

Die großen Distanzen gerade bei Notfällen im Alter bis 40 Jahre deuten darauf hin, dass die gemessenen Werte aufgrund von wohnortferner, aber unfallortnaher

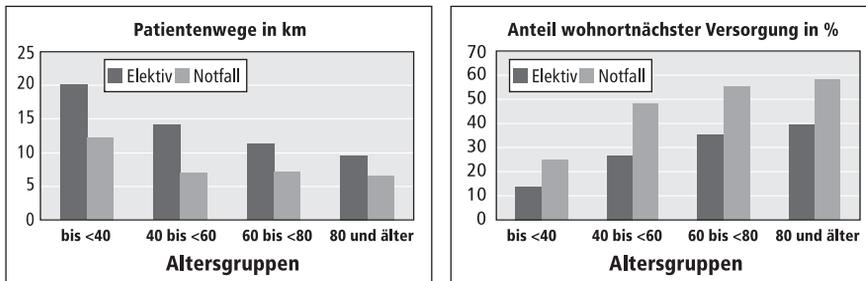
Tabelle 12-6
Wege der Patienten mit Hüftoperationen nach Altersgruppen

Leistung	Alter	Fallzahl	Patientenwege in km				Krankenhausbehandlung im				Zusatzdistanz in km			
			MW	uQ	MED	oQ	nächsten	entfernten	MW	uQ	MED	oQ		
Elektiv	bis <40	713	41,0	8,9	20,1	45,4	14,0%	86,0%	40,2	7,0	17,1	46,3		
	40 bis <60	8293	26,3	6,6	14,1	28,5	26,7%	73,3%	26,7	4,6	12,5	27,9		
	60 bis <80	34868	18,4	5,7	11,3	20,9	35,6%	64,4%	17,7	3,4	8,9	18,9		
	80 und älter	6757	16,5	4,7	9,6	18,2	39,2%	60,8%	16,5	2,6	7,4	17,0		
	alle	50 631	19,7	5,7	11,5	21,7	34,3%	65,7%	19,6	3,4	9,3	20,2		
Notfall	bis <40	20	25,3	6,6	12,3	28,5	25,0%	75,0%	24,4	4,5	13,2	33,5		
	40 bis <60	563	16,5	3,4	6,9	13,6	48,3%	51,7%	20,0	1,6	3,8	11,7		
	60 bis <80	7810	13,3	3,7	7,1	13,0	55,5%	44,5%	15,2	1,3	3,9	9,5		
	80 und älter	12846	11,6	3,4	6,5	11,9	58,1%	41,9%	12,9	1,3	3,4	8,4		
	alle	21 239	12,4	3,5	6,8	12,4	56,8%	43,2%	14,0	1,3	3,6	9,0		
Gesamt	alle	71 870	17,6	4,8	9,8	18,7	41,0%	59,0%	18,4	2,7	7,7	17,8		

Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDo

Abbildung 12-3

Patientenwege und wohnortnächste Versorgung nach Altersgruppen

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Versorgung beeinflusst werden, z.B. durch einen Unfall am Arbeitsplatz oder am Urlaubsort. Da dieser Effekt für Elektivleistungen nicht zu erwarten ist, sind die realen Unterschiede der freiwilligen Patientenwege zwischen Not- und Elektivfällen in einem unbekanntem Maß größer als hier ausgewiesen.

Die Mobilität bei elektiven Eingriffen nimmt mit dem Alter zwar ab, verbleibt jedoch auf relativ hohem Niveau. Selbst bei den älteren Elektivpatienten ab 80 Jahren werden immer noch über 60% nicht im wohnortnächsten Krankenhaus behandelt. Dies hat wichtige Implikationen insbesondere für die Zukunft, wenn man davon ausgeht, dass aufgrund der demographischen Entwicklung die Anzahl der Hüftoperationen bei älteren Patienten noch zunehmen wird (Abbildung 12-3).

12

12.4.5 Patientenwege und Siedlungsstruktur

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Patientenwohnort und Patientenwanderung werden die Wohnorte der Patienten den siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR) zugeordnet, welche eine Unterscheidung zwischen städtischen und ländlichen Regionen zulässt. Als zweite Darstellungsform folgt die Zuordnung zu den Kreis- und Gemeindetypen des BBR, welche die einzelnen Orte – in Anlehnung an das Zentrale-Orte-Konzept – in größere Kernstädte, Kernstädte, Ober- und Mittelzentrum sowie sonstige Gemeinden unterteilen. Dieses zentralörtliche Konzept findet auch Anwendung in der Krankenhausplanung der Länder.

12.4.5.1 Nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Die siedlungsstrukturellen Gebietstypen des BBR teilen in Abhängigkeit von Bevölkerungsdichte, Urbanisierungs- und Verdichtungsgrad die einzelnen Kreise in neun und die einzelnen Gemeinden in bis zu 17 Gebietstypen ein. Um die Lesbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, wurden die neun siedlungsstrukturellen Kreistypen in drei Regionstypen zusammengefasst und den Patienten zugeordnet. Diese

Tabelle 12-7
Wege der Patienten mit Hüftoperationen nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Leistung	Kreistyp	Fallzahl	Patientenwege in km			Krankenhausbehandlung im			Zusatzdistanz in km			
			MW	uQ	MED	oQ	nächsten	entferntem	MW	uQ	MED	oQ
Elektiv	städtische Regionen	9840	13,4	3,3	6,1	11,3	24,3%	75,7%	13,7	1,9	4,4	10,7
	verdichtete/verstädterte Räume	22 509	18,8	6,1	11,4	20,3	35,1%	64,9%	18,6	3,7	9,0	18,9
	ländliche Räume	18 282	24,3	8,3	16,3	28,6	38,8%	61,2%	24,9	6,4	14,8	28,2
	alle	50 631	19,7	5,7	11,5	21,7	34,3%	65,7%	19,6	3,4	9,3	20,2
Notfall	städtische Regionen	5 164	9,0	2,0	3,7	6,4	43,6%	56,4%	10,9	0,9	2,1	5,2
	verdichtete/verstädterte Räume	9 024	12,3	4,0	7,2	11,9	58,2%	41,8%	14,1	1,4	3,8	8,7
	ländliche Räume	7 051	14,9	5,2	9,9	16,5	64,8%	35,2%	17,5	2,3	6,2	13,3
	alle	21 239	12,4	3,5	6,8	12,4	56,8%	43,2%	14,0	1,3	3,6	9,0
Gesamt	alle	71 870	17,6	4,8	9,8	18,7	41,0%	59,0%	18,4	2,7	7,7	17,8

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

lauten: städtische Regionen, verdichtete/verstädterte Räume und ländliche Räume.⁹

Die untersuchten Hüftoperationen verteilen sich mit 43,9% auf Bewohner von verdichteten bzw. verstäderten Regionen, 35,2% auf ländliche und 20,9% auf städtische Regionen, was sich aus der Bevölkerungsverteilung erklärt. Der Anteil von Elektivfällen ist bei Bewohnern ländlicher Räume mit 72,2% am höchsten, gefolgt von verstäderten Regionen mit 71,4% und städtischen Regionen mit 65,6% (Tabelle 12–7).

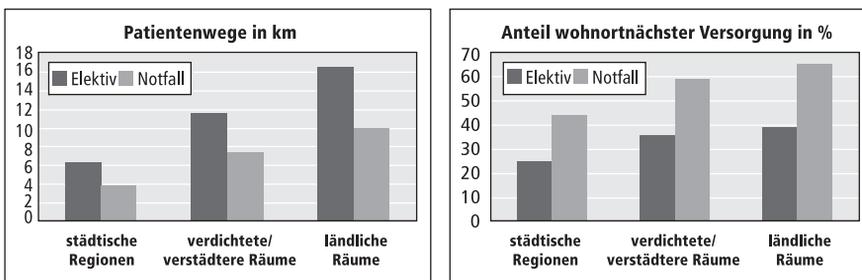
Patienten, die ihren Wohnort in städtischen Regionen haben, werden am seltensten im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt. Dies gilt für die Elektivleistungen, bei denen 75,7% der Patienten nicht das wohnortnächste aufsuchen, genauso wie für Notfallpatienten. Mit 56,4% ist der Anteil der nicht wohnortnächsten Versorgung allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau. In städtischen Regionen ist die im Median zurückgelegte Zusatzdistanz mit 4,4 km für Elektivleistungen und 2,1 km für Notfalleleistungen aufgrund der verdichteten Angebotsstruktur auch am geringsten, was die Auswahl eines entfernteren Krankenhauses sicherlich begünstigt.

Ein anderes Bild ergibt sich erwartungsgemäß für die Patienten mit einem Wohnort in ländlichen Räumen. Hier werden Patienten – bedingt durch die geringere Versorgungsdichte – vergleichsweise am häufigsten im nächsten Krankenhaus behandelt. Bei Elektivleistungen sind dies 38,8%, bei Notfalleleistungen 64,8% der Patienten. Die zusätzliche Distanz bei Auswahl eines entfernteren Krankenhauses ist für Bewohner ländlicher Räume auch am größten: Im Median für Elektivfälle 14,8 km und für Notfälle 6,2 km.

Umso bemerkenswerter ist es, dass dennoch die Mehrheit der Elektiv-Patienten in ländlichen Räumen (61,2%) nicht das wohnortnächste Krankenhaus in Anspruch nimmt und bereit ist, überdurchschnittliche Distanzen zurückzulegen. Dies ist ein Indiz für eine untergeordnete Bedeutung der wohnortnahen Versorgung bei planbaren Leistungen (Abbildung 12–4).

Abbildung 12–4

Wege und wohnortnächste Versorgung der Patienten mit Hüftoperationen nach siedlungsstrukturellen Kreistypen



9 Städtische Regionen: Kernstädte (Kreistypen 1 und 5); verdichtete/verstädterte Räume: hochverdichtete Kreise, verdichtete Kreise (Kreistypen 2,3 und 6); ländliche Räume: ländliche Kreise, ländliche Kreise höherer Dichte, ländliche Kreise geringerer Dichte (Kreistypen 4, 7, 8 und 9).

12.4.5.2 Nach den Regionstypen des BBR

Für die Kategorisierung nach BBR-Regionstypen ist es unerheblich, ob das jeweilige Zentrum oder die Gemeinde in verdichteten oder in ländlichen Regionen liegt; vielmehr wird eine zentralörtliche Einstufung vorgenommen. Somit gelten sie als Grundlage für die Krankenhausplanung nach dem zentralörtlichen System.¹⁰ Das Beispiel der Gemeinde Neubiberg im Landkreis München illustriert dies: Obwohl die Gemeinde unmittelbar an das innerstädtische Gebiet der Landeshauptstadt München anschließt, keinerlei ländliche Strukturen aufweist und die Universität der Bundeswehr München beheimatet, wird sie gemäß der BBR-Regionstypisierung als sonstige Gemeinde eingestuft. Für die Planung von Krankenhausstandorten ist diese Zuordnung zu den Gebietstypen sinnvoll: Die Gemeinde Neubiberg besitzt gemäß ihrer zentralörtlichen Einstufung als sonstige Gemeinde auch kein Krankenhaus.

Der größte Anteil der Hüftoperationen entfällt mit 42,6% auf Bewohner von sonstigen Gemeinden, gefolgt von 35,3% aus Ober- bzw. Mittelzentren, 11,1% aus Kernstädten und 10,9% aus größeren Kernstädten. Für den Anteil der Elektivfälle gilt dieselbe Reihenfolge: Er beträgt bei den Bewohnern von sonstigen Gemeinden 73,1%, bei Ober- und Mittelzentren 70,2%, bei Kernstädten 67,5% sowie bei den Bewohnern größerer Kernstädte 63,6% (Tabelle 12–8).

Notfälle mit Wohnort in einem Ober- und Mittelzentrum werden mit 70,5% am häufigsten im nächstgelegenen Krankenhaus operiert. Gemäß der Krankenhausplanungshierarchie des zentralörtlichen Systems ist in Mittel- und Oberzentren die Angebotsstruktur im Durchschnitt geringer verdichtet als in (großen) Kernstädten, weshalb Notfälle aufgrund der weiteren Entfernung zu alternativen Leistungsanbietern das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen. In den Kernstädten ist hingegen die Angebotsdichte so hoch, dass die Patienten wesentlich häufiger nicht im nächsten, sondern in einem entfernteren Krankenhaus behandelt werden, ohne dass lange Zusatzdistanzen resultierten: Bei Elektivleistungen sind dies sogar 80,8% der Patienten, bei Notfällen immerhin 60,9%. Die für wandernde Patienten resultierende zusätzliche Distanz ist für Großstadtbewohner (große Kernstädte) entsprechend gering: bei Elektivleistungen im Median 5,0 km, bei Notfallleistungen 2,4 km.

Bewohner von Kernstädten mit elektiven Hüftoperationen wählen zu 68,8% nicht das wohnortnächste Krankenhaus, der Wert für Bewohner der sonstigen Gemeinden ist mit 68,9% fast identisch. Die wandernden Patienten sonstiger Gemeinden legen aber verglichen mit den 3,6 km Zusatzdistanz der Bewohner von Kernstädten mit im Median 10,5 km fast die dreifache zusätzliche Wegstrecke zurück (Abbildung 12–5).

12.4.6 Krankenhauswahl wandernder Patienten

Für die 42422 wandernden Patienten, deren Hüftoperation nicht im wohnortnächsten Krankenhaus erfolgte, folgt im Weiteren ein Vergleich zwischen dem tatsächlich erbringenden und dem wohnortnächsten Krankenhaus. Dabei wurden die Parameter

¹⁰ Gemäß der Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) im Jahre 1968.

Tabelle 12-8
Wege der Patienten mit Hüftoperationen nach Regionstypen des BBR

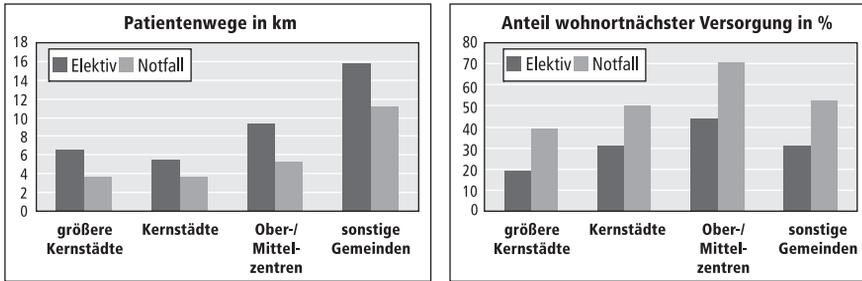
Leistung	Regionstyp	Fallzahl	Patientenwege in km				Krankenhausbehandlung im				Zusatzdistanz in km			
			MW	uQ	MED	oQ	nächsten	entfernten	MW	uQ	MED	oQ		
Elektiv	größere Kernstädte	4 993	13,5	3,6	6,6	11,6	19,2 %	80,8 %	13,4	2,2	5,0	10,6		
	Kernstädte	5 406	13,3	3,1	5,5	10,6	31,4 %	68,6 %	14,4	1,5	3,6	10,9		
	Ober-/Mittelzentren	17 818	18,5	4,4	9,4	20,9	43,5 %	56,5 %	22,9	5,0	12,4	24,2		
	sonstige Gemeinden	22 414	23,7	9,8	15,8	26,2	31,1 %	68,9 %	20,3	4,4	10,5	22,1		
	alle	50 631	19,7	5,7	11,5	21,7	34,3 %	65,7 %	19,6	3,4	9,3	20,2		
Notfall	größere Kernstädte	2 854	9,7	2,0	3,7	6,8	39,1 %	60,9 %	11,8	1,0	2,4	7,1		
	Kernstädte	2 598	8,3	2,0	3,7	6,0	50,0 %	50,0 %	10,3	0,8	1,7	3,6		
	Ober-/Mittelzentren	7 552	11,1	3,0	5,2	9,3	70,5 %	29,5 %	19,7	1,4	4,6	11,7		
	sonstige Gemeinden	8 235	15,7	7,5	11,2	16,5	52,6 %	47,4 %	13,0	1,9	4,7	9,9		
	alle	21 239	12,4	3,5	6,8	12,4	56,8 %	43,2 %	14,0	1,3	3,6	9,0		
Gesamt alle	71 870	17,6	4,8	9,8	18,7	41,0 %	59,0 %	18,4	2,7	7,7	17,8			

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 12–5

Wege und wohnortnächste Versorgung der Patienten mit Hüftoperationen nach Regionstypen des BBR



Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD

„Gesamtfallzahl“ als Indikator für Größe und Vorhaltung des Krankenhauses und „Fallzahl an Hüftoperationen“ als Indikator für die Expertise im speziellen Indikationsbereich untersucht.

Demnach wandern elektive Patienten überwiegend in Krankenhäuser, die bezüglich ihrer Gesamtfallzahl kleiner sind als das wohnortnächste: Im Median erbringen die durchführenden Häuser –5 % weniger Gesamtfälle. Dies trifft insbesondere für die Patienten mit Wohnort in einer Kernstadt zu: Für diese gilt, dass das behandelnde Krankenhaus im Median sogar –23 % weniger Gesamtfälle aufweist als das nächste. Nur für Patienten aus sonstigen Regionen findet sich mit +7 % ein

Tabelle 12–9

Spezialisierung und Größe des erbringenden Krankenhauses im Vergleich zum wohnortnächsten bei wandernden Patienten

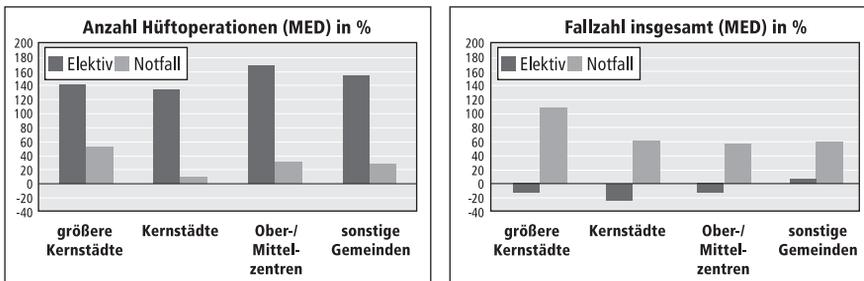
Leistung	Regionstyp	Fallzahl	Fallzahl Hüftoperationen (in %)				Gesamt-Fallzahl (in %)			
			MW	uQ	MED	oQ	MW	uQ	MED	oQ
Elektiv	größere Kernstädte	4033	333	7	142	400	197	-65	-12	185
	Kernstädte	3711	309	9	135	357	90	-71	-23	90
	Ober-/Mittelzentren	10066	366	28	169	444	64	-61	-12	99
	sonstige Gemeinden	15445	409	27	154	450	95	-52	7	120
	alle	33255	375	23	155	432	98	-59	-5	113
Notfall	größere Kernstädte	1738	292	-43	53	340	465	-17	109	617
	Kernstädte	1298	149	-52	10	151	219	-46	62	241
	Ober-/Mittelzentren	2227	173	-39	31	193	205	-29	57	243
	sonstige Gemeinden	3904	178	-41	29	180	183	-18	61	227
	alle	9167	194	-43	30	208	247	-23	66	267
Gesamt	alle	42422	336	6	126	386	130	-53	7	142

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD

Abbildung 12–6

Spezialisierung und Größe des erbringenden Krankenhauses im Vergleich zum wohnortnächsten bei wandernden Patienten



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

12

positiver Wert, für die Mehrzahl der wandernden Patienten mit elektiven Hüftoperationen aus solchen Regionen kommt das wohnortnächste Krankenhaus auf eine kleinere Gesamtfallzahl als das durchführende. Die „wandernden“ Notfälle werden dagegen in Einrichtungen behandelt, die bezüglich ihrer Gesamtfallzahl im Median um +66% größer sind als das wohnortnächste Krankenhaus, das ebenfalls Hüftoperationen erbringt. Der höchste Wert findet sich für Notfallpatienten aus größeren Kernstädten (Tabelle 12–9).

Beim Vergleich auf Basis der Fallzahlen von Hüftoperationen zeigt sich allerdings, dass elektive Patienten mehrheitlich in Krankenhäuser wandern, die diese Leistung deutlich häufiger erbringen als das wohnortnächste. Für die Hälfte der untersuchten Patienten gilt ein Wert von mindestens +155% mehr Hüft-OPs im aufgesuchten Krankenhaus. Der mit +169% höchste Wert findet sich für die wandernden Patienten aus Ober-/Mittelzentren; für diese wurde oben bereits festgestellt, dass die Bedeutung der wohnortnächsten Behandlung am größten ist.

Auch „wandernde“ Notfallpatienten werden überwiegend in Krankenhäusern behandelt, die mehr Hüftoperationen verweisen können als das nächste. Die relative Abweichung von +30% ist allerdings deutlich niedriger als bei Patienten mit geplanten Hüftoperationen.

In der Summe lassen diese Ergebnisse auf eine Auswahl von kleineren spezialisierten Krankenhäusern schließen, sofern es sich um elektive Hüftoperationen handelt. Notfälle dagegen werden überwiegend in solchen Einrichtungen versorgt, die größer sind als der wohnortnächste Leistungserbringer (Abbildung 12–6).

12.4.7 Krankenhauswahl bei wohnortnächster Versorgung

29448 Hüftoperationen wurden 2006 im wohnortnächsten Krankenhaus erbracht, dies entspricht 41,0%. Für diese wird im Weiteren untersucht, welche Angebotsstruktur bez. der Gesamtfallzahl und der Anzahl an Hüftoperationen der zweitnächste Leistungserbringer aufweist und welche Zusatzdistanz resultiert hätte bzw. tatsächlich vermieden wurde.

Tabelle 12–10

Vermiedene Zusatzdistanzen durch wohnortnächste Versorgung gegenüber dem zweitnächsten Krankenhaus nach Regionstypen des BBR

Fallzahl	Regionstyp	Fallzahl	Vermiedene Zusatzdistanz in km			
			MW	uQ	MED	OQ
Elektiv	Größere Kernstädte	960	1,6	0,6	1,1	2,1
	Kernstädte	1 695	3,3	0,7	1,5	3,7
	Ober-/Mittelzentren	7 752	8,0	2,9	7,1	11,8
	Sonstige Gemeinden	6 969	5,8	2,0	4,6	8,4
	Alle	17 376	6,3	1,7	4,8	9,6
Notfall	Größere Kernstädte	1 116	1,8	0,6	1,3	2,3
	Kernstädte	1 300	3,2	0,8	1,7	3,6
	Ober-/Mittelzentren	5 325	8,1	3,1	7,3	12,0
	Sonstige Gemeinden	4 331	6,0	2,1	4,9	8,8
	Alle	12 072	6,2	1,7	4,6	9,5
Gesamt	Alle	29 448	6,3	1,7	4,7	9,5

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Erwartungsgemäß ist die vermiedene Zusatzdistanz zum zweitnächsten Leistungsanbieter in Regionen mit geringer Dichte am größten. Patienten mit Wohnort in einem Ober- oder Mittelzentrum, die im wohnortnächsten Krankenhaus behandelt wurden, hätten im Median mehr als sieben zusätzliche Kilometer zurücklegen müssen, um einen alternativen Leistungserbringer zu erreichen. Für sonstige Gemeinden liegt der Wert mit mehr als 4,7 km niedriger. In den Regionen der Kernstädte und großen Kernstädte wäre die zusätzliche Distanz mit Werten deutlich unterhalb von zwei Kilometern am kürzesten gewesen (Tabelle 12–10).

Der Vergleich zwischen dem tatsächlichen und einem entfernteren Leistungserbringer zeigt, dass das gewählte Krankenhaus für die überwiegende Zahl der Patienten sowohl größer als die alternative Einrichtung ist als auch mehr Hüftoperationen erbringt. Bei Elektivpatienten mit Wohnort in einem Ober- oder Mittelzentrum erbringt das gewählte wohnortnächste Krankenhaus im Median 34% mehr Fälle und 75% mehr Hüftoperationen (Tabelle 12–11) als das übernächste. In Kombination mit den überdurchschnittlichen vermiedenen Zusatzdistanzen korrespondieren diese Ergebnisse gut mit dem großen Anteil der wohnortnächsten Versorgung in diesen Regionen: Alternative Leistungserbringer sind vergleichsweise weit entfernt und bieten weder umfangreichere Vorhaltung noch größere Expertise bei Hüftoperationen als das gewählte wohnortnächste Krankenhaus.

Tabelle 12–11

Vergleich des erbringenden Krankenhauses bei wohnortnächster Versorgung mit dem zweitnächsten Krankenhaus nach Regionstypen des BBR

Leistung	Regionstyp	Fallzahl	Fallzahl Hüftoperationen (in %)				Gesamt-Fallzahl (in %)			
			MW	uQ	MED	oQ	MW	uQ	MED	oQ
Elektiv	Größere Kernstädte	960	249	-7	158	338	198	-44	20	196
	Kernstädte	1 695	283	6	121	276	132	-52	19	196
	Ober-/Mittelzentren	7 752	253	-14	75	286	123	-30	34	179
	Sonstige Gemeinden	6 969	219	-12	66	255	79	-49	4	115
	Alle	17 376	242	-11	78	274	110	-42	19	152
Notfall	Größere Kernstädte	1 116	171	-37	47	244	242	-15	21	209
	Kernstädte	1 300	141	-47	12	146	207	-46	89	274
	Ober-/Mittelzentren	5 325	181	-39	21	177	141	-25	44	182
	Sonstige Gemeinden	4 331	133	-48	8	148	96	-42	10	134
	Alle	12 072	158	-45	17	173	142	-34	32	178
Gesamt	Alle	29 448	208	-27	51	227	123	-38	24	164

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

12.5 Fazit

Die vorliegende Untersuchung offenbart, dass AOK-Versicherte im Bundesgebiet für sehr spezielle Eingriffe durchaus beachtliche Wege zurücklegen. Für die in diesem Beitrag untersuchten Hüftoperationen trifft dies nicht zuletzt wegen der großen Zahl an erbringenden Krankenhäusern nicht zu: Bezogen auf die durchschnittlichen Werte im Bundesgebiet über alle Krankenhausfälle bewegen sich die gemittelten Patientenwege für diese Leistung im unteren Drittel. Und so zeigen die Ergebnisse, dass die wohnortnächste Versorgung für Bewohner von Ober- und Mittelzentren auch bei elektiven Leistungen von vergleichsweise großer Bedeutung ist. Die Kombination aus dem Angebot einer wohnortnahen Angebotsstruktur und der relativ großen Distanz zu einem alternativen Anbieter macht dies für die Patienten attraktiv. Für sonstige Gemeinden gilt dies in abgeschwächter Form analog. Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutung der wohnortnächsten Versorgung. Werden elektive Leistungen nicht im wohnortnächsten Krankenhaus erbracht, so geschieht dies überwiegend in Einrichtungen, die insgesamt kleiner und spezialisierter auf die konkrete Leistung sind. Notfälle werden dagegen in Einrichtungen mit einer deutlich höheren Gesamtfallzahl versorgt.

Bemerkenswert ist allerdings, dass sich auch bei Elektivpatienten im hohen Alter und in Regionen geringer Dichte noch ein sehr relevanter Anteil von Leistungserbringung in weiter entfernten Krankenhäusern nachweisen lässt. In Kernstädten suchen drei Viertel der Elektivpatienten nicht das nächstgelegene Haus auf. Dies ist ein klares Indiz für eine bewusste Krankenhauswahl über die reine Betrachtung der resultierenden Wege hinaus: Andere Bewertungsmaßstäbe sind in diesen Fällen priori-

tär. Welche dies konkret sind und ob die Prioritäten vom Arzt, Patienten o. a. gesetzt werden, ist auf der vorliegenden Datenbasis nicht zu klären.

Eine wohnortnahe Versorgungsstruktur, insbesondere für Notfälle, ist elementar und lebensrettend und muss entsprechend weiterhin im Rahmen der Krankenhausplanung sichergestellt werden: Differenzierte Erreichbarkeitsanalysen, die nicht auf Einzelfalldaten basieren (müssen), bleiben für die Planung von Notfallleistungen von großer Bedeutung. Für die Gruppe der Patienten mit elektiven Eingriffen zeigen die Ergebnisse allerdings auch, dass sich die nachweislich vorhandene Wanderungsbereitschaft mit solchen Planspielen nur unzureichend abbilden lässt. Die Krankenhausplanung steht für den Bereich elektiver Leistungskomplexe vor der Herausforderung, Tendenzen zur Zentrenbildung zeitnah aufzugreifen und sachgerecht zu integrieren. Die in den Planungsbehörden vorliegenden Daten nach § 21 KHEntgG bieten die notwendige Leistungstransparenz, um die angebotsbezogene Krankenhausplanung um die Dimension der Patientenmobilität zu erweitern. Die Schwierigkeit der systembedingten Zeitverzögerung bei der Umsetzung der planerischen Vorgaben bleibt allerdings bestehen.

Die Bereitschaft der Patienten zur Wanderung in entferntere und zumeist spezialisiertere Krankenhäuser ist für die Leistungserbringer im Wettbewerb Chance und Risiko zugleich. Auf der einen Seite eröffnet sie Möglichkeiten, das Einzugsgebiet für spezifische Leistungen über den bestehenden Radius hinaus zu erweitern und die Fallzahlen in diesem Bereich zu vergrößern. Auf der anderen Seite treten entferntere Krankenhäuser aus denselben Gründen in eine Konkurrenzsituation um diejenigen Patienten, die im originären und engsten Einzugsgebiet wohnen. Dies ist für Krankenhäuser bedeutsam, da bereits ein relativ geringer Anteil abwandernder Patienten ausreichte, um zum einen die Kapazitätsauslastung und somit die ökonomische Lage zu verschlechtern. Zum anderen könnten aufgrund negativer Ausstrahlungseffekte auf das Image des Krankenhauses künftig weitere Patienten ebenfalls abwandern.

In diesem Wettbewerb um die „richtige“ Krankenhauswahl besteht ein Bedarf an geeigneten Informationen sowohl für Patienten als auch für den einweisenden Arzt. Dass diese Informationsquellen, z. B. auf Basis der Qualitätsberichte nach § 137, noch nicht so nutzerorientiert gestaltet sind, wie es notwendig wäre, ist in der Vergangenheit häufig kritisch bewertet worden. Die Bereitschaft der Patienten zur Wanderung in entferntere und spezialisiertere Krankenhäuser bei planbaren Leistungen stellt für Krankenhäuser einen Anreiz dar, die Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch weiterhin zu verbessern und diese für ihre Patienten und einweisenden Ärzte zugänglich aufzubereiten.

Für die Diskussion eines künftigen ordnungspolitischen Rahmens zeigen die Ergebnisse, dass elektive Vertragsformen nicht dem Versicherteninteresse widersprechen, sofern Krankenhäuser unter Vertrag genommen werden, die aus Sicht der Betroffenen als attraktive Anbieter wahrgenommen werden. Schon jetzt ist ersichtlich, dass spezialisierte Einrichtungen überregionale Einzugsgebiete mit entsprechend weiten Patientenwegen etabliert haben. Allerdings wird auch deutlich, dass das Potenzial solcher Vertragsformen in ländlichen Regionen, Ober- und Mittelzentren geringer einzuschätzen ist, da den jeweiligen Kassen unerwünschte Nebenwirkungen bzw. Gegenbewegungen in Form von Kassenwechseln drohen könnten.

Noch unbeantwortet bleibt die Frage, welche Dynamik die Veränderung der Wanderungsbereitschaft im Zeitverlauf haben wird. Dieser Aspekt sollte im Rah-

men künftiger Analysen näher beleuchtet werden, um Rückschlüsse auf erwartbare Entwicklungspfade der Patientenmobilität ziehen zu können.

12.6 Literatur

- Beivers A. Flächendeckende Krankenhausversorgung im ländlichen Raum im Spannungsfeld zwischen demographischer Entwicklung, Binnenmigration und Neuorientierung der Gesundheitswirtschaft. Eine ordnungspolitische Betrachtung, zusammen mit Florian Bartholomae. Discussion Paper; JEL-Klassifikation I18, R23. München: Universität der Bundeswehr 2008.
- Beivers A, Spangenberg M. Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. Informationen zur Raumentwicklung IzR, 1/2008. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) 2008.
- Deutsche Post Direkt GmbH. DATAFACTORY GEOCODE. Die PLZ-Koordinaten der Deutschen Post Direkt GmbH. 2006.
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Rösler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW. Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195. ISBN 3-934629-48-2; ISSN 0945-9553; Hannover: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) 2007.
- Dobbelstein T. Erreichbarkeit und schnelle Prozesse zeichnen gute Krankenhäuser aus. f&w 01/2007: 22–5.
- Fürstenberg T, Heumann M, Roeder N. Auswirkung von Mindestmengen auf die stationären Versorgungsstrukturen der Kardiologie. Zeitschrift für Kardiologie, Band 94, Heft 2/2005: 95–109.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006; 154–70.
- Helios Research Center GmbH. HELIOS Herbstumfrage 2005: „Mündige Patienten wählen Kliniken selbst aus“. Berlin: Selbstverlag 2005.
- Institut für Wirtschaftsgeographie der Universität Bonn 2001: „Anwendung Geographischer Informationssysteme zur Identifizierung von geographisch isolierten Krankenhäusern im Rahmen des „Diagnoses Related Groups“ Vergütungsansatzes“. Abschlussbericht. Bonn: 2001.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung. Abschlussbericht Version 1.0. Köln: IQWiG-Berichte Nr. 13; 2006.
- 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 B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? 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.
- Lüngen M, Gerber A, Lauterbach KW. Zentrenbildung und Krankenhausplanung. Das Krankenhaus 11/2006: 963–8.
- Neubauer G, Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen. Das Krankenhaus 11/2005: 961–6.
- Neubauer G. Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung. In: Kampe W, Bächstadt KH (Hrsg.). Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung. Landshut: WIKOM-Verlag, 2007; 56–76.
- Neubauer G. Auswirkungen der demographischen Veränderungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Feng X, Popescu A (Hrsg.). Infrastrukturprobleme bei Bevölkerungsrückgang. Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verlag 2008; 233–51.

- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006 – Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer 2007, 65–85.
- Nickel S, Schmidt US. Terminplanung im Krankenhaus: Eine Fallstudie. Gesellschaft für Operations Research – OR im Gesundheitswesen. Homburg: Universität des Saarlandes 2007.
- Roeder N, Fürstenberg T, Heumann M. Analyse der Auswirkung der Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen. Das Krankenhaus 6/2004: 427–36.
- Spangenberg M, Schürt A Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2005 – Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer 2006; 205–19.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus - Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2006.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2006; Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2007.

This page intentionally left blank

13 Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW)

Eine Simulation mit Echtdate

Günther Heller

Abstract

Vor dem Hintergrund der Einführung von Mindestmengen scheinen Studien, die deren Auswirkungen simulieren, von großer Bedeutung. Ziel dieser Arbeit war es daher, eine Simulationsstudie am Beispiel der Auswirkungen einer Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW) durchzuführen. Dazu wurden stationäre AOK-Abrechnungsdaten von insgesamt 12 171 VLW genutzt und Umverteilungseffekte über verschiedene Schwellenwerte analysiert. Die Anzahl der potenziell vermiedenen Todesfälle nahm mit der Höhe der Mindestmenge zu. Darüber hinaus konnte die Zunahme der Entfernungen zur Klinik bei höheren Mindestmengen nachgezeichnet werden. Zusätzlich konnten – orientiert am tatsächlichen Bedarf – Regionen ausgewiesen werden, für die eine flächendeckende Versorgung nach Vereinbarung einer definierten Mindestmenge als gefährdet angesehen werden kann.

In the context of introducing minimum provider volumes, studies simulating their impact seem to be of major importance. Thus, the objective of this study was to simulate the impact of the introduction of minimum provider volumes in the treatment of infants with very low birth weight (VLW). AOK routine hospital data of a total of 12 171 VLW were used to analyse redistributive effects of different thresholds. The number of potentially avoided deaths increased along with the minimum provider volumes. However, travelling distances to the next hospital increase after the implementation of higher minimum provider volumes. Moreover, in some regions the coverage with hospital facilities providing treatment of VLW may be jeopardized.

13.1 Einführung

In der Versorgungsforschung wie auch in aktuellen gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion werden zunehmend wissenschaftlich basierte Analysen und Evaluationen zur Steuerung und Optimierung der medizinischen Versorgung gefordert.

Aktuelle Beispiele für Anwendungsgebiete solcher Analysen sind: Integrierte Versorgungsverträge von Kassen mit spezifischen Leistungserbringern, bzw. generell Pay-for-Performance-Ansätze, prinzipiell auch die Chroniker-Programme, oder planbare stationäre Leistungen und nicht zuletzt die sogenannte Mindestmengenregelung nach § 137 SGB V.

Alle genannten Anwendungsgebiete gehen zumindest in Teilen von einer Verlagerung bestimmter Teile der Versorgung auf spezifische Leistungserbringer aus. Dies geschieht unter der (oft nur impliziten) Vorstellung, dass diese Leistungserbringer die genannten Leistungen besser erbringen können. Gemeint ist, dass sie die Leistungen in besserer Qualität oder bei vergleichbarer Qualität kostengünstiger erbringen können.

Allerdings existieren für Deutschland bislang nur wenige empirische Analysen, welche die Effekte einer Umverteilung von Versorgungsleistungen im Sinne von Simulationsmodellierungen überzeugend illustrieren können.

Ziel dieser Arbeit war es daher, eine solche Simulationsanalyse anhand von Echtdaten für die stationäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) in Deutschland durchzuführen. Als Kriterium für mögliche Umverteilungen wurde die vorherige klinikspezifische Anzahl der behandelten VLWAs ausgewählt und deren Konsequenzen in einer Simulationsanalyse untersucht.

Dabei wurde der Zusammenhang zwischen erbrachter Fallzahl und Versorgungsqualität international seit langem untersucht (Obladen 2007). Daher beriet der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) auf Antrag der Gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 über die Einführung einer Mindestmenge gemäß § 137 SGB V. Als Ergebnis dieser Beratungen wurde am 20.09.2005 eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen veröffentlicht, die strukturelle Voraussetzung zur Behandlung von VLWAs (und anderen Risikogeburten), aber keine Mindestmenge enthielt.¹ Dies gilt auch für die geänderte Vereinbarung des GBA vom 17.10.2006². Seit dem Frühjahr 2007 wird beim GBA über eine Anpassung dieser Vereinbarung bzw. über die Einführung einer Mindestmenge verhandelt, nachdem mittlerweile auch verschiedene Arbeiten aus Deutschland zu dieser Thematik vorliegen (Bartels et al. 2006; Heller et al. 2007). Eine Auswertung der aktuellen Literatur zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht gibt die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs7/beschluesse/2005-09-20-Vereinbarung-Frueh_Neu_BAnz.pdf

2 http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs7/beschluesse/2006-10-17-VB-Frueh-Neu_BAnz.pdf, zitiert am 09.12.2006

(IQWiG) im Auftrag des GBA erstellte Studie, deren Abschlussbericht nunmehr vorliegt.³

Allerdings liegen unseres Wissens bislang keine Arbeiten zu dem o. g. Thema vor, welche die Effekte der Einführung einer Mindestmenge auf die Versorgungslandschaft in Deutschland mit Echtdateien simulieren. Dies soll im vorliegenden Artikel anhand der abhängigen Variablen 30-Tage-Sterblichkeit und Entfernung zur Klinik untersucht werden. Dabei sind die zu erwartenden zusätzlichen Distanzen für die Patienten ggf. mit erheblichen zusätzlichen Aufwendungen verbunden und sollten vor strukturbedingten Änderungen evaluiert werden. Umgekehrt ist eine möglichst realitätsnahe, empirisch basierte Simulation der möglichen Veränderungen der Ergebnisqualität unter klar definierten Mindestmengen bei der Vereinbarung einer Mindestmenge von zentralem Interesse. Dennoch existieren für Deutschland – unseres Wissens auch jenseits der Versorgung von VLBWs – nur sehr wenige Analysen dieser Art zu diesem Thema. Dies liegt vermutlich daran, dass entsprechende Datengrundlagen zumeist nicht verfügbar sind.

13.2 Material und Methoden

In die Analyse wurden bundesweite Krankenhausabrechnungsdaten gemäß dem Datenaustauschverfahren nach § 301 SGBV von AOK-Patienten mit einem Aufnahmegewicht von 300–1499 g (VLBW), einem Alter ≤ 1 Tag und einem Entlassungsdatum im Zeitintervall vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2007 eingeschlossen. Lagen mehrere Krankenhausfälle für ein Neugeborenes vor, wurde nur der erste Krankenhausfall verwendet. Totgeborene Kinder wurden ausgeschlossen. Überlebende VLBWs, für die anhand unserer Daten kein 30-Tage-Follow-Up möglich war, wurden nicht berücksichtigt, wie auch Neugeborene mit einer kongenitalen Anomalie als Hauptdiagnose. Insgesamt wurden 1,6% der VLBWs aufgrund dieser Kriterien ausgeschlossen. Nach Anwendung der o. g. Ein- und Ausschlusskriterien für das oben definierte Studienkollektiv standen von insgesamt 93 VLBWs (1,7%) mit Entlassungsdatum in den Jahren 2006/2007 keine verwertbaren Postleitzahlangaben zur Verfügung. Diese VLBWs wurden ebenfalls nicht analysiert.

Als Endpunkt wurde die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme untersucht. Risikoadjustierte Analysen und die Berechnung von Standardisierten Mortalitäts-Ratios (SMRs) wurden mittels logistischer Regressionen durchgeführt.

Für die weiteren Analysen wurden die Datensätze geteilt. Die Jahrgänge 2003 bis 2005 wurden genutzt, um Zählungen der behandelten AOK-Patienten durchzuführen.⁴ Diese Fallzahl diente als Kriterium für eine Klinikselektion bzw. Umverteilung von VLBWs in den Jahren 2006 bis 2007. Orientiert an Dezilen (10. Per-

³ <http://www.iqwig.de>

⁴ Dies ist deswegen nötig, weil eine Mindestmenge in der Realität prospektiv umgesetzt werden muss. Die erbrachte Fallzahl einer Klinik im Jahr x kann nur für eine Mindestmengenregelung im Jahr $x+1$ angewendet werden (vgl. Rogowski 2004; Heller 2008).

zentil bis 90. Perzentil)⁵ wurden Modelle für insgesamt zehn Schwellenwerte simuliert und deren Effekt berechnet.

Dabei wurden unterschiedliche abhängige Variablen untersucht:

1. Die Veränderung der risikoadjustierten 30-Tage-Mortalität nach simulierter Umverteilung in eine Klinik, die das jeweilige Umverteilungskriterium erfüllte. Hierzu wurde eine logistische Regression mit der abhängigen Variable 30-Tage-Sterblichkeit und mit den in einer Vorstudie ermittelten Prädiktorvariablen⁶ für VLBWs aus den Kliniken, die in den Jahren 2006/2007 nicht von der Umverteilung betroffen waren, berechnet. Mit Hilfe dieser logistischen Regression wurden für die umzuverteilenden VLBWs erwartete Todesfälle pro Klinik berechnet (E) und mit den beobachteten Todesfällen (O) in dieser Klinik im Beziehung gesetzt. Das so erhaltene Standardisierte Mortalitätsratio ($SMR = O/E$) wurde als Maß für risikoadjustierte klinikspezifische Sterblichkeiten verwendet. Als Ergebnis erhält man ein Maß, das die Übersterblichkeit oder Untersterblichkeit durch eine nicht erfolgte Umverteilung angibt. Dabei werden im Ergebnisteil nicht nur SMRs, sondern auch Differenzen zwischen beobachteten und erwarteten Todesfällen als sogenannte potenziell vermeidbare Todesfälle ausgewiesen. Konfidenzintervalle für diese Maßzahlen wurden nach Hosmer und Lemeshow (1995) berechnet. Der Einfachheit halber wurden die potenziell vermeidbaren Todesfälle ebenfalls auf die in Deutschland geborenen VLBWs im Jahr 2005 hochgerechnet und gerundet auf ganze Zahlen angegeben.
2. Veränderungen der Entfernungen nach simulierter Umverteilung zur nächsten Klinik, die das jeweilige Umverteilungskriterium erfüllte. Dazu wurde zunächst der Wohnort der umzuverteilenden VLBWs anhand der 5-stelligen Postleitzahl geschätzt und die Luftlinien-Entfernung zur aktuell behandelnden Klinik vor der Umverteilung über Luftlinie berechnet (ursprüngliche Entfernung). Nachdem festgestellt wurde, dass so mitunter recht weite und nur zum Teil glaubhafte Entfernungen resultieren, wurde darüber hinaus die Entfernung zur nächstmöglichen Klinik ermittelt (kürzeste Entfernung). Anschließend wurde die Entfernung zur nächsten Klinik, die das Selektionskriterium erfüllte, ermittelt (Entfernung nach Umverteilung). So kann der zusätzliche umverteilungsbedingte Aufwand schließlich durch zwei Differenzen beschrieben werden:

Differenz U = Entfernung nach Umverteilung – ursprüngliche Entfernung

Differenz K = Entfernung nach Umverteilung – kürzeste Entfernung

⁵ Basis der Perzentilberechnung waren die VLBWs, nicht die Kliniken.

⁶ In einer vorherigen Studie waren die folgenden Variablen als relevante Einflussvariablen bei der Vorhersage des 30-Tage-Überlebens ermittelt worden (Heller 2008): Entlassungsjahr (in Dummy-Kodierung), Geschlecht, Aufnahmegewicht (in 100g-Intervallen, Dummy-Kodierung), Mehrling, Oligohydramnion, Intrauterine Hypoxie, Hypoxie unter der Geburt, für das Gestationsalter zu schwere Neugeborene, für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene, für das Gestationsalter zu kleine Neugeborene, Intrauterine Mangelernährung nicht näher bezeichnet. Dabei hatte sich insgesamt ein guter Modellfit (Hosmer-Lemeshow-Test; $\chi^2(8) = 8.0$, $\text{Prob} > \chi^2 = 0.43$) und eine ebenfalls sehr gute Diskriminationsfähigkeit des Modells (Fläche und der ROC-Kurve = 0,84) gezeigt (Heller 2008).

Dabei wurde der Standort der VLBWs, der Standort der Kliniken wie auch die Entfernungen zwischen den Standorten in gleicher Weise wie in dem Beitrag von Friedrich und Beivers⁷ in diesem Krankenhaus-Report bestimmt. Um eine Schätzung der Entfernungsverteilungen für alle VLBWs in Deutschland zu erhalten, wurden Kern-Dichte-Schätzungen durchgeführt und graphisch dargestellt.⁸

13.3 Ergebnisse

Tabelle 13–1 zeigt verschiedene Charakteristika der Gesamtstudienpopulation 2003 bis 2007. Insgesamt sind 12 171 VLBWs aus insgesamt 378 Kliniken enthalten. Das durchschnittliche Aufnahmegewicht betrug 1 075 Gramm. In 19,5% der Fälle war eine intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung dokumentiert. 21,2% der VLBWs waren Mehrlingsgeburten. Die 30-Tage-Sterblichkeit betrug 10,6%. 2006 bis 2007 wurden insgesamt 5 223 VLBWs aus insgesamt 315 Kliniken behandelt. Zusätzlich zeigt sich eine gute Übereinstimmung zwischen dem Gesamtkollektiv und dem im Detail analysierten Kollektiv 2006 bis 2007.

Im Anschluss wurde der Datensatz aufgeteilt:

VLBWs mit einem Entlassungsdatum von 01.01.2003 bis 31.12.2005 wurden genutzt, um klinikspezifische Fallzählungen (Anzahl AOK-VLBWs 2003-2005) durchzuführen⁹. Diese klinikspezifischen Informationen wurden anschließend genutzt, um Kliniken zu identifizieren, die – eine entsprechende fiktive Regelung vorausgesetzt – in den Jahren 2006 bis 2007 nicht mehr regelhaft an der Versorgung von VLBWs teilnahmen. Die dort behandelten VLBWs werden gemäß unserem Modell umverteilt. Dabei wurde davon ausgegangen, dass nicht alle VLBWs vorgeburtlich (genauer: vor Klinikaufnahme des Neugeborenen) umverteilt werden können, da mit einem gewissen Prozentsatz von Notfällen zu rechnen ist. Daher wurde jeweils eine 90%-Stichprobe aus den umzuverteilenden VLBWs gezogen und nur diese Kinder umverteilt.

Tabelle 13–2 zeigt zunächst die Schwellenwerte für eine (simulierte) fallzahlbasierte Umverteilung (Spalte 2). Darüber hinaus ist die Anzahl der umverteilten AOK-versicherten VLBWs wie auch die Anzahl der verstorbenen Kinder unter diesen umverteilten AOK-versicherten VLBWs ausgewiesen. Schließlich ist angegeben, wie viele Kliniken von einer Umverteilung betroffen sind. Die Anzahl der Kliniken, in die umverteilt wird, ergibt sich im Wesentlichen¹⁰ als Differenz aus der

7 Siehe Kapitel 12 in diesem Band.

8 Zur Theorie und Anwendung von Kerndichteschätzern und deren graphischer Darstellung vgl. 6. Schnell R. Graphische gestützte Datenanalyse. München: Oldenbourg 1994.

9 Zur besseren Verwendung in einem Kontext, der nicht nur AOK-Versicherte VLBWs betrifft, wurden diese Angaben auf alle in Deutschland geborenen VLBWs im Jahr 2005 hochgerechnet.

10 Durch die Stichprobenziehung kann es sein, dass einzelne wenige Kliniken, obwohl sie unterhalb der definierten Mindestmenge liegen, keine Fälle umverteilen müssen. In diese Kliniken werden aber keine Fälle umverteilt.

Tabelle 13–1

Charakteristika des Studienkollektivs

	Insgesamt		2006–2007	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Anzahl VLBWs ¹⁾	12 171		5 223	
Anzahl Kliniken	378		315	
Aufnahmegewicht (Gramm)*	1 075		1 075	
Quartilsgrenzen**	830/1120/1350		820/1 130/1 350	
Männliche VLBWs	6 178	50,8	2 688	51,5
Mehrling	2 576	21,2	1 148	22,0
Oligohydramnion	203	1,7	93	1,8
Intrauterine Hypoxie	319	2,6	137	2,6
Hypoxie unter der Geburt	1 294	10,6	644	12,3
Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	2 368	19,5	993	19,0
Für Gestationsalter zu schwer	24	0,2	11	0,2
30-Tage-Sterblichkeit	1 291	10,6	573	11,0
Durchschnittliche Anzahl VLBWs/Klinik***	56			
Quartilsgrenzen **	30/52/79			

¹⁾ AOK-Krankenhauspatienten, Alter \leq 1 Tag, 300–1 499 g Aufnahmegewicht, Entlassungsdatum 1.1.2003–31.12.2007, ohne VLBWs mit Q-Hauptdiagnose, Totgeborene, ohne VLBWs mit unvollständigem 30-Tage-Follow-Up

* Mittelwert; ** Grenzen zwischen 1./2., 2./3. und 3./4. Quartil

*** Berechnet auf Basis der AOK-VLBWs 2003–2005, hochgerechnet auf alle in Deutschland geborenen VLBWs im Jahr 2005

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Gesamtzahl der insgesamt 315 Kliniken (vgl. Tabelle 13–1), die in den Jahren 2006 und 2007 AOK-versicherte VLBWs behandelten.

In Tabelle 13–3 sind Schätzungen der Übersterblichkeit von VLBWs 2006 und 2007 durch nicht erfolgte Umverteilung für verschiedene Schwellenwerte dargestellt. Beispielsweise zeigt das Standardisierte Mortalitäts-Ratio von 1.44 bei einer Mindestmenge von 31 VLBWs (30. Perzentil) an, dass die risikoadjustierte Sterblichkeit der (simuliert) umverteilten VLBWs durch die tatsächlich nicht erfolgte Umverteilung um 44% erhöht war. Dabei zeigen sich Standardisierte Mortalitäts-Ratios (SMRs) von minimal 1,24 (für einen Schwellenwert auf dem 8. Perzentil und einer konsekutiven Mindestmenge von 11 VLBWs/Jahr) bis maximal 1.85 (für einen Schwellenwert auf dem 90. Perzentil und einer Mindestmenge von 89 VLBWs/Jahr). Wird ein Schwellenwert zwischen dem 10. und 60. Perzentil verwendet, ergibt sich ein SMR von ca. 1.4, darüber zeigen sich nochmals höhere SMRs. Mit zunehmenden Schwellenwert finden sich – erwartungsgemäß – nicht immer größere SMRs.

Aus Public-Health-Perspektive und Versorgungssteuerung interessanter ist aber eine Betrachtung von Risikodifferenzen, bzw. von potenziell vermeidbaren Todes-

Tabelle 13–2

Charakteristika der Umverteilung für unterschiedliche Schwellenwerte, AOK-VLBWs 2006–2007

Perzentil des gewählten Schwellenwerts	Mindestmenge*	Anzahl umverteilte Kinder**	Verstorbene Kinder unter den umverteilten Kindern**	Anzahl Kliniken, aus denen Kinder umverteilt wurden
8	11	380	44	119
10	15	497	67	134
20	23	941	114	170
30	31	1 410	181	203
40	37	1 880	213	222
50	49	2 351	275	248
60	57	2 821	335	264
70	66	3 290	395	278
80	76	3 760	438	290
90	89	4 231	472	304

* Fallzahl berechnet aus klinikspezifischer Fallzahl 2003–2005. Genannt ist die Fallzahl, die zu keiner Umverteilung führen würde, hochgerechnet auf alle 2005 geborenen VLBWs

** Hier werden nicht hochgerechnete AOK-versicherte AOK-VLBWs ausgewiesen. Umverteilt wurde eine 90 % Stichprobe des jeweiligen Perzentils (vgl. Text)

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

13

Tabelle 13–3

Schätzung der Übersterblichkeit von VLBWs 2006–2007 durch nicht erfolgte Umverteilung

Perzentil des gewählten Schwellenwerts	Mindestmenge*	Standardisierte Mortalitäts-Ratio (95% Konfidenzintervall)	Potenziell vermeidbare Todesfälle (95% Konfidenzintervall)**
8	11	1,24 (1,00 – 1,49)	14 (0 – 28)
10	15	1,43 (1,20 – 1,65)	33 (16 – 50)
20	23	1,41 (1,23 – 1,59)	54 (31 – 77)
30	31	1,44 (1,30 – 1,58)	91 (62 – 119)
40	37	1,28 (1,15 – 1,40)	75 (42 – 109)
50	49	1,33 (1,22 – 1,44)	110 (72 – 149)
60	57	1,42 (1,32 – 1,53)	161 (122 – 202)
70	66	1,60 (1,50 – 1,71)	242 (200 – 283)
80	76	1,57 (1,47 – 1,67)	260 (215 – 303)
90	89	1,85 (1,73 – 1,95)	349 (305 – 393)

* Fallzahl berechnet aus klinikspezifischer Fallzahl 2003–2005. Genannt ist die Fallzahl, die zu keiner Umverteilung führen würde (Mindestmenge)

** Hochgerechnet auf alle 2005 geborenen VLBWs

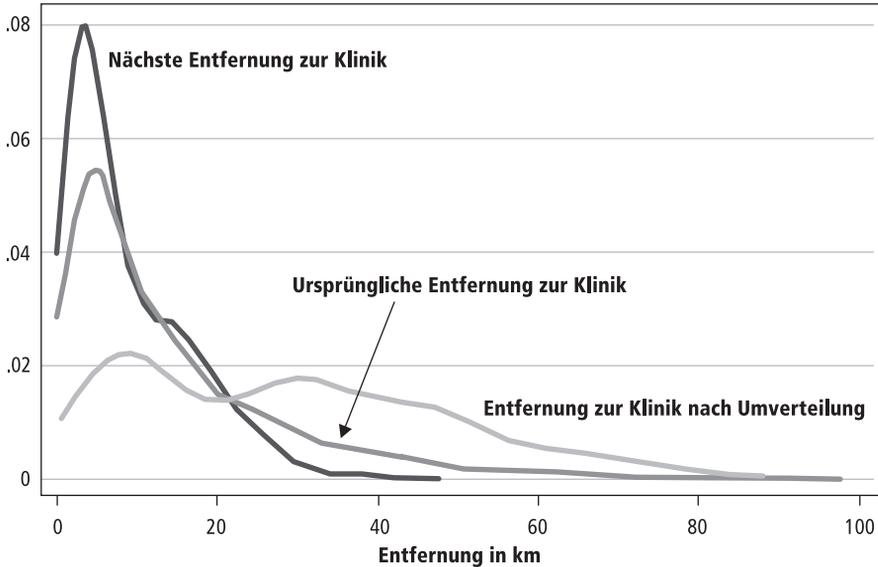
Datengrundlage: AOK-Versicherte VLBWs mit Entlassungsdatum 2006–2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

Abbildung 13-1

Kerndichteschätzer der Entfernungen zwischen Wohnort und Klinik für AOK-versicherte VLBWs 2006/2007, die bei (fiktiv) vereinbarter Mindestmenge von 31 VLBWs/Jahr umverteilt würden



fällen durch eine Umverteilung. Bei einem Schwellenwert auf dem 8. Perzentil oder einer vereinbarten Mindestmenge von 11 VLBWs/Jahr wären demnach 14 Todesfälle/Jahr in Deutschland potenziell vermeidbar. Dabei zeigen sich umso mehr potenziell vermeidbare Todesfälle, desto höher die verwendeten Schwellenwerte sind bzw. desto mehr Kinder umverteilt werden. Beispielsweise wären bei einem Schwellenwert auf dem 50. Perzentil oder einer Mindestmenge von 49 VLBWs/Jahr 110 vermiedene Todesfälle durch Umverteilung zu erwarten. Würden 90% der VLBWs umverteilt (Mindestmenge = 89), erhöht sich diese Zahl bis auf 349 potenziell vermeidbare Todesfälle/Jahr.

In Abbildung 13-1 sind Kerndichteschätzungen von Verteilungen (a) der ursprünglichen Entfernung zur versorgenden Klinik, (b) der kürzesten Entfernung zu einer Klinik, die in den Jahren 2006/2007 VLBWs versorgt hat, sowie (c) der Entfernung zur nächsten Klinik nach simulierter Umverteilung bei einem Schwellenwert auf dem 30. Perzentil oder einer Mindestmenge von 31 dargestellt. Wichtig ist anzumerken, dass die Basis der Verteilungsschätzungen sich nur auf die Subgruppe der umzuverteilenden VLBWs bezieht. Es ist zu erkennen, dass die Entfernung zur nächsten Klinik erheblich geringer ist als die zur ursprünglichen Klinik (vor Umverteilung). Die Häufigkeitsgipfel beider Verteilungen liegen dabei deutlich unter 10 km. Nach Umverteilung ist der Häufigkeitsgipfel merklich nach rechts in Richtung höhere Entfernung verschoben und gleichzeitig erheblich geringer ausgeprägt. Konsekutiv ist die rechte Seite der Verteilung vermehrt vertreten. Dies entspricht

Tabelle 13-4
Entfernung der VLBWs zu Kliniken, AOK-versicherte VLBWs 2006/2007

Perzentil	ursprüngliche Entfernung	kürzeste Entfernung	Entfernung nach Umverteilung Mittelwert (Interquartilsgrenzen)	Differenz _U *	Differenz _K **
8	17,2 (3,9 – 8,5 – 17,3)	8,5 (2,8 – 6,0 – 12,5)	21,5 (9,5 – 20,6 – 31,9)	4,3 (0,1 – 6,8 – 19,7)	13,0 (2,8 – 8,9 – 21,0)
10	18,8 (4,1 – 9,0 – 18,5)	9,1 (3,4 – 6,6 – 13,7)	20,6 (9,0 – 18,7 – 30,1)	1,8 (0 – 3,5 – 15,5)	11,5 (1,1 – 6,9 – 17,8)
20	18,3 (4,1 – 8,9 – 19,1)	9,0 (3,1 – 6,4 – 13,7)	26,9 (11,1 – 25,9 – 38,0)	8,6 (1,3 – 9,4 – 25,7)	17,9 (4,5 – 13,4 – 28,3)
30	20,5 (4,5 – 9,9 – 21,4)	9,4 (3,4 – 6,8 – 14,0)	29,5 (11,3 – 27,8 – 43,4)	8,9 (1,0 – 9,5 – 26,5)	20,1 (4,6 – 14,5 – 31,4)
40	19,9 (4,5 – 10,5 – 22,2)	9,3 (3,2 – 6,8 – 13,9)	32,4 (13,3 – 30,8 – 47,5)	12,4 (1,8 – 11,7 – 30,6)	23,1 (5,7 – 19,2 – 35,6)
50	20,6 (4,6 – 10,4 – 22,7)	9,5 (3,1 – 6,8 – 14,5)	36,1 (14,0 – 32,0 – 52,3)	15,5 (2,4 – 12,8 – 33,9)	26,6 (7,0 – 20,4 – 40,9)
60	21,7 (4,6 – 11,1 – 24,7)	9,8 (3,1 – 6,8 – 15,2)	43,7 (17,0 – 36,6 – 59,5)	22,1 (4,1 – 17,8 – 41,1)	34,0 (9,5 – 25,5 – 49,5)
70	21,7 (4,7 – 11,3 – 24,6)	9,8 (3,2 – 7,0 – 15,0)	50,7 (20,9 – 42,9 – 72,9)	28,9 (6,7 – 24,7 – 52,9)	40,8 (12,2 – 32,6 – 59,9)
80	21,9 (4,7 – 11,5 – 25,0)	9,9 (3,3 – 7,1 – 15,3)	58,4 (27,2 – 51,2 – 83,5)	36,6 (9,9 – 32,4 – 63,5)	48,4 (17,7 – 40,5 – 70,8)
90	21,8 (4,8 – 11,6 – 24,9)	9,7 (3,3 – 6,9 – 14,9)	89,7 (53,1 – 82,2 – 128,1)	67,9 (33,1 – 64,1 – 108,1)	80,0 (42,9 – 72,7 – 115,7)

* Entfernung nach Umverteilung – ursprüngliche Entfernung

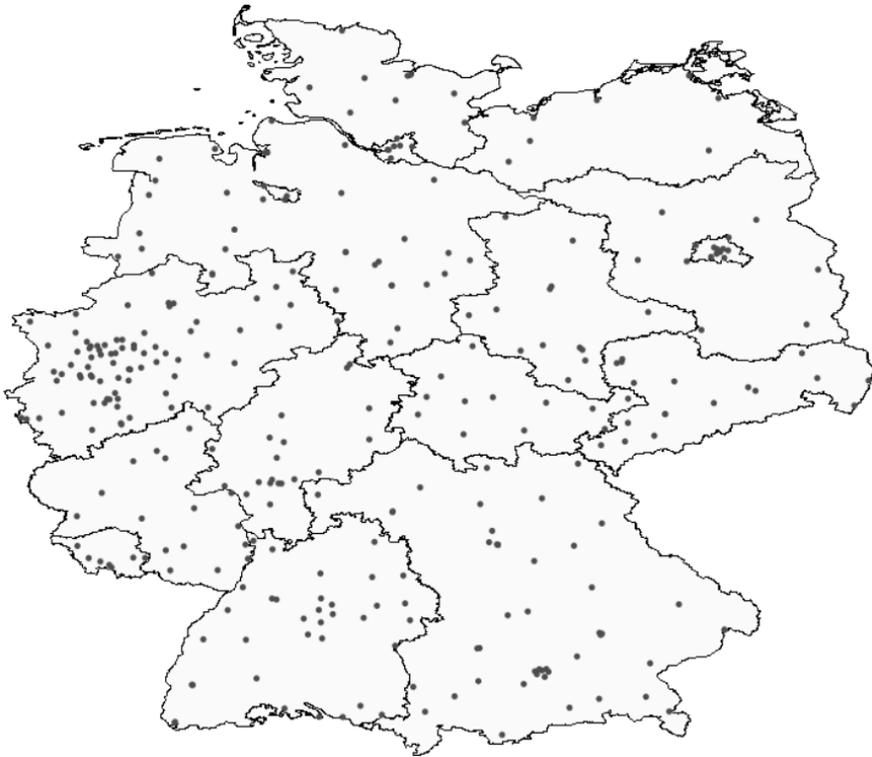
** Entfernung nach Umverteilung – kürzeste Entfernung

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 13–2

Standorte der Kliniken, die 2006/2007 AOK-versicherte VLBWs versorgt haben



13

Krankenhaus-Report 2008/2009

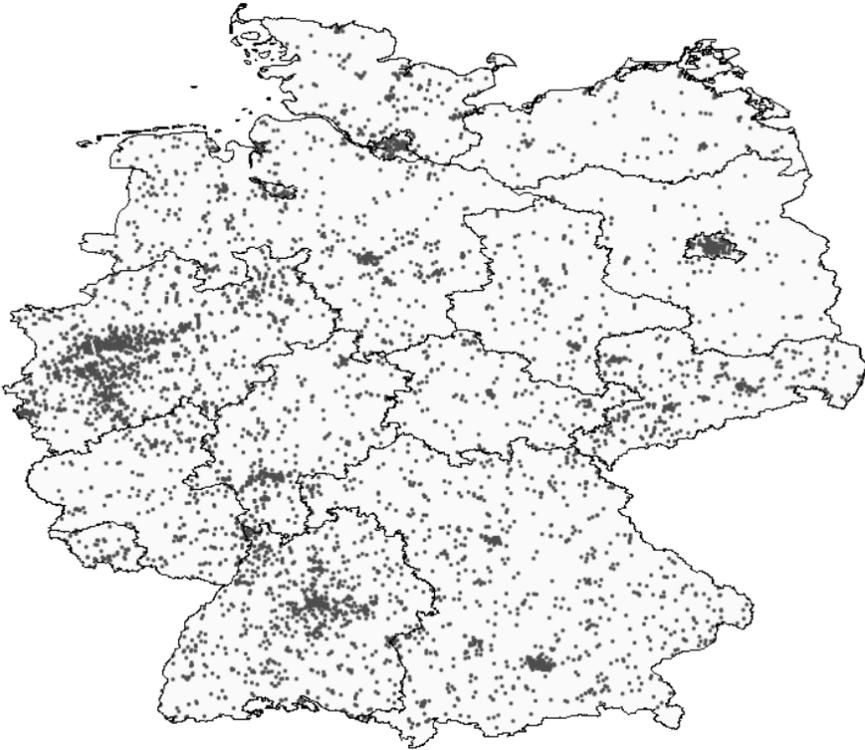
Wido

dem Ergebnis, dass nach Umverteilung für nennenswerte Anteile der VLBWs größere Distanzen zu einer versorgenden Klinik in Kauf genommen werden müssen.

Tabelle 13–4 zeigt die Konsequenzen einer Umverteilung mit Blick auf die Entfernung zur Klinik für alle analysierten Schwellenwerte. Basis der Berechnungen sind wiederum allein diejenigen VLBWs, für die eine Umverteilung simuliert wird. Um auch hier einen Anhaltspunkt über die Verteilungsform zu liefern, werden neben den Mittelwerten in Klammern die Interquartils Grenzen angegeben. In Spalte 2 und 3 sind die ursprünglichen Entfernungen und die kürzesten Entfernungen zur Klinik ausgewiesen. Dabei zeigt sich insgesamt erwartungsgemäß nur eine geringfügige Zunahme der ursprünglichen Entfernungen mit zunehmenden fallzahlbasierten Schwellenwerten.¹¹ Die ursprüngliche Entfernung liegt im Mittel bei ca. 20 km,

¹¹ Eine Zunahme ist dabei grundsätzlich zu erwarten, weil angenommen werden kann, dass die in Kauf genommenen Entfernungen zu größeren Kliniken im Durchschnitt höher sind als zu kleineren Kliniken: Größere Kliniken behandeln im Durchschnitt bekannte problematische Fälle, die ggf. über weitere Distanzen in diese Klinik geleitet werden. Ähnliches zeigt sich im Übrigen auch im Bereich der Versorgung mit Hüft-TEPs bei Friedrich und Beivers (2009).

Abbildung 13–3

Wohnorte von AOK-versicherten VLBWs mit Entlassungsdatum in 2006/2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

13

die kürzeste Entfernung zu einer Klinik, die in den Jahren 2006 und 2007 AOK-VLBWs versorgt hat, liegt deutlich niedriger bei etwa 9–10 km. Die Entfernung nach Umverteilung steigt von durchschnittlich 21,5 km (8. Perzentil) auf 89,7 km (90. Perzentil).

In Abbildung 13–2 sind die Wohnorte für alle AOK-versicherten eingeschlossenen VLBWs der Jahre 2006/2007 auf einer Deutschlandkarte abgebildet. Dabei sind die erwarteten regionalen Häufungen in den bekannten Ballungszentren wie auch nur vereinzelte VLBWs in dünn besiedelten Regionen zu erkennen. Dem sind die in der Abbildung 13–3 verzeichneten Standorte aller Kliniken, die in den Jahren 2006 und 2007 o. g. VLBWs behandelt hatten, gegenübergestellt.

Um gegebenenfalls auftretende Problemregionen nach der Einführung einer Mindestmenge besser identifizieren zu können, sind in Abbildung 13–4 die Wohnorte derjenigen VLBWs 2006/2007 verzeichnet, die nach einer simulierten Einführung einer Mindestmenge von 31 VLBWs pro Jahr mehr als 50 Kilometern von einer Klinik entfernt wohnten, die das Mindestmengenkriterium erfüllte. Würde also eine Mindestmenge von 31 VLBWs vereinbart und gleichzeitig eine Entfernung von 50 und mehr Kilometern als eine für eine flächendeckende Versorgung proble-

Abbildung 13–4

Wohnorte von AOK-versicherten VLBWs mit Entlassungsdatum in 2006/2007 und einer Entfernung von mehr als 50 Kilometern zu einer Klinik mit mindestens 34 VLBWs/Jahr*



13

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

matische Entfernung eingestuft, so wären entsprechende Problemregionen in dieser Abbildung zu erkennen, indem sich dort entsprechende Häufungen von VLBWs zeigen.

13.4 Diskussion

Die hier vorgestellte Analyse wurde am Beispiel der Versorgung von VLBWs durchgeführt. Dabei wurde mit Rückgriff auf Echtdaten simuliert, welche Effekte nach die Vereinbarung unterschiedlicher Mindestmengen für die Versorgung von VLBWs in Deutschland erwartet werden können. Orientiert an Dezilen wurden Simulationsanalysen für zehn Schwellenwerte bzw. Mindestmengen auf der Basis von Echtdaten durchgeführt. Für jeden dieser Schwellenwerte wurde berechnet, welche Änderungen der Sterblichkeit in dem umverteilten Kollektiv zu erwarten sind. Zusätzlich wurde analysiert, welche Entfernungen zur aktuellen Klinik vor

Umverteilung vorlagen und wie sich diese durch eine Umverteilung veränderten. Unseres Wissens ist dies – zumindest für die Versorgung von VLBWs – die erste Studie, welche sowohl die Veränderung der Ergebnisqualität als auch Aufwendungen für Patienten im Sinne von zunehmenden Distanzen zur Klinik aufweist und zusätzlich Problemregionen der Versorgung im Sinne einer zu großen Entfernung zur nächsten Klinik nach Einführung einer Mindestmenge identifiziert. Dabei könnte dieses Verfahren für eine Versorgungsplanung mit dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von großem Nutzen sein. Dies ist insbesondere auch deswegen von Bedeutung, weil befürchtet werden muss, dass aktuelle regionale Versorgungsplanungen auf Länderebene stattfinden und mitunter nur unzureichende Informationen über die Versorgung und Versorgungsengpässe in benachbarten Regionen zur Verfügung stehen. So zeigt die vorgelegte Analyse einige Problemregionen in Grenzbereichen zwischen verschiedenen Bundesländern wie auch entlang verschiedener Bundesgrenzen auf.

Eine naheliegende Anwendungsmöglichkeit dieser Analysen sind die aktuell laufenden Beratungen zur Einführung einer Mindestmenge in der Versorgung von VLBWs beim GBA. Ein Ziel dieser Beratungen dürfte unter anderem sein, die geschätzten Aufwendungen einer Mindestmengenvereinbarung im Sinne von zusätzlichen Distanzen gegenüber den Vorteilen einer solchen Vereinbarung im Sinne einer zu erwartenden verbesserten Ergebnisqualität zu bewerten und ins Verhältnis zu setzen, um so zu einer für die deutschen Gegebenheiten optimalen Mindestmenge zu gelangen.

Dabei scheint die hier vorgestellte Ermittlung eines optimalen Schwellenwertes, die sich allein an Änderungen von Qualitätskriterien orientiert, schon deswegen überlegen, weil erwartet werden kann, dass so gefundene Mindestmengen an der Realität einer flächendeckenden Versorgung nicht komplett vorbeigehen.

Die vorgelegten Analysen haben die risikoadjustierte Mortalität als Endpunkt der Ergebnisqualität untersucht. Ohne Probleme können vergleichbare Analysen für andere Endpunkte wie z. B. ökonomische Endpunkte oder auch für andere Leistungsbereiche durchgeführt werden. In diesem Sinne ist zu erwarten, dass die vorgelegte Analyse oder vergleichbare Analysen, welche die Vor- und Nachteile von geänderten Versorgungsstrukturen prognostizieren, vor dem Hintergrund der Umsetzung von gesetzlichen Mindestmengenregelungen eine größere allgemeine Bedeutung gewinnen.

Gleichzeitig ist der vorgestellte Ansatz in keinster Weise auf Analysen der Vereinbarung von Mindestmengen beschränkt. Ebenso gut könnten andere Umverteilungskriterien wie vorherige klinikspezifische risikoadjustierte Mortalität¹² (Rogowski et al. 2004) oder Strukturkriterien von Leistungserbringern (z. B. Perinatalzentren gegen andere Kliniken), aber auch auf individueller Ebene verankerte Kriterien (z. B. Patienten mit spezifischer Therapie vs. Patienten ohne diese Therapie) untersucht werden, solange diese Kriterien in Daten identifizierbar sind.

12 Dabei hatten wir unlängst gezeigt, dass eine Vereinbarung, die sich an vorherigen klinikspezifischen Sterblichkeiten orientiert, für deutsche Verhältnisse keine bessere Ergebnisqualität erwarten lässt als eine Steuerung anhand von vorherigen klinikspezifischen Fallzahlen (Heller 2008).

Der vorgestellte analytische Ansatz stellt demnach ein flexibles Instrumentarium dar, das an unterschiedlichsten Stellen zum Zwecke der Evaluation, Versorgungssteuerung, und -planung eingesetzt werden kann und dies im Sinne einer empirisch basierten rationalen Versorgungsplanung auch zunehmend sollte.

Vor dem Hintergrund der potenziellen unmittelbaren Bedeutung der Ergebnisse für die Beratungen beim GBA scheint es jedoch notwendig, die Einschränkungen der vorgelegten Studie im Detail kritisch zu diskutieren.

Nur AOK-Versicherte

Die durchgeführte Analyse wurde ausschließlich mit AOK-versicherten VLBWs durchgeführt. Dadurch mögen die Fallzahlen einzelner Kliniken zufallsbedingt oder auch durch regionspezifisch unterschiedliche AOK-Anteile abweichend von der tatsächlich erbrachten Fallzahl eingestuft worden sein. Die Verwendung von Krankenhausabrechnungsdaten – wenn auch nur zur Fallzahlbestimmung – würde dabei eine erheblich präzisere Ermittlung von tatsächlichen Schwellenwerten ermöglichen. Auch wenn dies für die Schätzung einer bundesweiten Volume-Outcome-Analyse sicher keine nennenswerte Rolle spielen wird¹³, ist dies für eine regionale Versorgungsplanung ggf. zu berücksichtigen. Bei entsprechender Fragestellung und entsprechende Datengrundlagen vorausgesetzt spricht allerdings wenig dagegen, vergleichbare Analysen unter Berücksichtigung von Patienten durchzuführen, die nicht bei der AOK versichert sind. Dabei würde die Verwendung von allen behandelten VLBWs auch zu einer höheren Präzision der Ergebnisse führen. Umgekehrt sind, z. B. im Kontext des selektiven Kontrahierens, zahlreiche Anwendungen denkbar, in denen gerade spezifische Effekte und Ergebnisse von Versicherten einer Klasse von besonderem Interesse sind.

Regionale Zuordnung und Berechnung von Entfernungen

Der Standort der VLBWs, der Standort der Kliniken, wie auch die Entfernungen zwischen den Standorten werden analog zum Beitrag von Friedrich und Beivers in diesem Krankenhaus-Report bestimmt Friedrich and Beivers 2009¹⁴. Der Wohnort der VLBWs, genauer der Wohnort der zugehörigen Mutter, wurde über die 5-stellige Postleitzahl geschätzt. Dabei wurde jedem VLBW zufällig ein definierter Wohnort innerhalb der Region des Postleitzahlbereichs zugewiesen. Bei diesem Vorgehen ist zu konstatieren, dass innerhalb von Postleitzahlbereichen die Verteilung der Wohnorte sicher nicht zufällig ist, sondern mitunter deutliche regionale Klumpungen zu erwarten sind. Insofern mag das gewählte Verfahren, wenn die betrachtete Klinik und der Wohnort innerhalb des gleichen Postleitzahlbereichs oder konsekutiv im unteren Bereich der Entfernungsverteilung liegen, die tatsächliche Distanz eher überschätzen. Für Postleitzahlbereiche übergreifende Distanzen oder für weitere Distanzen, die für

13 In der Vergangenheit wurden von uns verschiedene unterschiedliche Volume-Outcome-Analysen zum Thema durchgeführt. Die Art der Operationalisierung des Volumens stellte dabei keinen wesentlichen Einflussfaktor dar. Beispielsweise lassen sich ähnliche Volume-Outcome-Effekte auch zeigen, wenn die Fallzahlen einer Survey-Erhebung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin et al. (2001), welche die behandelte Fallzahl aus dem Jahr 1999/2000 abfragte, als Behandlungsvolumen eingesetzt wurde (Ergebnis nicht dargestellt).

14 Siehe Kapitel 12 in diesem Band.

die Analysen der flächendeckenden Versorgung von besonderem Interesse sind, sollte dieser Effekt in der Summe dagegen nur wenig ausgeprägt sein.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der angegebene Hauptwohnsitz sich nicht in jedem Fall mit dem Lebensmittelpunkt zum Zeitpunkt der Geburt deckt. So könnte sich die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt an einem anderem Ort, etwa dem Zweitwohnsitz aufhalten. Unter der plausiblen Annahme, dass dieser Fall häufiger auftritt als eine Unterschätzung der tatsächlichen Entfernung, ist insgesamt von einer Überschätzung der tatsächlichen Distanzen zur Klinik auszugehen. Um die Stärke dieses potenziellen Fehlers einschätzen zu können, wurde darüber hinaus die Entfernung zur nächsten Klinik (vor Umverteilung) berechnet und in den Analysen für verschiedenen Schwellenwerte ausgewiesen.

Schließlich wurden die Entfernungen in Luftlinie angegeben. Eine Berücksichtigung von ggf. abweichend langen Verkehrswegen und unterschiedlich langen Fahrtzeiten gemäß einer unterschiedlichen Verkehrsdichte zu verschiedenen Zeiten in den unterschiedlichen Regionen konnte nicht durchgeführt werden. Gemäß den Ergebnissen eines vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführten Methodentests sind die Luftliniendistanzen jedoch gut geeignet, die PKW-Distanz zu approximieren (IQWiG 2006).

Insofern kann festgehalten werden: Die hier vorgelegte räumliche Analyse beruht auf einigen Approximationen und führt insgesamt tendenziell mutmaßlich zu einer Überschätzung der tatsächlichen Distanzen. Für die intendierte Analyse der flächendeckenden Versorgung scheinen die Verzerrungen allerdings nur wenig ausgeprägt zu sein, zumal zusätzliche Analysen zur Distanz zur nächsten Klinik vor Umverteilung im Sinne einer Sensitivitätsanalyse verstanden und eingesetzt werden können.

Statistische Berechnungen

Wie im Methodenteil angemerkt, wurde die Berechnung der Konfidenzintervalle für SMRs und für potenziell vermeidbare Todesfälle anhand nach Hosmer und Lemeshow (1995; Hosmer, et al. 1997) durchgeführt. Dabei findet eine approximative Formel Anwendung, deren Varianzschätzung sich allein auf die aktuell analysierte Gruppe von VLBWs (hier zur Umverteilung vorgesehene VLBWs) bezieht. Allerdings nutzt die eigentliche Schätzung der Koeffizienten der logistischen Regression nur den VLBWs aus den Kliniken, in die umverteilt wird. Dabei kann kritisch angemerkt werden, dass diese Gruppe mitunter vergleichsweise klein ist und dies nicht in die Varianzschätzung der SMRs oder potenziell vermeidbaren Todesfälle mit einfließt. In der Konsequenz sind die Varianzschätzer und folglich auch die Breite der Konfidenzintervalle für die SMRs bzw. die potenziell vermeidbaren Todesfälle für die höheren Schwellenwerte mutmaßlich unterschätzt. Ziel dieser Arbeit war es jedoch, weder die Berechnung eines neuen Varianzschätzers für SMRs oder daraus abgeleiteten Maßen zu entwickeln noch die Frage zu beantworten, ob der Zusammenhang zwischen Fallzahl und risikoadjustierter Mortalität in Deutschland „signifikant“ ist. Diese Thematik wurde bereits in früheren Arbeiten mit anderer Methodik bearbeitet (Bartels et al. 2006; Heller et al. 2007; Heller 2008). Die berechneten Konfidenzintervalle werden daher im Ergebnisteil ausgewiesen aber nicht interpretiert. Sie dienen lediglich einer informellen Einschätzung der Variation der erhaltenen Punktschätzer.

Die hier durchgeführten Analysen basieren auf konventionellen logistischen Regressionen ohne Verwendung von Mehrebenenanalysen. Dies könnte zunächst als

Nachteil aufgefasst werden (Goldstein 1995; Iezzoni 2003). Allerdings zeigten vorherige Analysen dieses Datensatzes (Heller 2008), wie auch Analysen der Vermont-Oxford-Neonatal-Database (Rogowski et al. 2004) ähnliche Ergebnisse der Volume-Outcome-Analysen bei VLBWs, wenn konventionelle logistische Regressionen mit verschiedenen Ansätzen der Mehrebenenanalyse verglichen wurden. Auf die Durchführung von Mehrebenenanalysen wurde daher an dieser Stelle verzichtet.

Grundannahmen der Analyse

Die durchgeführte Analyse basiert auf der Annahme, dass sich die Qualität der Versorgung nicht durch zusätzliche Transportwege verändert. Dies wäre zunächst auch nur bei Notfällen zu erwarten, die vorgeburtlich nicht umverteilt werden können. Dies wurde in der vorliegenden Analyse berücksichtigt. Darüber hinaus muss angenommen werden, dass sich die Qualität in den Kliniken, in die umverteilt wird, durch die resultierende Versorgung von weiteren VLBWs nicht ändert. Für die Annahme einer derart veränderten Qualität gibt es zunächst keine empirisch basierte Annahme. Zwar mag diese Annahme vor dem Ausblick der Umverteilung von 81 % aller VLBWs (vgl. Schwellenwert auf dem 90. Perzentil) als gewagt erscheinen. Allerdings steht eine entsprechende drastische Umverteilung unseres Wissens auch nicht ernsthaft zur Disposition. Darüber hinaus sei daran erinnert, dass das hier analysierte Patientenkollektiv aus der Sicht der Versorgungsplanung insgesamt sehr geringe Fallzahlen aufweist, womit auch nur sehr wenige Kinder umzuverteilen wären. Die zu erwartenden Adaptationsprobleme wären konsekutiv als vergleichsweise gering einzuschätzen. Darüber hinaus kann, wenn über eine mögliche mittelbare Veränderung spekuliert wird, zumindest mittelfristig eine Verbesserung der Qualität (im Sinne eines dynamischen Volume-Outcome-Effekts) ebenso plausibel erwartet werden, wie eine Verschlechterung der Qualität (etwa durch vermehrte Belastung des Personals im Sinne eines „Understaffing“).

13.5 Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wurde eine Analyse der Auswirkungen einer Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBWs) im Sinne einer Simulation mit Echtdateien durchgeführt.

Die Ergebnisse der Umverteilungen wurden anhand von zwei unterschiedlichen Kriterien beurteilt:

1. Der Veränderung des Mortalitätsrisikos nach einer Umverteilung. Hier nahm die Anzahl der potenziell vermiedenen Todesfälle mit der Höhe der Mindestmenge zu. Bei einer vereinbarten Mindestmenge von 11 VLBWs/Jahr, ergeben sich potenziell 14 vermeidbare Todesfälle/Jahr, für eine Mindestmenge von 31 VLBWs/Jahr dagegen bereits 91 potenziell vermeidbare Todesfälle und für eine Mindestmenge von 49 VLBWs/Jahr 110 potenziell vermeidbare Todesfälle/Jahr.
2. Der ursprünglichen und veränderten Entfernung zur Klinik für die umverteilten VLBWs. Dabei zeigte sich erwartungsgemäß eine Zunahme der Entfernung zur Klinik bei höheren Mindestmengen.

3. Zusätzlich wurde ein einfaches Verfahren vorgestellt, welches – gewichtet nach dem tatsächlichen Behandlungsbedarf – Regionen identifiziert, in denen nach Vereinbarung einer definierten Mindestmenge die flächendeckende Versorgung gefährdet ist. Es werden also Regionen oder potenzielle Standorte für Kliniken ausgewiesen, für die ggf. Ausnahmeregelungen von einer Mindestmengenvereinbarung unter der Prämisse einer zumutbaren Erreichbarkeit als besonders sinnvoll erscheinen.

Insgesamt hoffen wir, dass die vorgestellten Analysen einen Beitrag zu einer sinnvollen Vereinbarung einer Mindestmenge bei der Versorgung von VLBWs in Deutschland und im weiteren Sinne zu einer rationalen empirisch-basierten Versorgungssteuerung unter Berücksichtigung von Ergebnisqualität und regionaler Erreichbarkeit leisten können.

13.6 Literatur

- Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P, Dammann O, Poets CF. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics* 2006; 117(6): 2206–14.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei elektiven und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008*. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V., Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V., Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V. *Versorgung von Frühgeborenen in Deutschland*. Zentren Frauenkliniken und Kinderkliniken. Landsberg/Lech: ecomed 2001.
- Goldstein H. *Multilevel Statistical Models*. 2nd Edition, London: Arnold 1995.
- Heller G, Günster C, Misselwitz B, 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. Überleben sehr untergewichtiger Frühgeborener in Abhängigkeit von Fallzahl und vorheriger klinikspezifischer Sterberaten. Eine bundesweite Analyse mit administrativen Routinedaten. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) 2008.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models. *Stat Med* 1995; 14(19): 2161–72.
- Hosmer DW, Hosmer T, Le Cessie S, Lemeshow S. A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. *Stat Med* 1997; 16(9): 965–80.
- Iezzoni LI. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. 3rd ed. Chicago: Health Administration Press 2003.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung*, Abschlussbericht Version 1.0. Köln: IQWiG 2006.
- Obladen M. Mindestmengen der Versorgung sehr untergewichtiger Frühgeborener: Eine Literaturübersicht. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2007.
- Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, Kenny M, Carpenter J, Geppert J. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. *Jama* 2004; 291(2): 202–9.
- Schnell R. *Graphische gestützte Datenanalyse*. München: Oldenbourg 1994.
- Schrader P, Grouven U, Bender R. Können Mindestmengen für Knieprothesen anhand von Routinedaten errechnet werden? Ergebnisse einer Schwellenwertanalyse mit Daten der externen stationären Qualitätssicherung. *Orthopäde* 2007; 36(6): 570–6.

This page intentionally left blank

Teil III

Krankenhauspolitische Chronik

(Kapitel 14)

This page intentionally left blank

14 Krankenhauspolitische Chronik

Jutta Visarius und Andreas Lehr

Die deutsche Krankenhauspolitik im Berichtszeitraum dieser Krankenhauschronik wird je nach Blickwinkel der beteiligten Akteure sicherlich unterschiedlich betrachtet, gewichtet und bewertet werden. Mit dem 18.06.2007, dem Tag, an dem das BMG seine für die Länder völlig überraschenden Vorstellungen zur Finanzierungsreform der Krankenhäuser bekannt gab, begann für die Krankenhäuser, die Verbände der Krankenhäuser, Krankenhausärzte, Krankenhausdirektoren, Pflegekräfte usw. und nicht zuletzt für die Kostenträger eine politische Hängepartie, die jetzt schon ein Jahr andauert. Fragen nach den künftigen Regelungen zum Sanierungsbeitrag, Veränderung der Basis zur Berechnung der Entgeltsteigerungen, Personalkostenausgleich, Bundesbasisfallwert, Investitionsfinanzierung, Krankenhausplanung, selektive Verträge etc. sind noch weitestgehend unbeantwortet. Wann, wie und ob die relevanten Entscheidungen fallen, kann seriös niemand prognostizieren.

Hintergrund für diese Entwicklungen ist das Auslaufen der Konvergenzphase der DRG-Einführung in 2009. Aus diesem Grund wurden einige Neu- und Folge-regelungen, sogenannte technische Regelungen, notwendig. 2006 und noch zu Beginn des Jahres 2007 war unklar, ob nur die technischen Regelungen im Omnibusverfahren an ein Gesetz angehängt werden sollten, ob es zu einer mehr oder minder großen Krankenhausfinanzierungsreform kommen oder ob es technische Regelungen mit einer Prise Strukturpolitik geben würde. Mit dem Papier vom 18.6. war klar, dass das BMG eine große Krankenhausfinanzierungsreform plant – Monistik, Bundesbasisfallwert, selektive Verträge, Krankenhausplanung wenn überhaupt, dann nur noch als Rahmenbedarfsplanung usw. Die Länder waren von der öffentlichen Positionierung des BMG zu diesem Zeitpunkt völlig überrascht. Sie hätten den Status quo am liebsten weitgehend aufrechterhalten; wemgleich in einzelnen Punkten durchaus unterschiedliche Auffassungen existierten. Die Front verlief dabei nicht zwischen dem A- und B-Lager, sondern regionenspezifisch. Einigkeit bestand hingegen hinsichtlich der Vermeidung höherer finanzieller Verpflichtungen sowie bezüglich der Wahrung des eigenen Einflusses und des Schutzes der eigenen Krankenhäuser. Schon bald zeichnete sich ab, dass die Länder den Sanierungsbeitrag abschaffen und Möglichkeiten zur Refinanzierung von Kostensteigerungen befürworten würden, solange diese kostenneutral für sie selbst wären.

Man hätte annehmen sollen, dass das BMG in dieser Situation leichtes Spiel gehabt hätte, mit einigen Ländern einen Kompromiss zu vereinbaren und so die für Ulla Schmidt zentralen Punkte in einer gemeinsamen Linie zu konsentieren.

Das ist dem BMG nicht gelungen, vielmehr konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, das BMG wolle einen harten Konfrontationskurs gegen die Länder fahren.

Nach den Erfahrungen mit dem GKV-WSG, bei dem sich Ulla Schmidt mit der Rückendeckung der Kanzlerin durchgesetzt hatte, konnte eine solche Taktik durchaus als zielführend erscheinen. Eine neue Gesamtstrategie wäre aber wahrschein-

lich erfolgversprechender gewesen. Ende 2007 einigten sich die Länder schließlich auf eine gemeinsame Position, die allerdings mit der des BMG nicht in Einklang zu bringen war. Sie lief im Wesentlichen darauf hinaus, den Status quo beizubehalten.

Auch gegen die DKG hatte das BMG einen harten Kurs gefahren. Im Frühjahr 2008 zeigte Ulla Schmidt auf dem DKG-Frühjahrsempfang Verständnis für die Sorgen der Krankenhäuser, besonders für die dort arbeitenden Menschen, und versuchte die DKG und mit ihr die Krankenhäuser auf ihre Seite zu bringen und gegen die Länder, durch mangelnden Mitteleinsatz für die Krankenhäuser schuld am Investitionsstau, zu positionieren. Faktisch lagen jedoch viele der DKG-Positionen näher an denen der Länder als an denen des BMG: keine selektiven Verträge, in Sachen Monistik Misstrauen gegen die Kassen, insbesondere vor dem Hintergrund der Fondseinführung.

Auf dem 111. Ärztetag im Mai in Ulm stellte Ulla Schmidt die Abschaffung des Sanierungsbeitrags, die Refinanzierung der Tarifsteigerungen (50% Steigerung über Grundlohnentwicklung) und ein Sonderprogramm Pflegepersonal (21 000 Pflegekräfte) in Aussicht, um mit dem Einstieg in die Monistik einen wesentlichen Bestandteil ihrer Vorstellungen zum ordnungspolitischen Rahmen retten zu können.

Zusammengefasst lief ihre Verhandlungslinie darauf hinaus, eine Erhöhung der über die Krankenkassen für die Krankenhäuser bereitgestellten Mittel von der Zustimmung der Länder zu einer Neuordnung der Investitionsfinanzierung abhängig zu machen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Position der Bundestagsfraktionen, insbesondere derjenigen der Regierungskoalition. Die AG Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion hat sich erst kurz vor der Sommerpause 2008 diesem Thema zugewandt, wohl auch, weil in diesem Bereich keine sachliche Diskussion mehr möglich war. Eine öffentliche Positionsbestimmung der AG Gesundheit oder der SPD-Bundestagsfraktion ist bis heute ausgeblieben. Die Unionsparlamentarier suchten mit einem Papier einerseits die Nähe der Unionsländer, andererseits sollten alle „Bedürftigen“ im Gesundheitswesen profitieren.

Der Vorstoß des BMG schien erst einmal gestoppt, wie schon beim Errichtungsgesetz für eine Deutsche Arzneimittelagentur (DAMA) und beim Präventionsgesetz. Die DKG forcierte fortan die Forderung nach Deckung der infolge der Tarifabschlüsse steigenden Personal- sowie der Sachkosten, vor allem Energiekosten. Die Unionsfraktion reagierte in ihrem Papier als erste und legte sich auf eine Steigerung der Vergütung nach einem fachspezifischen Preisindex und nicht mehr nach der Grundlohnsummenentwicklung fest. Die Länder zogen nach und einigten sich auf der GMK in Plön Anfang Juli 2008 auf eine Abschaffung des Sanierungsbeitrags und auf Möglichkeiten zur Refinanzierung der Kostensteigerungen. Ansonsten sprachen sie sich einstimmig gegen das von Ulla Schmidt geschaffene Junktim, Änderungen in der Investitionsfinanzierung und gegen Selektivverträge aus. Auf Bundesebene entschärfte die Unionsbundestagsfraktion das Eckpunktepapier des BMG. Das Kanzleramt kommentierte die öffentlichen Finanzierungsankündigungen der Bundesgesundheitsministerin mit einem klaren Nein.

Die Finanzierung ist in der Tat besonders problematisch, weil im Herbst 2009 der erste Beitrag zur Krankenversicherung staatlich und damit politisch festgesetzt wird. Einen wirklich dramatischen Anstieg der Beiträge kann die Bundeskanzlerin,

aber auch Ulla Schmidt nicht wollen. Nun wollen aber nicht nur die Krankenhäuser mehr Geld, sondern auch die niedergelassenen Ärzte, und der erste Beitragssatz muss auskömmlich kostendeckend sein, damit es kein Politdesaster mit Zusatzbeiträgen vor der Bundestagswahl 2009 gibt. Die Situation ist verzwickelt – man spricht von immerhin 2 Mrd. € für die Krankenhäuser und 2,5 Mrd. € für die niedergelassenen Ärzte.

Derzeit ist die Situation zwischen BMG und Kanzleramt festgefahren – der Ausgang ist offen. Das BMG legte Ende August einen Referentenentwurf vor. Sollte der Referentenentwurf ein ähnliches Schicksal erleiden wie das Präventionsgesetz, das still in der Versenkung verschwand, würden die technischen Änderungen, inzwischen weitgehend konsentiert, als Soforthilfe für die Krankenhäuser ans GKV-OrgWG angehängt den Weg in die Gesetzgebung finden.

Die Konfliktlage um den ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ist beispielhaft für die Situation der Gesundheitspolitik nach den tiefgreifenden strukturellen Veränderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und im letzten Jahr vor der Bundestagswahl:

Kanzleramt und BMG fechten einen Machtkampf aus. Die Länder haben inzwischen begriffen, dass sie beim GKV-WSG entmachteten worden sind, wie sich bei ihren Versuchen der Einflussnahme beim GKV-OrgWG zeigt. Weiteren Machtverlust wollen sie nicht hinnehmen. Das Parlament – nicht nur die Opposition, sondern auch die Regierungskoalition – bleibt weitgehend außen vor.

Das Kassensystem ist immer noch stark mit den Umwälzungen durch das GKV-WSG beschäftigt. Fragen nach der Einnahmensituation nach Einführung des Fonds und der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind für die Krankenkassen von mindestens gleicher Bedeutung wie die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung als größtem Ausgabenblock im Gesundheitswesens.

Für die notwendige kurzfristige Geschäfts- und Finanzplanung der betroffenen Krankenhäuser wie auch der Kassen birgt dieser Schwebezustand erhebliche und schwer kalkulierbare Risiken. Mittel- oder gar langfristige Investitions- und Personalplanungen sind erst recht kaum möglich. Aber neben der Frage nach der künftigen Finanzsituation von Krankenhäusern und Krankenkassen steht überdies eine ganze Reihe weiterer ordnungspolitischer Fragen im Raum:

- Wie wirken sich Fonds und RSA auf die stationäre Versorgung aus?
- Wie wird der neu strukturierte GBA sich einlassen und entscheiden?
- Wird das neue „Sozialwettbewerbsrecht“ auch für die Krankenhäuser Geltung haben?
- Welche internen Umstrukturierungen, z. B. durch arztentlastende Berufe, kommen auf die Krankenhäuser zu?
- Wie wird nach der neuen EU-Arbeitszeitrichtlinie die Arbeitszeit in deutschen Krankenhäusern gestaltet?

Das ist nur eine kleine Auswahl, die Liste ist lang. Der weitere Klärungsprozess kann mit Spannung beobachtet werden.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	SPD-Länder werden von Ulla Schmidt auf Kurs gebracht Unionsländer sehen keinen erneuten Abstimmungsbedarf	Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer „interpretiert“ den (einstimmigen) Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz: Die Einigung sei wegen der Unionsländer leider nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner möglich gewesen, dies sei aber nicht als „Beleg gegen den umfassenderen Gesetzentwurf des BMG zu verstehen“. Die Vorsitzende der GMK, Gitta Trauernicht (Schleswig-Holstein), nimmt den bislang inoffiziellen Referentenentwurf zum Anlass, ein erneutes „Abstimmungsgespräch mit den GMK-Mitgliedern“ zu suchen. Es soll am 25. August in Berlin stattfinden. Die Unionsländer werden wahrscheinlich nicht teilnehmen. Die Unionsländer sagen jedoch ab. Im Auftrag der Unionsländer schreibt Baden-Württembergs Sozialministerin Monika Stolz an Gitta Trauernicht, dass derzeit keine weiteren Abstimmungsgespräche erforderlich seien. In Plön habe man sich nach langwierigen Verhandlungen einstimmig auf einen eindeutigen Beschluss verständigt, den es nun umzusetzen gelte. Erst wenn der GMK-Beschluss umgesetzt und ein Gesetzentwurf der Bundesregierung (!) offiziell zugestellt sei, werde zu entscheiden sein, ob und in welchem Rahmen weitere Abstimmungsgespräche erforderlich seien. Da das Kanzleramt die Befassung dieses Referentenentwurfs im Bundeskabinett (inklusive der vorausgehenden Ressortabstimmung) verweigert, also ein Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht in Sicht ist, ist die Krankenhausgesetzgebung nun auf Bundes- wie auch auf Landesebene festgefahren.
23. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Presseseminar GKV-Spitzenverband	Der GKV-Spitzenverband bezieht in einem Pressegespräch ausführlich und eindeutig Position: eine Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und ein Sonderprogramm Pflege seien überflüssig. Die Länder sollten ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Der Wettbewerb müsse durch selektive Verträge gestärkt werden. Die Versorgung der Patienten sei im kommenden Jahr auch ohne Krankenhausreform gesichert – deshalb lieber keine Reform als eine schlechte. DKG und Bundesärztekammer reagieren mit heftiger Kritik: Der GKV-Spitzenverband erkenne offensichtlich nicht den Ernst der Lage in den Krankenhäusern. Er solle mit dafür sorgen, ausreichende Finanzmittel bereitzustellen.
22. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Inoffizieller Referentenentwurf BMG	Das BMG lässt den bislang inoffiziellen Referentenentwurf für ein „Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG“ durchsickern, ohne ein förmliches Stellungnahmeverfahren mit Verbänden und anderen Ressorts der Bundesregierung einzuleiten. Der Entwurf enthält, wie von Ulla Schmidt angekündigt, neben der konsentierten DRG-Technik kontroverse Regelungen, die gegen Unionsländer und Kanzleramt nicht durchsetzbar sind: Neuregelung Investitionsfinanzierung und Angleichung Landesbasisfallwerte. Auf das Reformelement Selektive Verträge hatte das BMG schon auf der letzten GMK verzichtet. Enthalten sind dafür Module des Sonderprogramms Pflege, eine Refinanzierung der Tarifsteigerungen – allerdings ohne konkrete Zahlen zu nennen. Das Kanzleramt verweigert diesem Referentenentwurf die Befassung im Bundeskabinett. Es besteht auf einer „kleinen Krankenhauslösung“ ohne die mit den Unionsländern strittigen Themen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
9. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Abstimmungsgespräch Bundeskanzleramt – Unionsländer Gutachten Monopolkommission Positionspapier Arbeitgeberverbände	Nach der GMK in Plön ist der Ausgang des Projekts Krankenhausgesetzgebung offener denn je. Angela Merkel stellt sich demonstrativ auf die Seite der Unionsländer, die nur eine „kleine Krankenhauslösung“ wollen, jetzt sogar ganz ohne Ausrichtung auf einen Bundesbasisfallwert. Dagegen hält Ulla Schmidt am Kernstück ihres ordnungspolitischen Rahmens, der Neuordnung der Investitionsfinanzierung, fest und will einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen. Sie beruft sich auf das gemeinsam mit der Unionsfraktion verhandelte Eckpunktepapier. Die wiederum verweist auf den Vorbehalt, dass die Länder zustimmen müssten. Unterstützung erfährt Schmidt von der Monopolkommission der Bundesregierung, die sich in ihrem aktuellen Gutachten für Monistik und selektive Verträge ausspricht. Auch die Arbeitgeberverbände sprechen sich für mehr Wettbewerb aus.
4. Juli 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Antrag der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen für eine Entschliebung des Bundesrates	Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen bringen ihren schon seit einiger Zeit bekannten Entschliebungsantrag zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser mit doppelter Zielrichtung – Aufhebung Sanierungsbeitrag/Refinanzierung Tarifsteigerungen – in den Bundesrat ein. Dazu Bayerns Sozialministerin Christa Stewens kämpferisch: „Die Länder sind sich einig: Ein klares ‚Ja‘ zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser und eine deutliche Absage zu Änderungen des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung. Der gestrige Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz ist ein Erfolg für Bayern. Denn die ordnungspolitischen Vorstellungen des Bundes hätten die Länderplanungskompetenz massiv ausgehöhlt. Der Bund darf dieses Votum der Länder nicht einfach ignorieren. Drohgebärden, die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser an die ordnungspolitischen Vorstellungen zu knüpfen, bedeuten eine unzulässige Knebelung der Länder – zu Lasten der Patientenversorgung.“
3. Juli 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	Das BVA legt ein Berechnungsverfahren für den neuen Risikostrukturausgleich fest	Mit 2-tägiger Verzögerung gibt das Bundesversicherungsamt das maßgebliche Berechnungsverfahren für die künftige Mittelverteilung bekannt. Dazu Josef Hecken, Präsident des BVA: „Mit dieser Festlegung steht das Gerüst für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Für das zweite Halbjahr bleibt zwar noch einiges zu tun. Ich bin jedoch sicher: Der Gesundheitsfonds kann pünktlich zum 1. Januar 2009 starten.“
3. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz	Der Versuch Ulla Schmidts, die beiden Themenkomplexe Ordnungspolitischer Rahmen/ Krankenhausfinanzierung und Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal zusammenzubinden, scheitert. Die Länder lassen nicht mit sich über Investitionsfinanzierung und Selektive Verträge reden. Das Thema Bundesbasisfallwert wird einer Bundesländer-Arbeitsgruppe anvertraut. Auch Ulla Schmidts Sonderprogramm Pflege, so wie von ihr öffentlich dargestellt, stockt. Die Problemanalyse der Länder weist die Verantwortung dem Bund zu: „Die deutschen Krankenhäuser befinden sich seit Jahren in einer schwierigen Situation: Insbesondere durch steigende Personalkosten infolge der Tarifabschlüsse öffnet sich die Schere zu den Einnahmen wegen der bestehenden Deckelung immer weiter.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz	<p>Die bestehende Problematik kann nur dadurch gelöst werden, dass den Krankenhäusern für ihre Leistungen auskömmliche Erlöse gezahlt werden. Dies würde die Krankenhäuser auch in die Lage versetzen, in eigener Verantwortung die Situation der Pflege zu verbessern.“</p> <p>Entsprechend fallen die einzelnen Forderungen im einstimmigen GMK-Beschluss aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> „1. Die GMK fordert insbesondere angesichts der erheblichen Tarifsteigerungen ab 2007 unverzüglich gesetzlich zu regeln, dass die steigenden Kosten der Krankenhäuser angemessen und auskömmlich finanziert werden: <ol style="list-style-type: none"> a. Wegfall des seit 2007 erhobenen Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser in Höhe von 0,5 % des Rechnungsbetrages ab 01.01.2009. b. Angemessene Erstattung der über der Grundlohnsteigerung liegenden Tarifierhöhung. c. Zusätzliche Pauschale zur Stärkung der Pflege ohne bürokratischen Aufwand. 2. Zur Realisierung einer bundesweiten Konvergenz der Basisfallwerte wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, die kurzfristig die Analyse der Entwicklung der Landesbasisfallwerte gem. GMK-Beschluss vom Dezember 2007 vornimmt und Vorschläge für die Verfahren zur Konvergenz vorlegt, um 2010 beginnend bis 2015 das Ziel eines einheitlichen Bundesbasisfallwertes zu erreichen. 3. Die Länder nehmen darüber hinaus ihre Verantwortung in der Investitionsförderung wahr. Dabei ist auch die Investitionsförderung der Hochschulkliniken zu berücksichtigen.“ <p>DKG und Bundesärztekammer verstärken als Reaktion auf diesen Beschluss den Druck auf Bund und Länder.</p> <p>BÄK: „Die Zukunft der Krankenhäuser droht zwischen den widerstreitenden Interessen des BMG und der Länderminister zerrieben zu werden. Die Krankenhausfinanzierung muss deshalb Chefsache werden. Jetzt ist die Kanzlerin gefordert!“</p> <p>DKG: „Dass die Länder sich zu ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser bekennen, reicht alleine nicht. Der Ankündigung müssen höhere Mittelbereitstellungen folgen.“</p> <p>Für den neuen GKV-Spitzenverband ist der GMK-Beschluss ein Kompromiss, der allein die Beitragszahler belaste, während die Bundesländer bei einer vagen Selbstverpflichtung blieben. Dies sei kein Weg, um die stationäre Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten sei im kommenden Jahr auch ohne eine Krankenhausreform gesichert, es bestehe kein zwingender Gesetzgebungsbedarf.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
2. Juli 2008	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	EU-Kommission beschließt den Entwurf einer „Richtlinie über die Ausübung von Patientenrechten bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung“	<p>Nach mehreren Anläufen beschließt die Kommission diesen Richtlinienentwurf im Rahmen eines europäischen Sozialpakets. Schwerpunkte des Entwurfs sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des Patientenrechts, Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen • Entwicklung europäischer Referenznetze • Technologiefolgenabschätzung • Verstärkung der Gesundheitstelematik (gemeinsame Formate und Standards) <p>Die Behandlungsfreiheit im Krankenhaus bleibt eingeschränkt. Die Mitgliedstaaten können Regelungen beschließen, die unter bestimmten Bedingungen eine Vorabgenehmigung erforderlich machen. Dafür müssten aber transparent belegbare Gründe angegeben werden. Die DKG begrüßt die geplante Regelung weitgehend, lehnt aber die Zusammenführung in europäische Referenznetze ab.</p>
1. Juli 2008	Selbstverwaltung – Organisationsstrukturen gesetzliche Krankenkassen	GBA in neuer Formation – Spitzenverband Bund übernimmt seine Aufgaben	<p>Zwei zentrale Elemente der Organisationsreform des GKV-WSG werden umgesetzt:</p> <p>Der GBA setzt seine Arbeit in einer neuen, stärker hauptamtlich und gestrafften Struktur fort. Der Spitzenverband Bund übernimmt die Funktionen der „alten“ Spitzenverbände. Beinahe demonstrativ benennt er sich um: Er will nicht mehr „Spitzenverband Bund“, sondern „GKV-Spitzenverband“ heißen.</p>
27. Juni 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – DRGs/Technische Änderungen – Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal	Gemeinsames Eckpunktepapier von BMG und Koalitionsfraktionen	<p>BMG und Koalitionsfraktionen verständigen sich auf einen „Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ und stellen das Papier den Ländern als Grundlage für die Verhandlungen in Plön (GMK) zu.</p> <p>Die Zustimmung der Union zu diesem Papier steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass auch die Länder diesem Konzept zustimmen.</p> <p>Mit diesen Eckpunkten macht das BMG erhebliche Abstriche an eigenen Positionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • weiterhin starke Stellung der Länder bei den Investitionen • Selektivverträge nur als Modellvorhaben • Bundesbasisfallwert als „Bundesbasisfallwertkorridor“ <p>Tariflohnsteigerungsausgleich und Sonderprogramm Pflege bleiben finanziell unbestimmt.</p>
27. Juni 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal	Ulla Schmidt auf einem Parlamentarischen Frühstück der Landesvertretung Schleswig-Holstein (Vorsitzland GMK)	<p>Ulla Schmidt rückt von ihrer Ankündigung ab, 50 % der nicht von der Grundlohnentwicklung gedeckten Tarifsteigerungen zu refinanzieren. Auch das Sonderprogramm Pflege beziffert sie nicht mehr konkret. Man müsse das Wünschenswerte vom Machbaren unterscheiden. Augenscheinlich gewinnt die Lohnnebenkostenproblematik zu mindest vordergründig wieder erheblich an Bedeutung. Immer konkreter und höher erscheint der Beitragssatzbedarf zur Fondseinführung – und immer geringer die Rückendeckung durch Unionsfraktion und Kanzleramt.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Juni 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ vor der Bundespressekonferenz	<p>Der Zusammenschluss aus DKG, ver.di, Deutschem Städte- tag, MB, BÄK, dbb, VKD, VKA und Deutschem Pflegerat fordert u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ende der Budgetdeckung • Ausgleich für steigende Sachkosten und • Refinanzierung der tarifbedingten Lohnsteigerungen <p>An Aktionen sind u. a. eine Demonstration in Plön anlässlich der GMK und eine Großdemonstration am 25.9. vor dem Brandenburger Tor geplant.</p>
19. Juni 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Ulla Schmidt präzisiert die Vorschläge vom Ärztetag im Mai 2008	<p>Im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer „forciert“ Ulla Schmidt die Verhandlungen für die Krankenhausgesetzgebung. Sie kündigt ein Programm mit dreijähriger Laufzeit an – 21 000 zusätzliche Pflegekräfte sollen eingestellt werden. Sie schlägt zur Refinanzierung der jüngsten Tarifsteigerungen vor, dass die Krankenkassen bis zu 50 % des Betrags übernehmen, der über den Budgetzuwächsen läge. Die Unionsfraktion stellt sich nicht offen dagegen, weist aber darauf hin, dass die Verhandlungen in der Koalition noch nicht abgeschlossen sind. Der Vorstoß Schmidts sei nicht abgestimmt. DKG und Pflegeverbände begrüßen die Ankündigung Ulla Schmidts. Die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen auf die Konsequenzen für die Beitragssätze hin.</p>
18. Juni 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages der Anträge von Grünen, FDP und Linken	<p>Es ist nicht die erwartete und angekündigte große Stunde der Opposition, die eine Regierungskoalition in der Krankenhauspolitik vorführen wollte. Ihre Sachverständigen können die Probleme nicht adäquat auf den Punkt bringen.</p> <p>Aber auch die Koalition ist nicht bissig genug – sonst hätte am Ende der Anhörung die Erkenntnis stehen können, dass der Handlungsbedarf vielleicht doch nicht so groß ist.</p> <p>Im Ergebnis werden die meisten krankhauspolitischen Themen eher lustlos abgearbeitet. Tenor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Grundlohnbindung ist nicht zeitgemäß. • Der Sanierungsbeitrag ist abzuschaffen. • Die wirtschaftliche Situation sei 2006/2007 noch einigermaßen erträglich gewesen, ab 2008 wg. der Tarif- und anderer Kostensteigerungen aber nicht mehr hinnehmbar. • Verschärfend wirke sich besonders die Förderquote der Länder aus, die ständig zurückgehe (schleichende Monistik). • Der Ansatz, prioritär vorhandene Überkapazitäten abzubauen zu wollen, sei nicht zielführend. • Die Problemlage existiere tendenziell trägerübergreifend. • Besonderer Handlungsbedarf bestehe beim Pflegepersonal.
10. Juni 2008	Vertragsparteien auf Bundesebene	eGK	<p>Die Vertragsparteien einigen sich im Bundesschiedsamt auf die Eckpunkte für eine Vereinbarung über die Finanzierung der Kosten, die den Krankenhäusern bei der Umsetzung der von der gematik beschlossenen flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (Release 0) entstehen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
9. Juni 2008	Arbeitszeit	EU-Ministerrat einigt sich auf Kompromiss zur Arbeitszeitrichtlinie	<p>Nach jahrelangen Auseinandersetzungen verabschiedet der Ministerrat einen Kompromiss zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie. Der Kompromiss muss noch ausformuliert und vom Europäischen Parlament gebilligt werden:</p> <p>Die Möglichkeit zum opt-out soll erhalten bleiben und der Bereitschaftsdienst wird in eine aktive und eine inaktive Zeit unterteilt.</p> <p>Ob und wie das deutsche Recht an eine eventuell veränderte Richtlinie angepasst wird, lässt der zuständige Minister Olaf Scholz noch offen.</p> <p>Heftig kritisieren Marburger Bund und Bundesärztekammer die Entscheidung.</p> <p>Die DKG begrüßt sie grundsätzlich, fürchtet aber, dass diese „Korrektur“ zu spät kommt.</p> <p>Der Marburger Bund startet am 2. Juli eine Kampagne gegen eine Revision der europäischen Arbeitszeitrichtlinie.</p>
4. Juni 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Ulla Schmidts Rede auf dem Hauptstadtkongress in Berlin	Ulla Schmidt: Sie nenne kein Datum mehr für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Man habe ihr zu oft nicht die Wahrheit gesagt, sodass sie sich auf die Aussagen anderer in dieser Frage nicht mehr verlasse.
29. Mai 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – DRGs/Technische Änderungen – Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal	BMG und Koalitionsfraktionen beginnen mit den Verhandlungen zur Krankenhausgesetzgebung	<p>Zunächst will man sich auf gemeinsame Eckpunkte verständigen.</p> <p>Das BMG legt zum Auftakt einen nach Abstimmungsprozessen mit den Ländern aktualisierten Gesetzentwurf der technischen Änderungen sowie eine Art Themenliste („Punktationspapier“) für die Eckpunkte vor. Sie enthält neben der schon lange bekannten Themenagenda des BMG auch die Punkte von Schmidts Ankündigungen auf dem Ärztetag (Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen, Sonderprogramm Pflegepersonal, Wegfall Sanierungsbeitrag).</p> <p>Einige Tage später ist eine aktualisierte Fassung des Punktationspapiers auf dem Markt, ergänzt um den Punkt Weiterbildung.</p>
23. Mai 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenverteilung Gesundheitsberufe	Beschluss des Ärztetages in Ulm	Der Ärztetag spricht sich entschieden gegen Modellvorhaben aus, die „auf Arztersatz und Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen“. Dagegen befürwortet der Ärztetag eine Delegation in der medizinischen Versorgung an Gesundheitsfachberufe unter der Voraussetzung der „therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes“.
22. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Beschluss des Ärztetages in Ulm	<p>Wie schon im Jahr zuvor in Münster lehnt der Ärztetag die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte unter den gegebenen Rahmenbedingungen ab. Er fordert eine Neukonzeption auf Grundlage des von der BÄK vorgelegten Positionspapiers.</p> <p>Die Stimmung in der Diskussion um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist emotional aufgeputscht und von den „Besonnenen“ nur schwer wieder einzufangen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Beschluss des Ärztetages in Ulm	Zunächst findet in Ulm sogar ein radikaler Antrag (Antrag Nr. 12) eine hauchdünne Mehrheit. In diesem Antrag wird ein vollständiger Stopp der Einführung einer Telematikplattform gefordert. Damit hört die Diskussion aber nicht auf. Erst nachdem das in der BÄK für die Telematik zuständige Vorstandsmitglied Franz-Joseph-Bartmann einwirft, dass mit diesem Beschluss auch das Positionspapier der BÄK hinfällig ist, tritt die Versammlung erneut in die Debatte ein. Der Antrag 12 wird entschärft und dann mit großer Mehrheit angenommen.
20. Mai 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal – Integrierte Versorgung	Ulla Schmidt auf dem Deutschen Ärztetag Initiative Bundesländer/ Bundesrat	<p>In ihrer Rede auf der Eröffnungsveranstaltung des Ärztetages in Ulm stellt Ulla Schmidt niedergelassenen Ärzten, Pflegekräften und Krankenhäusern eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation in Aussicht, bewegt sich dabei aber weitgehend auf der Ebene geltenden Rechts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Honorar für die niedergelassenen Ärzte, aber über die dafür vorgesehenen Verhandlungen in der Selbstverwaltung • Mehr Geld für die Krankenhäuser – durch eine bessere Grundlohnentwicklung und das gesetzlich vorgesehene Auslaufen von Sanierungsbeitrag und Vorwegabzug für die Integrationsversorgung • Neu (aber ohne „Details“): Refinanzierung eines Anteils der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen und ein Programm zur Förderung von Neueinstellungen von Pflegekräften nach dem Vorbild des Programms zur Förderung innovativer Arbeitszeitmodelle <p>Gesondert hervorzuheben: Nur in einem kleinen Satz des BMG-Papiers wird das Ende der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung festgehalten – und damit letztlich dieses gesundheitspolitische Prestigeprojekt insgesamt in Frage gestellt: „Der Vorwegabzug von 1 % für die Anschubfinanzierung zur Förderung Integrierter Versorgungsverträge endet ebenfalls am 31. Dezember 2008.“</p> <p>Parallel dazu bereiten Bayern und Nordrhein-Westfalen eine Bundesratsinitiative mit dem doppeltem Ziel vor: 1. Aufhebung Sanierungsbeitrag. 2. Möglichkeit, steigende Kosten (insbesondere wg. der Tarifabschlüsse) zu refinanzieren.</p> <p>Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön will am 2.7. einen gleichlautenden Beschluss fassen und die Bundesregierung dementsprechend zum Handeln auffordern.</p>
18. Mai 2008	Tarifpolitik	Hauptversammlung des Marburger Bundes	<p>Der MB verstärkt den Druck auf die kirchlichen Arbeitgeber. Er fordert sie auf, umgehend Tarifverhandlungen aufzunehmen. Protest- oder Kampfmaßnahmen werden aber nicht beschlossen.</p> <p>Rudolf Henke: Der Nachholbedarf in den kirchlichen Häusern werde immer größer. Man müsse jetzt zu Lösungen kommen. Fach- und Oberärzte würden kirchliche Kliniken meiden. Diese Art Streik könnten keine kirchlichen Leitlinien verhindern. Sie könnten jederzeit mit dem MB einen Tarif vereinbaren. Das werde das tarifpolitische Hauptthema in der 2. Hälfte des Jahres 2008 sein.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
13. Mai 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA gibt RSA-relevante Krankheiten bekannt	<p>Das BVA gibt bekannt, welche Krankheiten ab dem 1.1. 2009 im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.</p> <p>Wie hoch die Zuweisungen für die einzelne Krankenkasse sein werden, könne jedoch erst nach der Festlegung der weiteren Details des Berechnungsverfahrens ermittelt werden. Von besonderer Bedeutung seien hierbei die für die einzelnen Krankheiten noch zu bestimmenden Aufgreifkriterien, die im weiteren Verfahren festgelegt würden und durch die letztlich definiert werde, ab welcher Schwelle Krankheiten berücksichtigungsfähig seien.</p> <p>Bis zum 1. Juli 2008 würden diese Festlegungen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen • Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen • Bestimmung des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren • Bestimmung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge <p>Gegenüber der Fassung der Krankheitsliste vom 27.3. sollen keine wesentlichen Änderungen vorgenommen worden sein (z. B. taucht Dekubitus nicht mehr in der Liste auf).</p>
2. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Positionspapier der Bundesärztekammer zur elektronischen Gesundheitskarte/Telematik als Beschlussvorlage für den Ärztetag in Ulm	<p>Laut Pressemitteilung der BÄK sollen die „Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen“ als Beratungsgrundlage dienen. Im Positionspapier werden Elektronische Gesundheitskarte/Telematik unter den Vorbehalt gestellt, den BÄK-Prüfsteinen zu genügen. Davon mache die Ärzteschaft ihr weiteres Engagement in der gematik und in den Testregionen abhängig.</p> <p>Den Auftrag zu dieser Vorgehensweise hatten die Delegierten auf dem 110. Ärztetag 2007 in Münster erteilt.</p> <p>Zu den Hauptforderungen der Ärzte zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Sicherheitsstandards • Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und • die Onlineanbindung • Keine Einführung des elektronischen Rezepts, solange nicht alle damit verbundenen Störungen der Praxisabläufe beseitigt seien • Entstände für die Ärzte kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen, müssten die Kosten durch den jeweiligen Nutznießer vergütet werden <p>Diese Position erstaunt in der Sache, ist doch telematisches Arbeiten in den meisten Krankenhäusern längst Alltag, und unterzeichnet der Hausärzteverband doch am 8. Mai einen Vertrag nach § 73 SGB V mit der AOK Baden-Württemberg, in dem Online-Datenaustausch Geschäftsgrundlage ist.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. April 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser	Positionspapier der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion	<p>Erst Ende April 2008 (!) positionieren sich die Gesundheitspolitiker der Unionsfraktion für die Krankenhausgesetzgebung.</p> <p>Die Vorschläge des BMG lehnt die Union weitgehend ab, sie setzt andere Schwerpunkte: z. B. die Refinanzierung der Tarif- und Sachkostensteigerungen.</p> <p>Die Vorbereitung der Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen wird zunehmend überlagert vom akuten Problem der verschärften Finanzsituation der Krankenhäuser.</p>
15. April 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenverteilung Gesundheitsberufe	Vorstellung der DKI-Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“	<p>Im Unterschied zum niedergelassenen Bereich forcieren die Krankenhäuser die Diskussion um die Delegation bzw. dauerhafte Übertragung ärztlicher Leistungen. Sie haben keine Alternative.</p> <p>Klug ist es von DKG und DKI, im Zusammenhang damit nicht das Hohelied der Einsparungen zu singen. Dies würde zum einen den Druck auf die Politik schwächen, etwas für bessere Finanzierungsbedingungen der Krankenhäuser zu tun. Zum anderen ist es schwer abzuschätzen, ob und was man letztendlich sparen wird. Es geht auch um ein optimiertes Prozessmanagement.</p>
9. April 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Vorerst kein „Durchstich“ in NRW	<p>Auch ein weiteres Spitzengespräch zwischen der KV Nordrhein und den Krankenkassen bringt kein Ergebnis. Die Ärzte wollen, dass die Krankenkassen ihre Investitionskosten übernehmen, die Krankenkassen sind dazu nicht bereit.</p> <p>Die Krankenkassen sind zudem nicht bereit, eine Vereinbarung allein mit der KV Nordrhein zu schließen. Sie wollen, dass die Landeskrankenhausgesellschaft und die KZV mit an Bord sind. Die Akteure wollen weiter miteinander verhandeln – Ende offen.</p>
9. April 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Weitere Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion an die Bundesregierung	<p>Die FDP-Bundestagsfraktion hält das Thema elektronische Gesundheitskarte/Telematik weiter auch im Parlament auf der Agenda.</p> <p>Sie fragt nach moderneren und weniger komplizierten Alternativen zur Chipkartentechnologie. Im Vordergrund steht die leichtere Handhabbarkeit. Dies ist die Systemfrage, die durch die jahrelangen Verzögerungen bei einer staatlichen diktierten Einführung entstanden ist. Die neue Technologie ist über die vereinbarten Standards längst hinweggegangen.</p> <p>Die FDP-Fraktion fragt auch, welche Kosten die beteiligten IT-Unternehmen bisher in Rechnung gestellt haben.</p> <p>Die Antwort der Bundesregierung zu den Alternativen: „Neben der eindeutigen rechtlichen Regelung ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl der Kassen die Ausschreibungen für die Gesundheitskarten durchgeführt haben, sodass es auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar wäre, jetzt eine alternative Technologie in Betracht zu ziehen.“</p> <p>Eine inhaltlich-technische Begründung erfolgt nicht, es wird vielmehr nach dem Motto verfahren, schlechtem Geld gutes hinterher zu werfen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. April 2008	Tarifpolitik	MB und VKA einigen sich	<p>Eine Woche nach dem ver.di-Verhandlungserfolg und nach einem weiteren Verhandlungsmarathon einigen sich die VKA auch mit dem MB. Die Eckpunkte der Einigung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Entgeltsteigerungen fallen – je nach Arzt und Entgeltstufe – unterschiedlich hoch aus. Insgesamt beträgt die Steigerung durchschnittlich acht Prozent für die Jahre 2008 und 2009. 2. Gehaltszuwächse ergeben sich für bestimmte Facharztgruppen nicht nur durch eine lineare Erhöhung der Entgelte, sondern auch durch eine Verkürzung der Verweildauer in bestimmten Entgeltstufen (Fachärzte). 3. Im Tarifgebiet Ost wird die volle Anpassung an das Tarifgebiet West zum 1. April 2008 vollzogen. <p>Die DKG weist nachdrücklich auf die finanziellen Konsequenzen für die Kliniken hin.</p>
31. März 2008	Tarifpolitik	Tarifeinigung VKA/verdi – dbb Tarifunion	<p>Nach weiteren zähen Verhandlungsrunden und einem von ver.di abgelehnten Schlichterspruch einigen sich VKA und ver.di.</p> <p>Die Eckpunkte der Einigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Tabellenentgelte steigen für alle Beschäftigten um 50 Euro sowie zusätzlich um 3,1 Prozent. Die Erhöhung tritt im Tarifgebiet West ab dem 1. Januar 2008 und im Tarifgebiet Ost zum 1. April 2008 in Kraft. • Zum 1. Januar 2009 kommt eine weitere Erhöhung um 2,8 Prozent hinzu. • Im Januar 2009 erhalten alle Beschäftigten eine Einmalzahlung von 225 Euro. • Die Arbeitszeit steigt im gesamten Tarifgebiet West auf 39 Wochenstunden. Ausgenommen hiervon ist der Bereich Krankenhäuser. Hier bleibt es mit Ausnahme von Baden-Württemberg bei 38,5 Stunden. • In Baden-Württemberg bleibt es für die Krankenhäuser bei der dort bereits geltenden 39-Stunden-Woche. • Die Vergütungen der Auszubildenden werden ab 1. Januar 2008 um 70 Euro erhöht. • Für die Versorgungsbetriebe sind ergänzende Regelungen vorgesehen, unter anderem steigt in diesem Bereich die Wechselschichtzulage auf 200 Euro und die Schichtzulage auf 130 Euro. • Für die Krankenhäuser steigen die Tabellenentgelte 2008 um 50 Euro sowie zusätzlich um 1,6 Prozent. • Zum 1. Januar 2009 steigen die Tabellenentgelte um 4,3 Prozent. Im Tarifgebiet West wird das Leistungsentgelt von 1 Prozent ausgesetzt und eine bislang gewährte Zulage um 10 Euro monatlich reduziert.
27. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbidity-RSA	BVA geht mit eigenem Entwurf ins Stellungnahmeverfahren	<p>Schon am Abend des nächsten Tages geht das Bundesversicherungsamt in die Offensive. In einer Pressemitteilung betont es, dass alle weiteren Schritte zur Festlegung des Klassifikationsmodells und der Berechnung der Zuschläge rechtzeitig zum 1.7.08 erfolgen werden – verbunden mit einem Bekenntnis zur Transparenz: „Wir werden ein jederzeit für die Spitzenverbände und die Fachöffentlichkeit transparentes Verfahren gewährleisten.“</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA geht mit eigenem Entwurf ins Stellungnahmeverfahren	<p>Aus rechtlichen Gründen hätte man dem Beirat nicht folgen können: „Maßstab für unsere Entscheidung ist das Ziel des Gesetzgebers zu verhindern, dass eine Konzentration schwerwiegend oder chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist. Ein fairer Wettbewerb soll auch gegenüber Kassen mit günstiger Versichertenstruktur stattfinden können.“</p> <p>Parallel zu dieser Medieninformation gibt das BVA seinen eigenen Entwurf in das Stellungnahmeverfahren.</p>
26. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	Wissenschaftlicher Beirat des BVA tritt zurück	<p>Differenzen zwischen BMG und BVA auf der einen und dem Wissenschaftlichen Beirat auf der anderen Seite führen zum überraschenden Rücktritt des Wissenschaftlichen Beirats.</p> <p>Der Beirat habe in einigen Punkten bei der Krankheitsauswahl Empfehlungen gegeben, die so nicht von geltendem Recht gedeckt seien – so BMG und BVA. Die Wissenschaftler seien nicht bereit gewesen, einen anderen Weg mitzugehen. Bei den strittigen Punkten soll es vor allem um die Berücksichtigung von DMP-Krankheiten gegangen sein.</p> <p>BMG und BVA betonen, dass sich dadurch an Verfahren und Zeitplan nichts ändere, da ohnehin das BVA die Krankheitsauswahl entscheide. Der Beirat habe nur eine beratende Funktion.</p>
24. März 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenteilung Gesundheitsberufe	Bundestag verabschiedet Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	<p>Vor dem Hintergrund von Ärztemangel und steigenden Kosten für Krankenhausärzte wird die Diskussion über arztentlastende Strukturen bzw. neue Kooperationsmodelle forciert.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistete schon der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2007 mit einem eigenen Kapitel: „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“. Darin fordert er u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nichtärztliche Gesundheitsberufe sollen stärker einbezogen werden. • Präventionsleistungen sollen auf nichtärztliche Berufe übertragen werden. • Pflege soll eine größere Handlungsautonomie erhalten. • Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen stärker in die medizinischen Fakultäten integriert werden. <p>Der Gesetzgeber greift diese Diskussion mit einigen Regelungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modellvorhaben nach § 63 sehen die eigenständige Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege durch Kranken- und Altenpfleger vor. • Physiotherapeuten sollen selbstständig die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. • Nach § 63 Abs. 3c kann in Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Angehörigen der Pflegeberufe erprobt werden.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. März 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenverteilung Gesundheitsberufe	Bundestag verabschiedet Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> In § 87 Abs. 2b SGB V wird eine Erweiterung der Delegation ärztlicher Leistungen möglich. Es soll eine Regelung getroffen werden, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im häuslichen Umfeld des Patienten auch in Abwesenheit des Arztes – aber nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung – vergütet werden.
18. März 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung/ Investitionsfinanzierung	Rürup-IGES-Expertise wird bekannt	<p>Nach einem Bericht des Handelsblatts will Ulla Schmidt den Einstieg in die Monistik über einen Vorwegabzug bei der Umsatzsteuer realisieren. Basierend auf einer Expertise von Bert Rürup und des IGES-Instituts wird ein jährliches Investitionsvolumen von 5 Mrd. errechnet. Demnach müssten die Bundesländer ihre derzeitigen Investitionsmittel von 2,7 auf 5 Mrd. € aufstocken und via Umsatzsteuer dem Gesundheitsfonds zuführen. Bei den Ländern sollen Aufsichtsfunktion und Verwaltung eines Infrastrukturfonds mit 10 % der Investitionsmittel verbleiben.</p> <p>Für die Unionsfraktion betont Annette Widmann-Mauz, dass dieses Konzept weder mit den Ländern noch der Unionsfraktion umgesetzt werden könne. Sie wendet sich weiterhin gegen Einzelverträge und die Umstellung auf einen Bundesbasisfallwert. Stattdessen solle die strikte Budgetbindung der Grundlohnsummenentwicklung überdacht werden. Das BMG dementiert halbherzig den Handelsblatt-Bericht. Es sei kein Vorschlag des BMG, sondern ein (durchaus interessanter) der Gutachter. Auf der anderen Seite sei die Position der Ministerin klar:</p> <p>Entweder kämen die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nach oder es komme die Überführung in die Monistik. Dies habe sie auch auf dem Frühlingsempfang der DKG deutlich gemacht.</p>
14. März 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	gematik plant Durchstich in Nordrhein – entscheidende Sitzung vertagt	<p>Das neue Konzept der gematik für eine flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sieht als Start den „Durchstich“ in Nordrhein vor.</p> <p>Die Grobplanung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beginnend mit dem 3. Quartal flächendeckende Ausstattung der dazu identifizierten Leistungserbringer in Nordrhein mit Kartenterminals und Integration in die Primärsysteme – ein Quality Gate. Sind die Quality-Gate-Ziele erreicht, startet im 4. Quartal 2008 das Rollout der Kartenterminals in ganz Deutschland, beginnend mit den Grenzregionen von Nordrhein. 4. Quartal – Ausgabe der final zugelassenen eGKs der Generation 1 in Nordrhein. <p>Ob dieser Plan umgesetzt werden kann, hängt von der Zustimmung der Akteure in Nordrhein ab: Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten, Zahnärzten usw. Die Sitzung am 2. April endet ohne Entscheidung, die vertagt wird.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
4. März 2008	Finanzsituation GKV – Finanzsituation Krankenhäuser	BMG veröffentlicht Finanzergebnis GKV für 2007	<p>Das Wichtigste aus Sicht des BMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überschuss Ost und West 1,78 Mrd. Euro, im 4. Jahr hintereinander ein positives Finanzergebnis. • Finanzielle Konsolidierung der GKV sei weitgehend abgeschlossen – positive Finanzreserven von rd. 3,2 Mrd. Euro. • Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen (plus 0,7 %) ständen Steigerungen bei den Leistungsausgaben von 3,7 % gegenüber; Anstieg des Beitragsatzniveaus um 0,6 Beitragsatzpunkte – dadurch insgesamt steigende Beitragseinnahmen um 4,9 % je Mitglied. • Der nur moderate Anstieg bei den Krankenhausausgaben (plus 0,6 %) sei „zu relativieren“. • Die Steigerung bei den Arzneimittelkosten kommentierte das BMG wie bei der Veröffentlichung der letzten GKV-Finanzergebnisse: Sonderfaktor MwSt, konsequent Einsparmöglichkeiten nutzen, nicht nur mit Rabattverträgen, sondern auch mit Kosten-Nutzen-Bewertung. <p>Vertreter der Krankenhäuser – Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verband Deutscher Krankenhausesdirektoren – reagieren: Die Zuwächse der Kliniken seien weit geringer als die Kostensteigerungen. Ein Gesetz, das den Krankenhäusern aus der finanziellen Not helfe, sei dringend notwendig.</p>
3. März 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Antwort der Bundesregierung zum Sachstand elektronische Gesundheitskarte auf eine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion Rollout der Kartenterminals zum 2. Quartal 2008?	<p>Das BMG geht von einer Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte noch im Jahr 2008 aus. Im 2. Quartal 2008 solle die Ausstattung der Arztpraxen und Krankenhäuser mit Kartenterminals zum Einlesen der Daten von der elektronischen Gesundheitskarte beginnen. Seien die Leistungserbringer damit ausgestattet, könnten die Krankenkassen die elektronischen Gesundheitskarten an die Versicherten ausgeben.</p> <p>Das BMG weist erneut datenschutzrechtliche Bedenken zurück. Das Schutzniveau könne dauerhaft realisiert und dynamisch den Erfordernissen angepasst werden. Der Schutz der Gesundheitsdaten vor unberechtigtem Zugriff habe höchste Priorität. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik habe mit der neuen technischen Richtlinie eine weitere Basis für die technische Umsetzung des Sicherheits- und Schutzniveaus geschaffen.</p>
28. Feb. 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung/ Einzelverträge, Bundesbasisfallwert, Investitionsfinanzierung	BMG tritt an Regierungsfractionen mit Argumentationspapieren heran	<p>Noch immer sind die Hauptstreitpunkte der DRG-Gesetzgebung zwischen BMG, Unionsfraktion und Ländern umstritten.</p> <p>Das BMG besteht auf den drei Essentials: Monistik, Selektives Kontrahieren bei planbaren Leistungen und Übergang zu einem Bundesbasisfallwert.</p> <p>Damit tritt es auch mit Argumentationspapieren in einem Schreiben vom 28.2.08 an die Regierungsfractionen im Bundestag heran, um über die DRG-Gesetzgebung zu verhandeln.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Feb. 2008	Tarifpolitik	Verhandlungen ver.di – Bund und Kommunen gehen weiter	Die Arbeitgeber bieten Lohnerhöhungen von 5 % über 2 Jahre an, geknüpft an eine Verlängerung der Arbeitszeit auf 40 Stunden. Ver.di und dbb Tarifunion verlangen 8 % oder wenigstens 200 Euro pro Monat mehr.
18. Feb. 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Gemeinsame Selbstverwaltung einigt sich auf Einführung der Kartenterminals für Ärzte	Aus der Pressemitteilung: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf einer ersten Stufe einer Finanzierungsvereinbarung beim Aufbau der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen geeinigt. Sie bezieht sich auf die stationären und mobilen Kartenterminals, die die sogenannte SICCT/ eHealth-Spezifikation erfüllen. Jede Arztpraxis wird für die Ausstattung mit diesen Geräten die entsprechenden Pauschalen erhalten. Diese Regelung gilt auch für Zweigeräte, sofern sie in genehmigten Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisstätten zum Einsatz kommen.“
14. Feb. 2008	Tarifpolitik – Finanzsituation Krankenhäuser	Erklärung der DKG zu den Streiks und der Finanzsituation der Krankenhäuser	Der Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum: „Allein in diesem Jahr wird sich die Finanzlücke um mindestens 1,3 Mrd. € vergrößern. Nach dem Milliardendefizit in 2007 nimmt der Ernst der Lage – wie das aktuelle Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung und der BDO Warentreuhand AG zeigt – weiter zu. Streiks sind kein adäquates Mittel zur Lösung der massiven Finanzprobleme in den Krankenhäusern. Anders als in vielen Branchen der deutschen Wirtschaft können die Krankenhausträger nichts geben, weil sie selbst nichts bekommen. Aus Sicht der Krankenhäuser richten sich die Warnstreiks nicht gegen die Arbeitgeber, sondern gegen die Politik. Solange die Politik durch Kürzungen und einen gesetzlichen Deckel die Krankenhausvergütungen nahezu einfriert, sind die Kliniken nicht in der Lage, den geforderten Einkommenssteigerungen auch nur annähernd nachzukommen.“
13. Feb. 2008	Tarifpolitik	Warnstreiks von ver.di im Öffentlichen Dienst – auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind betroffen	Die Tarifaueinandersetzungen im Öffentlichen Dienst treten in eine neue Phase ein: Mit Warnstreiks will ver.di Bund und Länder zwingen, ein besseres Angebot auf den Tisch zu legen. Schwerpunkte der ersten Warnstreiks sind Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Ver.di: „Auch in der 3. Verhandlungsrunde am 11./12. Februar in Potsdam haben die Arbeitgeber von Bund und Kommunen ihr ‚Angebot‘ vom 24. Januar nicht verbessert. Deshalb beschloss die Bundestarifkommission, die Beschäftigten zu Warnstreiks aufzurufen – zunächst vom 22. bis zum 24. Februar.“ Der MB beteiligt sich nicht an den Warnstreiks, fordert die kommunalen Arbeitgeber aber auf, bei den nächsten Verhandlungen am 20.2. ein „vernünftiges“ Angebot vorzulegen. „Die Arbeitgeber haben uns für die nächste Verhandlungsrunde am 20. und 21. Februar in Offenbach am Main ein konkretes Angebot angekündigt.“ so Rudolf Henke. Die letzte Verhandlungsrunde sei relativ konstruktiv verlaufen, diese Entwicklung wolle man nicht gefährden. „Wir werden aber keine unendliche Geduld aufbringen.“ Henke weiter: „Der Marburger Bund reicht den Arbeitgebern noch immer die Hand für faire und zügige Verhandlungen im Sinne beider Tarifverhandlungen. Wir hoffen, es kommt ein Angebot und keine Mogelpackung. Falls die Arbeitgeber mogeln, werden die Ärzte sich sehr schnell zum übrigen streikenden Klinikpersonal gesellen.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Feb. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser	RWI-Gutachten für die DKG – Allianz für Sofortprogramm beginnt sich zu formieren	<p>Die DKG präsentiert ein neues Gutachten zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) berechnet – in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Tarifverhandlungen – für das laufende Jahre eine Unterdeckung von bis zu 2,2 Mrd. Euro, die im Folgejahr noch weiter steigen würde.</p> <p>Gemeinsam mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO Deutsche Warentreuhand kommt das RWI zu dem Schluss, dass die Finanzierungslücken nur über Entlassungen, insbesondere im Pflegebereich, d. h. weitere extreme Leistungsverdichtung kompensiert werden könnten.</p> <p>Vor diesem Hintergrund fordert die DKG ein Sofortprogramm, das noch im Rahmen der jetzigen Pflege-Reformgesetzgebung umgesetzt werden solle. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Wegfall der Grundlohndeckelung, • die Möglichkeit der Refinanzierung von Tarifsteigerungen und • die Abschaffung des Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen. <p>Unterstützung erhält die DKG von der Ärzteschaft (Bundesärztekammer, Marburger Bund, Leitende Krankenhäuser) und den Pflegeberufen. Es bahnt sich eine Allianz an.</p>
1. Feb. 2008	DRGs/Technische Änderungen nach Auslaufen der Konvergenzphase	„Arbeitsentwurf“ des BMG für „technische Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts ab dem Jahr 2009“	<p>Parallel zum Gezerre um die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen gibt das BMG vorgesehene „technische“ Änderungen in das Anhörungs- bzw. Stimmnahmeverfahren mit Verbänden und Bundesländern.</p> <p>Als eine Art Präambel wird ausdrücklich festgehalten: „Der politische Teil des Gesetzentwurfs insbesondere mit den Themen einzelvertragliches Verhandeln, Bundesbasisfallwert und monetarische Finanzierung wird gesondert zugesandt.“</p>
16. Jan. 2008	Wettbewerbsrecht/Kartellrecht	Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet gegen Rhön-Klinikum AG	<p>Der Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet, dass der Zusammenschluss von Krankenhäusern der Fusionskontrolle nach den §§ 35 bis 43 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) unterliegt. Es geht konkret um den Erwerb des Kreiskrankenhauses Bad Neustadt an der Saale durch die Rhön-Klinikum AG.</p> <p>Der Kartellsenat bestätigt die Untersagung des Zusammenschlusses durch das Bundeskartellamt.</p> <p>Der Kartellsenat betont, dass weder die Regelungen des Sozialrechts über die gesetzliche Krankenversicherung noch die Bestimmungen zur Krankenhausfinanzierung eine Fusionskontrolle ausschließen. Insbesondere § 69 SGB V unterstelle nur die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern abschließend dem Sozialrecht, verdränge aber nicht die Fusionskontrolle beim Zusammenschluss von Krankenhäusern.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Jan. 2008	Wettbewerbsrecht/Kartellrecht	Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet gegen Rhön-Klinikum AG	In einer ersten Reaktion fordert der Rhön-Vorstandsvorsitzende Wolfgang Pföhler neue kartellrechtliche Grundlagen für den Krankenhausmarkt: „Jetzt ist es Aufgabe des Gesetzgebers, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Menschen in allen Regionen Deutschlands auch in Zukunft bestmöglich medizinisch zu versorgen. Die Politik muss klären, inwieweit die Ziele einer hochwertigen, gleichmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung, wie sie der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch vorsieht, bei kartellrechtlichen Entscheidungen berücksichtigt werden.“
16. Jan. 2008	Vorstellung Helios Jahresbericht/Helios Qualitätsindikatoren in der Schweiz	Qualitätssicherung	Der neue Medizinische Jahresbericht 2007/2008 stellt die neuen Erfahrungen mit HELIOS-Qualitätsindikatoren in den Mittelpunkt. Die Hauptbotschaft: Dass Qualität ein Wettbewerbsparameter werde, sei unbestreitbar. Dafür würden die Patienten durch ihre Krankenhauswahl sorgen, unterstützt von ihren Hausärzten. Komme selektives Kontrahieren hinzu, verstärke sich der Qualitätsdruck automatisch. Die spektakuläre Nachricht: Die Schweiz führt Qualitätsindikatoren auf Basis der HELIOS-Indikatoren für alle Schweizer Spitäler ein. Im nächsten Jahr will Helios sich in seinem Qualitätsbericht dem Thema Qualitätsindikatoren widmen.
14. Jan. 2008	Tarifpolitik	Beginn der Tarifverhandlungen zwischen dem MB und der VKA 2. Verhandlungsrunde am 28.1 ergebnislos 3. Verhandlungsrunde am 20.2 ergebnislos	Die erste Verhandlungsrunde endet ergebnislos. Auch in der zweiten Runde können sich MB und VKA nicht einigen. Der MB sieht jedoch positive Signale und rechnet damit, dass die Arbeitgeber in der dritten Runde ein konkretes Ergebnis vorlegen werden. Die VKA bestätigt, dass sie ein Angebot vorlegen werde, hält aber daran fest, dass angesichts der gesetzlichen Rahmenbedingungen erneute Lohnerhöhungen nicht verkraftbar seien. Ihre Hauptforderung ist die Einführung leistungsorientierter Bezahlung auch für Ärzte, was der MB bisher blockiert habe. Auch die 3. Verhandlungsrunde endet ergebnislos.
10. Jan. 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA veröffentlicht „Morbi-Gutachten“ des Wissenschaftlichen Beirats	Mit einiger Verzögerung veröffentlicht das Bundesversicherungsamt das Gutachten seines Wissenschaftlichen Beirats zu den im neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten. Der Beirat schöpft den gesetzlich vorgegebenen Rahmen (50 bis 80 Krankheiten) voll aus – den ausgewählten 80 Krankheiten seien 23 % der Versicherten und 67 % der Ausgaben zuzuordnen. BVA und BMG betonen, dass dieses Gutachten noch nicht maßgeblich sei, es komme vielmehr auf die Entscheidung des BVA zum 1.7.08 an, die auch die Berechnungsmodalitäten enthalten werde. Erst nach Lieferung der Kassendaten Mitte August könne man abschätzen, wie sich der neue RSA auf die einzelnen Kassen auswirke.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
10. Jan. 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA veröffentlicht „Morbi-Gutachten“ des Wissenschaftlichen Beirats	<p>Trotz der Verzögerungen beim Gutachten sei der Zeitplan gut einzuhalten – Fonds und neuer, zielgerichteter RSA gehörten untrennbar zusammen.</p> <p>Das Gutachten löst heftige Diskussionen aus – die großen „Versorgerkassen“ fühlen sich unzureichend berücksichtigt. BMG und BVA stellen sich in der Folge auf die Seite der Versorgerkassen.</p>
18. Dez. 2007	Tarifpolitik	Marburger Bund eröffnet Tarifrunde 2008 – neue Runde mit den Arbeitgebern der kommunalen Krankenhäuser (VKA)	<p>Mit seiner Forderung einer durchschnittlichen Gehaltssteigerung von 10,19% geht der MB in die neue Runde der Tarifverhandlungen mit den Arbeitgebern der kommunalen Krankenhäuser.</p> <p>Die VKA weist diese Forderung angesichts der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als unbezahlbar zurück. Auch die DKG sieht keinen Spielraum für Tarifierhöhungen.</p> <p>Der MB dagegen hält seine Lohnforderungen für einen Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser, er würde nur fordern, was in anderen Krankenhäusern längst Realität sei.</p>
5. Dez. 2007	Arbeitszeit	EU-Ministerrat zur europäischen Arbeitszeitrichtlinie	<p>Der Ministerrat der EU kann sich wieder einmal nicht auf einen Vorschlag für eine Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie einigen.</p> <p>Der Marburger Bund attackiert die Bundesregierung heftig für ihre Verhandlungsposition. Sie habe den Vorschlag der EU-Kommission für längere Wochenarbeitszeiten und die Unterteilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und inaktive Zeiten zuzulassen, unterstützt.</p> <p>Diese Punkte entsprechen den Vorstellungen der DKG, die sich seit geraumer Zeit insbesondere für diese Unterteilung eingesetzt hatte.</p>
22. Nov. 2007	Tarifpolitik	Die Auseinandersetzungen des MB mit den kirchlichen Arbeitgebern beginnen zu eskalieren	<p>Die besonderen rechtlichen, aber auch arbeitskulturellen Bedingungen an kirchlichen Einrichtungen bereiten auch dem Marburger Bund bei seinen Verhandlungen für höhere Löhne und eine dem Arbeitszeitgesetz entsprechende Arbeitszeitregelung zusehends Probleme.</p> <p>Aber nicht nur die Rahmenbedingungen sind problematisch, sondern auch die Argumentation der Kirchenvertreter, die mit gewerkschaftlichen Mitteln nur schwer aufzubrechen ist, solange sie bei den Arbeitnehmern einen Widerhall findet.</p> <p>Die Auseinandersetzungen mit den kirchlichen Arbeitgebern hatten sich über Monate hochgeschaukelt.</p> <p>Der MB verweist immer wieder auf eine repräsentative Umfrage zu den Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, bei der die kirchlichen Häuser besonders schlecht abgeschnitten haben.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. Nov. 2007	Tarifpolitik	Die Auseinandersetzungen des MB mit den kirchlichen Arbeitgebern beginnen zu eskalieren	Aus der Pressemitteilung des MB: „Der Marburger Bund ruft heute die Ärzte aus den Caritaskrankenhäusern dazu auf, für bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung an katholischen Häusern zu demonstrieren. Gestern war ein mehrstündiges Gespräch mit hochrangigen Vertretern des Katholischen Krankenhausverbandes und des Katholischen Büros ergebnislos verlaufen. Statt die Ärztegewerkschaft als Verhandlungspartner anzuerkennen und die katastrophalen Arbeitsbedingungen in konfessionellen Häusern gemeinsam zu verändern, beriefen sich die Kirchenvertreter weiterhin auf die tradierte Form des „dritten Weges“. Damit soll die Ärztegewerkschaft davon ausgeschlossen werden, arzt spezifische Regelungen festzulegen. „Deshalb ist es nun an der Zeit, bloßen Worten Taten folgen zu lassen“, so der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke. Henke: „Hier werden Ärzte im Namen christlicher Nächstenliebe regelrecht ausgebeutet. Es wirkt scheinheilig, sich dazu auf eine arbeitsrechtliche Sonderrolle der Kirchen zu berufen. Das wollen wir nun mit vereinten Kräften beenden.“
16. Nov. und 7. Dez. 2007	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung	Bundesländer einigen sich: Beschluss der AOLG – gebilligt von der GMK	<p>Nach zähen Verhandlungen einigen sich die Bundesländer auf Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf Grundsätze zur Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens. Die AOLG bittet in einem Schreiben die GMK, das Votum der GMK zu diesem Konzept im Rahmen eines Umlaufbeschlusses einzuholen – das geschieht am 7. Dezember. Der Handlungsspielraum wird durch diese Positionierung der Länder geringer.</p> <p>Grundsätze des Länderkonzepts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Auswirkungen des DRG-Systems bedürften einer eingehenden Analyse. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe für die Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalengesetz. • Ausrichtung auf die Ziele Steigerung des Wettbewerbs um Qualität, Effizienz und Effektivität. • Die Budgetdeckelung sei nicht mehr sachgerecht, es müssten geeignetere Indikatoren als die Grundlohnsomme zur Berechnung der jährlichen Steigerungsraten der Vergütung angewandt werden. • Die Vorschläge der AOLG sollen Gestaltungsspielräume der Länder im Rahmen des Föderalismus erweitern und Grundlage für die Fortentwicklung von Bundes- und Landesrecht sein. <p>Vorschläge im Einzelnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anschlussgesetzgebung DRG-System nach 1.1.2009 • Bundeseinheitliche Definition und Kalkulation • Keine Verlängerung der Konvergenzphase • Vergütung Psychiatrie auf Grundlage Psychiatrie-Personalverordnung tagesbezogen pauschaliert • Bund soll die Selbstverwaltung zu Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG auffordern • Perspektivisches Festhalten am bundeseinheitlichen Basisfallwert • Entwicklung von Qualitätskriterien für Preiswettbewerb • Länder auch in Zukunft in Letztverantwortung für stationäre Versorgung, insbesondere Notfallversorgung • Krankenhausplanung – Wirkungsgrad soll anhand ausgewählter Indikatoren analysiert und bewertet werden

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Nov. und 7. Dez. 2007	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung	Bundesländer einigen sich: Beschluss der AOLG – gebilligt von der GMK	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung Krankenhausplanung – Standorte, Fachgebiete und Gesamtbettenzahl, Notfallversorgung – nähere Ausgestaltung obliege den Ländern • Kontrahierungszwang • Einheitliche Wettbewerbsordnung für ambulanten und stationären Bereich • Investitionen – auch weiterhin Steuermittel notwendig. • Finanzielles Engagement der Länder weiterhin notwendig • Pauschalförderung- Wiederbeschaffung durch feste leistungsbezogene Jahrespauschalen • Für langfristige Anlagegüter unterschiedliche Finanzierungsformen • Unterstützung der Aktivierung zusätzlichen privaten Kapitals • Qualitätskriterien und -Indikatoren weiterentwickeln und Instrumente zur Zertifizierung
10. Nov. 2007	Tarifpolitik	Rudolf Henke wird als Nachfolger von Frank Ulrich Montgomery zum 1. Vorsitzenden des Marburger Bundes gewählt	Damit hält ein neuer Verhandlungsstil im MB Einzug, ebenso wie ein anderes Erscheinungsbild des MB in den Medien.
25. Sept. 2007	Qualitätssicherung/ Mindestmengen	GBA beschließt Mindestmengen für Umsetzung § 116b	Der GBA-Beschluss, die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) pauschal mit einer Mindestmengenregelung zu verknüpfen, sorgt weiterhin für Streit. Nach dem Protest der DKG wird auch scharfe Kritik von den Leitenden Krankenhausärzten (VLK) laut: Kaum ein Krankenhaus werde in der Lage sein, diese Leistungen den Patienten auch tatsächlich anbieten zu können. Der Beschluss kann noch vom BMG beanstandet werden.
25. Sept. 2007	Stationär-Ambulant	Urteil des Bundessozialgerichts	Ein umstrittenes Urteil: Eine stationäre Behandlung sei immer dann abzubrechen, wenn die Fortsetzung durch eine ambulante Therapie ausreichend sei. Die DKG befürchtet massive Probleme, betroffen seien vor allem Patienten, die auf die Weiterbehandlung in einer besonderen Einrichtung angewiesen seien.
25. Sept. 2007	DRGs	Selbstverwaltung einigt sich auf DRG-Katalog 2008	DKG, Spitzenverbände der GKV und PKV-Verband einigen sich auf die maßgeblichen Bausteine des Fallpauschalensystems 2008. „Die Partner werten die nunmehr sechste Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs als Erfolg und Beweis für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Insbesondere loben die Beteiligten die guten Vorarbeiten des von der Selbstverwaltung gegründeten Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die konstruktive Arbeit der Verhandlungsparteien.“
20. Aug./ 30. Okt 2007	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport – Ergebniskonferenz	Laut BQS zeige der Qualitätsreport 2006, dass deutsche Krankenhäuser eine Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten. Bei 158 der 180 verwendeten Qualitätsindikatoren könne eine gute Versorgungssituation festgestellt werden; bei 22 Qualitätsindikatoren bestehe Handlungsbedarf, bei 19 habe es eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr gegeben.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
20. Aug./ 30. Okt 2007	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport – Ergebniskonferenz	<p>Auf ihrer jährlich stattfindenden Konferenz stellt die BQS die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung 2006 vor. Wiederum werden Verbesserungen im Vergleich zum Vorjahr festgestellt, allerdings auch Handlungsbedarf. Erstmals fließen Qualitätsindikatoren in die verpflichtend von den Kliniken zu erstellenden Qualitätsberichte ein. Vertreter des GBA, für die externe stationäre Qualitätssicherung zuständig, und Auftraggeber der BQS zeigen sich zufrieden: „Deutsche Krankenhäuser werden immer besser.“</p> <p>Auch das BMG äußert sich positiv. Mit den neuen Vorgaben des GBA könnten Patienten nun Leistungen in einzelnen Krankenhäusern wirklich vergleichen. Im Hintergrund werden heftige Auseinandersetzungen geführt, wie es mit der BQS und der externen Qualitätssicherung weitergeht, u. a. wg. der Ausschreibung für das neue Qualitätsinstitut.</p>
17. Aug. 2007	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	BMG kündigt bundesweites Rollout der Karte ab dem 1. Quartal 2008 an – Reaktionen der Ärzteschaft	<p>Das BMG wird in Sachen eGK erneut initiativ. Staatssekretär Klaus Theo Schröder kündigt in einem Pressegespräch (ohne schriftliche Unterlagen) die flächendeckende Ausgabe der neuen Karte ab dem 1. Quartal 2008 an.</p> <p>Die 10000er Tests liefen erfolgreich und hätten gezeigt, dass die 100000er Tests nicht mehr erforderlich seien. Die Karte werde zunächst nur offline mit Versicherten- und Notfalldaten versehen sein und Rezepte sollten gespeichert werden können. Schröder geht von guten Eini-gungschancen für die im September stattfindenden Verhandlungen zur Finanzierung der Karte aus. Wegen des Preisverfalls bei den Karten sei mit Gesamtkosten von nur 1,4 bis 1,6 Mrd. € zu rechnen, frühere Schätzungen hätten bei bis zu 7 Mrd. € gelegen. Die Investitionskosten seien laut Gesetz von den Krankenkassen zu zahlen. Marburger Bund und Hartmannbund protestieren gegen die Entscheidung des BMG für ein Rollout zu diesem Zeitpunkt. Frank-Ulrich Montgomery (MB) warnt vor einem unkontrollierten Schnellschuss, die Bedenken der Ärzteschaft seien nicht berücksichtigt worden. Er fordert von Ulla Schmidt die Zusage, dass bis zur flächendeckenden Einführung der eGK sämtliche Bedenken der Ärzteschaft ausgeräumt würden. Kuno Winn (Hartmannbund) äußert sich scharf. Dass die 100000er Tests trotz der vermehrt auftretenden Schwierigkeiten bei den 10000er Tests nicht mehr stattfänden, zeige die Ignoranz der Herangehensweise an das Projekt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die zur Zeit den Vorsitz der Gesellschafterversammlung der gematik innehat, reagiert mit einem kurzen Argumentationspapier. Die KBV versuche, den „tatsächlichen“ Sachstand zu vermitteln, ohne eine vom BMG abweichende Position explizit und öffentlich zu vertreten.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Aug. 2007	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	BMG kündigt bundesweites Rollout der Karte ab dem 1. Quartal 2008 an – Reaktionen der Ärzteschaft	Dennoch – der Protest der Ärzte gegen das Rollout zum anvisierten Zeitpunkt geht weiter. In einem offenen Brief fordern NAV-Virchowbund, Medi Deutschland und der Berufsverband der Ärztgenossenschaften die Vorstände der KBV und BÄK auf, ihre Mitarbeit in der gematik zu beenden. Die vom 110. Deutschen Ärztetag in Münster und von nahezu allen Verbänden aufgestellten Bedingungen für eine Einführung der eGK seien nicht erfüllt: „Onlinebetrieb und Form der Datenverarbeitung, bzw. Speicherung stehen noch offen, dennoch werden die Hunderttausendertests für entbehrlich erklärt.“ Die KBV dagegen: Die Aussage des BMG zur Entbehrlichkeit der 100 000 Tests beziehe sich nur auf die „erste Variante einer Gesundheitskarte“, die von der Funktionalität her der heutigen Versichertenkarte entspreche.

Teil IV

Daten und Analysen

(Kapitel 15–19)

This page intentionally left blank

15 Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz

Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Im Rahmen der Einführung der G-DRGs soll die von Krankenhaus zu Krankenhaus noch sehr unterschiedliche Entlohnung für die einzelnen Leistungen auf ein landesweit einheitliches Niveau angepasst werden. Bereits im vergangenen Jahr wurde gezeigt, dass dieser sogenannte Konvergenzprozess nicht so abläuft, wie die gängige idealtypische Darstellung vermuten lässt. Auf Grundlage neuer Daten werden diese Befunde bestätigt. Während bei der Betrachtung einzelner Krankenhäuser deutliche Abweichungen von der als stetig angenommenen Annäherung der krankenhausesindividuellen Vergütungssätze an den Landesbasisfallwert feststellbar sind, gibt es dessen ungeachtet insgesamt dennoch eine klare Konvergenz. In diese Richtung wirkt auch der Umstand, dass sich die auf Ebene der Länder festgelegten Landesbasisfallwerte stärker aneinander angeglichen haben. Aus diesem Blickwinkel betrachtet verspricht der Konvergenzprozess, sein Ziel zu erreichen.

In the context of the G-DRGs introduction, the reimbursement of individual services which still differs from hospital to hospital is to be adjusted on a nationwide uniform level. As we already showed in last year's Krankenhaus-Report, the so-called convergence process does not run as the common ideal representation suggests. Based on new data, these findings are confirmed. While significant deviations from the supposedly continuous convergency of individual hospitals' reimbursement rates to the respective state's base rate can be found, there is nevertheless still a clear overall convergence. This is conformed by the fact that state base rates approximate each other more and more. From this perspective the convergence process seems to achieve its goal.

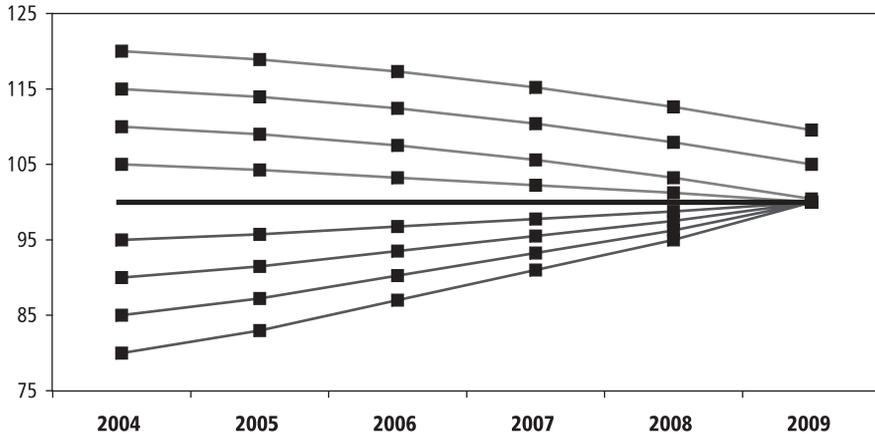
15

15.1 Einführung

Ein Kernelement der G-DRG-Einführung in Deutschland ist die sukzessive Anpassung der krankenhausesindividuellen Budgets an einen jährlich zu vereinbarenden Orientierungswert: den Landesbasisfallwert (LBFW). In der Folge nähert sich auch die hausesindividuelle Vergütung während der sogenannten Konvergenzphase in den Jahren 2005 bis 2009 schrittweise an dieses Niveau an. Idealtypischerweise findet diese Konvergenz in Form eines kontinuierlichen Prozesses statt (Abbildung 15–1). Die Basisfallwerte der Konvergenzgewinner, also jener Krankenhäuser, die bislang wirtschaftlicher als mit diesem Durchschnittswert am Markt agierten, nähern sich

Abbildung 15–1

Idealtypische Darstellung der Konvergenz von Basisfallwerten gegen den LBFW, indiziert auf 2004



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

von unten an den LBFW an. Diese Häuser verzeichnen im Zuge der Konvergenzanpassung eine kontinuierlich zunehmende Budgetsumme insgesamt und eine steigende Vergütungshöhe im Einzelfall. Spiegelbildlich hierzu werden die Basisfallwerte der vergleichsweise unwirtschaftlichen Einrichtungen schrittweise auf das Niveau des LBFW abgesenkt. Eine Obergrenzenregel begrenzt die Budgetanpassung der Konvergenzverlierer auf einen definierten prozentualen Anteil des individuellen Budgets.¹ Am Ende des Konvergenzprozesses im Jahre 2009 werden Krankenhausleistungen im DRG-Bereich auf Ebene der Bundesländer mit einem einheitlichen Preis pro Bewertungsrelation vergütet.

Bereits im vergangenen Jahr wurde an dieser Stelle dargelegt, dass der Konvergenzprozess in der Realität nicht dieser idealtypischen Form folgt (Friedrich et al. 2008). Beginnend mit 2004, also dem letzten Jahr vor der Konvergenz, ließ sich zwar bis 2006 im Gesamtbild tatsächlich eine Annäherung der einzelnen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert feststellen, für das einzelne Haus jedoch verläuft der Prozess keineswegs so kontinuierlich wie in der Theorie.

Der vorliegende Beitrag stellt aufbauend auf Friedrich et al. (2008) eine ergänzende Bestandsaufnahme der Entwicklung dar. Basierend auf den Vereinbarungs-AEBs der Jahre 2005 bis 2007 wird die Budgetentwicklung für diesen Zeitraum analysiert. Hierbei wurden jene Krankenhäuser berücksichtigt, für die über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg Daten vorlagen. Dabei beschränkt sich die Darstellung auf solche Krankenhäuser, die über den beobachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Einrichtungen existierten, das heißt, die nicht in den Markt ein-

¹ Eine ausführliche Darstellung des Konvergenzmechanismus findet sich im Krankenhaus-Report 2007 (Friedrich/Leclerque/Paschen 2007).

oder ausgetreten sind oder im Rahmen einer Fusion an ein anderes Haus angeschlossen wurden. Mit 1 452 entspricht dies circa 87% derjenigen Häuser, die im Jahr 2007 DRGs zur Abrechnung brachten.

15.2 Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

15.2.1 Gewinner und Verlierer

Im Jahr 2005 zählten 778 der insgesamt 1 452 hier betrachteten Krankenhäuser zu den Gewinnern. Dies entspricht 53,6%. Über die Jahre stieg die Zahl der Gewinner deutlich an. 2006 machten sie bereits 60,3% der Einrichtungen, 2007 sogar 64,5% der Einrichtungen aus. Eine noch deutlichere Zunahme lässt sich bezüglich der Budgetanpassungen feststellen, welche die Gewinnerhäuser im Rahmen des Konvergenzprozesses erhalten haben. Sie stiegen in der Summe von knapp 181 Mio. € im Jahr 2005 auf mehr als 432 Mio. € zwei Jahre später an (Tabelle 15–1).

Spiegelbildlich zur Zunahme des Anteils an Gewinnern ging der Verliereranteil von 46,4% im Jahr 2005 auf nur noch 35,5% im Jahr 2007 zurück. Die Summe der Budgetanteile, welche die Verlierer abgeben mussten, blieb im Vergleich zu den Zugewinnen der Gewinnerhäuser bemerkenswert konstant und lag mit einer Größenordnung zwischen 165,4 und 176,4 Mio. € deutlich unterhalb der Summe der Zugewinne.

Der Anteil der geschonten Häuser an den Verlierern, also derjenigen, die aufgrund der Obergrenzenregelungen nicht den vollen Konvergenzschritt vollziehen mussten, ist unabhängig davon zurückgegangen. Dies ist nicht verwunderlich, da aufgrund der gesetzlichen Vorgabe im Zeitverlauf die Grenze, bis zu der die volle Anpassung vollzogen werden muss, schrittweise erhöht wurde. 2005 konnte ein Verliererhaus maximal 1,0% seines Budgets verlieren, 2007 waren es hingegen bis zu 2,0%. Dementsprechend kamen 2005 mit 47,5% der Verliererhäuser noch fast

Tabelle 15–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte 2005 bis 2007

	Gewinner	Verlierer	davon: geschont
Anteile der Krankenhäuser (in %)			
2005	53,6	46,4	47,5
2006	60,3	39,7	39,9
2007	64,5	35,5	33,7
Budgetanpassung (in Mio. €)			Schonbetrag
2005	181,3	-171,9	83,8
2006	317,4	-176,4	68,6
2007	432,4	-165,4	47,8

die Hälfte in den Genuss der Schonung 2007 nur noch ein Drittel. Entsprechend sank auch der Schonbetrag, d. h. jener Betrag, den die Verliererhäuser aufgrund der Obergrenzenregelung nicht entrichten mussten. Er ging im Verlauf der drei hier betrachteten Jahre von 83,8 Mio. € auf 47,8 Mio. € zurück.

15.2.2 Abstand zum LBFW

Um die unterschiedlichen Entwicklungen auf der Gewinner- und Verliererseite deutlich zu machen, werden die betrachteten Krankenhäuser gegenüber dem jeweiligen Landesbasisfallwert des Jahres 2006 positioniert und in insgesamt zehn Gruppen unterteilt. Hierzu wurde zunächst eine Unterscheidung zwischen Konvergenzgewinnern und -verlierern vorgenommen. Jede dieser Hauptgruppen wurde anschließend in Quintile unterteilt.

Ausschlaggebend für die Reihung ist derjenige prozentuale Anteil am Budget, den das jeweilige Krankenhaus hätte abgeben müssen, wenn eine sofortige Umstellung auf eine Entlohnung nach LBFW eingeführt worden wäre („Spontankonvergenz“).² Dieser Wert drückt unter Berücksichtigung aller an der Konvergenz betei-

Tabelle 15–2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

Gruppe	2005			Weiterentwicklung 2005 bis 2007		
	Anzahl Krankenhäuser	durchschn. Bettenzahl	Grenzen der Positionierung ggü. LBFW 2005	davon: Statuswechsler von 2005 nach 2007 absolut	in %	Annäherung an den LBFW 2007
V5	135	326	-11,6%	11	8,1%	86,7%
V4	135	374	-7,8%	34	25,2%	79,3%
V3	135	401	-4,5%	42	31,1%	77,8%
V2	135	331	-1,8%	61	45,2%	54,8%
V1	134	356	0,0%	93	69,4%	19,4%
G1	155	288	0,0%	40	25,8%	23,9%
G2	155	284	2,5%	24	15,5%	54,8%
G3	156	265	5,5%	8	5,1%	62,2%
G4	156	254	9,8%	4	2,6%	84,0%
G5	156	149	16,1%	5	3,2%	91,0%
Verlierer	674	357		241	35,8%	63,6%
Gewinner	778	248		81	10,4%	63,2%
Gesamt	1452	303		322	22,2%	63,4%

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

² Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“/B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“

ligten Budgetanteile aus, wie weit jedes einzelne Krankenhaus vom jeweiligen Landesbasisfallwert entfernt liegt und ist somit einer Berechnung anhand des Verhältnisses vom BFW zum LBFW überlegen.³ Dabei zeigt sich, dass die Gruppe V5, also diejenigen 20% der Verliererhäuser, die am weitesten vom LBFW entfernt sind, mindestens 11,6% ihres Budgets bei Spontankonvergenz hätten abgeben müssen. Bei den Gewinnern fällt der Abstand zum LBFW – absolut betrachtet – sogar noch deutlicher aus. Die stärksten Gewinner hätten bei Spontankonvergenz 16,1% oder mehr ihres Budgets hinzugewonnen. Andererseits bewegt sich die Gruppe G1 in einem Bereich zwischen 0% und 2,5% Abweichung vom Landesbasisfallwert. Bei der Verlierergruppe V1, also denjenigen 20% der Verlierer, die am nächsten zum LBFW liegen, ist die Spannweite sogar noch geringer, nämlich zwischen 0% und -1,8% Unterschied zum LBFW. Tendenziell sind die Verliererhäuser, gemessen an der Bettenzahl, größer als die Gewinner (Tabelle 15–2).

15.2.3 Annäherung an den LBFW

Nach dem Idealbild der Konvergenz gibt es für die Krankenhäuser nur eine Richtung, nämlich hin zum LBFW, wobei sich Verlierer von oben, Gewinner von unten annähern. Tatsächlich lässt sich jedoch nur bei 63,4% der Krankenhäuser feststellen, dass sie 2007 näher am LBFW lagen als 2005. Die restlichen 36,6% haben sich sogar entgegen der Konvergenz vom LBFW entfernt. Dabei lässt sich erkennen, dass sich tendenziell diejenigen Häuser auf den LBFW zubewegt haben, die anfangs besonders weit entfernt waren, also insbesondere die Gruppen V5 und G5. Bei den LBFW-nahen Gruppen hingegen hat sich mehrheitlich eine Bewegung vom LBFW weg ergeben.

Im Zeitraum 2005 bis 2007 wechselten von den betrachteten 1 474 Krankenhäusern 322 ihren Status, das heißt, sie wurden von Verlierern zu Gewinnern oder umgekehrt. Die Mehrheit hiervon, nämlich 241, waren 2005 Verlierer gewesen, hatten sich aber bis 2007 zu Gewinnern entwickelt. Bei 81 Häusern verlief die Entwicklung in umgekehrter Richtung (Tabelle 15–2).

Erwartungsgemäß ist der Anteil an Statuswechseln in den LBFW-nahen Gruppen V1 beziehungsweise G1 am ausgeprägtesten. Deutlich mehr als die Hälfte derjenigen Krankenhäuser, die sich 2005 in der Gruppe V1 befanden, nämlich 69,4%, wurden 2007 zu Gewinnern. In umgekehrter Richtung hatten sich 25,8% der G1-Häuser zu Verlierern gewandelt. In den Gruppen V5 und G5, die sich 2005 durch die größte Distanz zum LBFW auszeichneten, ist der Anteil der Statuswechsler demgegenüber viel geringer. Dennoch gibt es auch hier Krankenhäuser, die sich von krassen Verlierern zu Gewinnern entwickelt haben oder umgekehrt. Insgesamt zeigt der hohe Anteil von 22,2% Statuswechslern, dass der Konvergenzprozess auch im Zeitraum 2005 bis 2007 nicht gleichförmig verläuft.

³ An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

15.3 Allgemeine Budgetentwicklung

15.3.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

Nach der idealtypischen Darstellung des Konvergenzprozesses stehen den Budgetzuwächsen der Gewinnerhäuser entsprechende Verluste der Verlierer gegenüber. Dies ist in der Realität nicht der Fall. Tatsächlich haben über die Jahre 2005 bis 2007 alle Gruppen hinzugewonnen, wenn man die Entwicklung des Budgets für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte betrachtet. Dass die Gewinnergruppen hierbei mit 7,8 % höhere Budgetzuwächse realisieren konnten als die Verlierer, liegt in der Logik der Konvergenz begründet. Doch haben auch die Verliererhäuser über den betrachteten Zweijahreszeitraum hinweg Budgetzuwächse von 3,3 % vorzuweisen (Tabelle 15–3).

Insgesamt lässt sich die Wirkung der Konvergenz deutlich erkennen. Je weiter die Gewinnerhäuser 2005 vom LBFW entfernt waren, desto größer sind ihre Budgetzuwächse. Bei den Verliererhäusern ist es erwartungsgemäß genau umgekehrt; je weiter sie zu Beginn vom LBFW entfernt lagen, desto geringere Zuwächse konnten sie verbuchen. In der Summe führt dies zu einer Verringerung der Spannweite zwischen den Häusern und wirkt somit im Sinne der Konvergenz.

Für den Umstand, dass selbst die Verliererhäuser Zugewinne verbuchen konnten, können verschiedene Ursachen ausschlaggebend sein, die bereits im letztjährigen Beitrag angeführt wurden. Neben der allgemeinen Entwicklung des Orientie-

Tabelle 15–3

Budgets für die Vergütung nach DRG, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach Konvergenzverlierern und -gewinnern (V5 bis G5)

	absolut (in Mio. €)			Veränderung (in %)		
	2005	2006	2007	2006 zu 2005	2007 zu 2006	2007 zu 2005
V5	4623,1	4633,4	4673,0	0,2	0,9	1,1
V4	5357,0	5438,0	5578,5	1,5	2,6	4,1
V3	5668,6	5703,0	5823,0	0,6	2,1	2,7
V2	4337,6	4422,1	4530,9	1,9	2,5	4,5
V1	4184,0	4254,6	4366,2	1,7	2,6	4,4
G1	3797,4	3876,0	3974,3	2,1	2,5	4,7
G2	3649,8	3786,0	3916,5	3,7	3,4	7,3
G3	3505,2	3637,9	3772,2	3,8	3,7	7,6
G4	3214,9	3346,4	3490,2	4,1	4,3	8,6
G5	1667,0	1795,6	1923,4	7,7	7,1	15,4
Verlierer	24170,2	24451,0	24971,6	1,2	2,1	3,3
Gewinner	15834,2	16441,9	17076,5	3,8	3,9	7,8
gesamt	40004,5	40892,9	42048,0	2,2	2,8	5,1

Tabelle 15-4

Vereinebarte Leistungsveränderungen 2005 und 2007 für die Gewinner- und Verliererquintile

	Vereinbarte Leistungs- veränderung			Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungs- veränderung			Anteil der Krankenhäuser mit negativer Leistungs- veränderung		
	absolut (in Mio. €)			in %			in %		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	2,2	46,6	72,6	28,1	54,1	66,7	37,8	20,7	19,3
V4	36,9	49,7	104,3	36,3	60,0	68,1	29,6	21,5	19,3
V3	25,3	41,7	67	40,7	64,4	63,7	28,1	9,6	20,7
V2	21,6	35,2	67,4	44,4	58,5	65,9	20,0	21,5	17,0
V1	16,2	26,7	47,7	41,0	66,4	64,9	32,1	17,9	18,7
G1	18,6	30,4	46,4	43,2	60,6	67,1	19,4	14,8	15,5
G2	19,1	21,8	47,4	48,4	52,3	68,4	20,6	23,2	11,0
G3	14,6	28,1	41,6	41,7	54,5	63,5	22,4	17,9	14,1
G4	24,9	24,4	32,8	45,5	55,8	66,7	17,3	14,7	13,5
G5	16,4	8,2	17,8	37,2	33,3	48,1	15,4	26,3	23,7
Verlierer	102,3	199,9	359	38,1	60,7	65,9	29,5	18,2	19,0
Gewinner	93,6	113	186	43,2	51,3	62,7	19,0	19,4	15,6
gesamt	195,9	312,9	545	40,8	55,6	64,2	23,9	18,9	17,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

rungswerts LBFW⁴ resultieren sie z. B. aus der TVöD-Berichtigungsrate, der TVöD-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.⁵

Weitaus wichtiger für die Budgetentwicklung ist allerdings die Vereinbarung von geänderten Leistungsmengen. Über die Jahre hinweg hat eine steigende Zahl von Krankenhäuser von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Der Anteil der Krankenhäuser, die eine negative Leistungsveränderung vereinbart haben, ist von 23,9% in 2005 auf 17,1% in 2007 kontinuierlich zurückgegangen. Dagegen hat der Anteil der Krankenhäuser mit einer positiven Leistungsveränderung von 40,8% im Jahr 2005 auf 64,2% im Jahr 2007 stark zugenommen. In absoluten Zahlen kommt

4 „Das Vorzeichen der Entwicklung eines Landesbasisfallwerts im Zeitverlauf allein lässt keinen Rückschluss auf die Wirkungen auf die allgemeine Budgetentwicklung zu. Auch bei sinkenden LBFW können im Ergebnis steigende Budgets vorliegen und umgekehrt. Vielmehr ist entscheidend, inwieweit die Wirkungen aus den Katalogrevisionen, aus der Obergrenzenregelung, aus Rightcoding (als Casemix erhöhender Effekt ohne Leistungsveränderungen) und aus budgetwirksamen Leistungsveränderungen auf die hausindividuellen Vereinbarungen bereits bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts korrekt prognostiziert wurden.“ (Friedrich et al. 2008)

5 Geregelt in: § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG und § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V. Die Vereinbarungen TVöD-Ost-West-Anpassung lagen für 2006 bei maximal 1% bezogen auf die Gesamtkosten. Die TVöD-Berichtigungsrate betrug 2006 0,00%, weil die Tarifsteigerungen unterhalb der Veränderungsrate lagen, und 2007 0,20%. Die Veränderungsrate lag für 2006 bei 0,63% für 2007 bei 0,64%.

dies einer Summe zwischen +195,9 Mio. € in 2005 und 545,0 Mio. € in 2007 gleich, dies entspricht einem Anteil am Budget von 0,5 % im Jahr 2006 bzw. 1,3 % im Jahr 2007 (Tabelle 15–4).

Der Anstieg der Eurobeträge für vereinbarte Mehrleistungen geht auch auf die ansteigende anteilige Anrechnung auf das Krankenhausbudget zurück, wie sie in § 4 Abs. 4 KHEntgG geregelt ist. Sie wächst während der Konvergenzphase von 21,2 % im Jahr 2005 über 34,7 % im Jahr 2006 auf 49,4 % im Jahr 2007 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts an, was wiederum seitens der Krankenhäuser den Anreiz erhöht Mehrleistungen zu vereinbaren.

Vereinbarte Leistungsveränderungen erklären damit nicht nur Budgetveränderungen im Zeitverlauf, sondern haben auch einen starken Einfluss auf die Konvergenz. Sie gehen in das Leistungsgerüst zu 100 % ein, während das Krankenhausbudget vor Konvergenz nur anteilig erhöht wird.⁶ Vereinbarte Mehrleistungen bei Konvergenzgewinnern wirken somit der Konvergenz entgegen, während sie bei Verlierern zu einer zusätzlichen Annäherung an den LBFW führen. Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs wirkt genau entgegengesetzt.

15.3.2 Budgetverteilung

Wie nicht anders zu erwarten, stellen DRGs den überwiegenden Teil des Budgets dar. Betrachtet man sie zusammen mit den Entgelten für Jahresüberlieger, die auf Basis des Vorjahres-Katalogs mit ähnlichen Anteilen über DRGs vergütet werden, so erklären DRGs durchgängig circa 96 % des Budgets. Der Rest verteilt sich auf sonstige Entgelte und auf Zusatzentgelte.

Die sonstigen Entgelte machen über alle Krankenhäuser betrachtet circa 2,3 % bis 2,5 % des Budgetvolumens aus. Hierbei handelt es sich um Leistungen, für die keine bundesweit gültigen Bewertungsrelationen bzw. Preise festgelegt worden sind. Deren Vereinbarung erfolgt krankenhaushausindividuell durch die Verhandlungspartner auf Ortsebene (Tabelle 15–5).

Die Zusatzentgelte, also jene Entgelte, die additiv zu einer DRG oder einem sonstigen Entgelt abgerechnet werden können, machen einen etwas geringeren Teil des Budgets aus als die sonstigen Entgelte. Doch lässt sich hier ein Anstieg über die drei betrachteten Jahre von 1,6 % auf 2,1 % feststellen. Dabei lässt sich erkennen, dass sowohl hinsichtlich der sonstigen Entgelte als auch bei den Zusatzentgelten die Anteilswerte bei den Verliererhäusern deutlich höher liegen als bei den Gewinnern. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Verlierergruppe V5, bei der sonstige Entgelte und Zusatzentgelte zusammengenommen rund sieben bis acht Prozent des Budgetvolumens darstellen. Auch lässt sich hierbei die steigende Tendenz der Zusatzentgelte besonders deutlich ausmachen.

⁶ Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 BR, so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 21,2\%$ (2005). Dieses Beispiel beschränkt sich auf die Vereinbarung zusätzlicher DRG-Leistungen. Für zusätzliche Leistungen im Bereich der Zusatzentgelte gilt dies analog. Die monetäre Bewertung erfolgt hier nicht auf Basis des Landesbasisfallwerts, sondern des bundeseinheitlichen Preises.

Tabelle 15–5

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2004 bis 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

	DRG			Jahresüberlieger			Sonstige Entgelte			Zusatzentgelte		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	90,8	90,2	89,8	2,4	2,4	2,3	4,3	4,2	4,4	2,4	3,2	3,5
V4	92,1	91,7	91,2	2,3	2,1	2,3	3,3	3,4	3,4	2,3	2,9	3,2
V3	93,3	93,2	93,0	2,5	2,3	2,3	1,8	1,6	1,7	2,4	2,8	3,0
V2	93,7	93,8	94,0	2,0	1,9	1,9	2,6	2,2	1,9	1,7	2,1	2,3
V1	94,1	94,3	94,1	2,1	2,0	1,9	2,6	2,2	2,4	1,3	1,5	1,6
G1	95,1	95,3	95,1	2,3	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	0,8	1,0	1,2
G2	94,9	95,1	95,2	2,5	2,4	2,2	1,8	1,6	1,5	0,8	0,9	1,1
G3	95,6	95,7	95,7	2,1	2,0	1,9	1,6	1,5	1,4	0,7	0,9	1,0
G4	95,2	95,4	95,2	2,0	1,8	1,9	2,1	1,9	1,9	0,7	0,9	1,0
G5	95,5	95,7	95,7	1,6	1,5	1,6	2,1	1,9	1,8	0,8	0,9	0,9
Verlierer	92,8	92,6	92,4	2,3	2,2	2,1	2,9	2,7	2,7	2,1	2,5	2,8
Gewinner	95,2	95,4	95,4	2,2	2,0	1,9	1,9	1,7	1,6	0,8	0,9	1,1
Gesamt	93,7	93,7	93,6	2,2	2,1	2,1	2,5	2,3	2,3	1,6	1,9	2,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 15–6 löst sich von der Betrachtung der Entgeltarten und blickt stattdessen auf die Art der Teilnahme an der Budgetkonvergenz als Unterscheidungsmerkmal. Dabei lässt sich feststellen, dass derjenige Anteil des Budgets, der gegen den LBFW konvergiert, im Zeitverlauf etwas abnimmt. Hierbei handelt es sich um die DRGs einschließlich der Überlieger. Praktisch keine Veränderung gibt es bei denjenigen Budgetbestandteilen, für die hausindividuelle Preise gelten, also bei den sonstigen Entgelten und einem Teil der Zusatzentgelte. Stattdessen zeigt sich in dem Rückgang der gegen den LBFW konvergierenden Budgetbestandteile abermals der bereits oben festgestellte Zuwachs bei den Zusatzentgelten, denn für die Mehrzahl der Zusatzentgelte gilt ein bundeseinheitlicher Preis, der auch als Zielpunkt der Konvergenz Verwendung findet.

Der Katalog der bundeseinheitlich bepreisten Zusatzentgelte ist über die Jahre kontinuierlich gewachsen. Zudem ist die Tendenz, Budgetteile aus dem allgemeinen, gegen den LBFW konvergierenden Budget auszugliedern, bei Verliererhäusern mutmaßlich stärker ausgeprägt als bei Gewinnern. Zwar könnten auch die Gewinner gegebenenfalls von einer solchen Vorgehensweise profitieren, doch ist der Gestaltungsdruck aufgrund der insgesamt vorteilhafteren wirtschaftlichen Lage in diesen Häusern geringer.

Darüber hinaus stellen die bez. der Vergütungshöhe hausindividuell zu vereinbarenden Entgelte i. d. R. spezialisiertere Leistungen dar als die übrigen. Insbesondere größere Häuser, die beispielsweise neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen (HSL) anbieten, sind in den Verlierergruppen des Jahres 2005 stärker vertreten. Die überdurchschnittliche Bedeu-

Tabelle 15–6

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile 2005 bis 2007 in %

	Konvergenz gegen LBFW			Konvergenz gegen bundesweiten Preis			Keine Konvergenz: hausindividuelle Preise		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
V5	93,2	92,6	92,1	1,4	1,8	2,0	5,3	5,6	5,9
V4	94,4	93,8	93,5	1,4	1,6	1,9	4,3	4,6	4,6
V3	95,7	95,5	95,3	1,5	1,7	1,8	2,8	2,8	2,9
V2	95,7	95,7	95,9	1,1	1,3	1,5	3,2	3,0	2,7
V1	96,1	96,3	96,0	0,9	1,0	1,1	3,0	2,7	2,9
G1	97,4	97,3	97,1	0,5	0,7	0,8	2,1	2,0	2,1
G2	97,4	97,5	97,4	0,6	0,7	0,8	2,0	1,9	1,8
G3	97,7	97,7	97,6	0,5	0,6	0,7	1,8	1,7	1,6
G4	97,2	97,2	97,1	0,5	0,6	0,6	2,3	2,2	2,3
G5	97,1	97,2	97,2	0,5	0,6	0,5	2,4	2,3	2,2
Verlierer	95,0	94,8	94,5	1,3	1,5	1,7	3,7	3,7	3,8
Gewinner	97,4	97,4	97,3	0,5	0,6	0,7	2,1	2,0	2,0
Gesamt	96,0	95,8	95,6	1,0	1,1	1,3	3,1	3,0	3,1

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

tung der hausindividuellen Preise gerade in den Gruppen V4 und V5 ist ein Ausdruck dieses Effekts.

15.4 Entwicklung der Basisfallwerte

Abbildung 15–2 zeigt die Entwicklung der Basisfallwerte im Zeitverlauf, die eine deutliche Konvergenz erkennen lässt. Den Konvergenzfortschritt kann man an dem deutlichen Rückgang der Spannweite zwischen den Basisfallwerten der Gruppen V5 und G5 ablesen. Betrug diese 2005 noch 913,03 €, so sank sie 2006 auf 663,29 € und 2007 weiter auf 434,77 €.

Diese Annäherung der hausindividuellen Basisfallwerte ist aber nicht nur eine Konsequenz aus der Konvergenz gegen den jeweiligen LBFW, sondern resultiert auch aus der Entwicklung der Orientierungswerte selbst. Denn auch die Landesbasisfallwerte haben sich im Zeitverlauf aufeinander zubewegt. Lag die Spannweite der für die Budgetverhandlungen relevanten LBFW mit Kappung und Ausgleich 2005 noch bei 414,81 €, so lag der Abstand 2007 bei nur noch 292,52 €. Etwas deutlicher noch ist die Entwicklung bei den LBFW ohne Ausgleich und Kappung: Hier schrumpft der maximale Abstand von 449,77 € auf 287,00 € (Abbildung 15–3).

Abbildung 15-2

Basisfallwerte ohne Ausgleiche für die untersuchten Gruppen

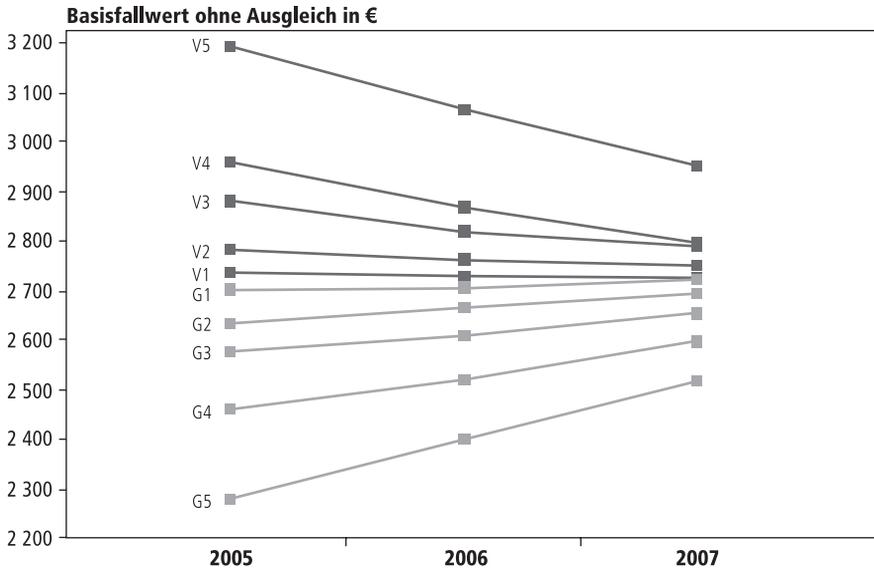
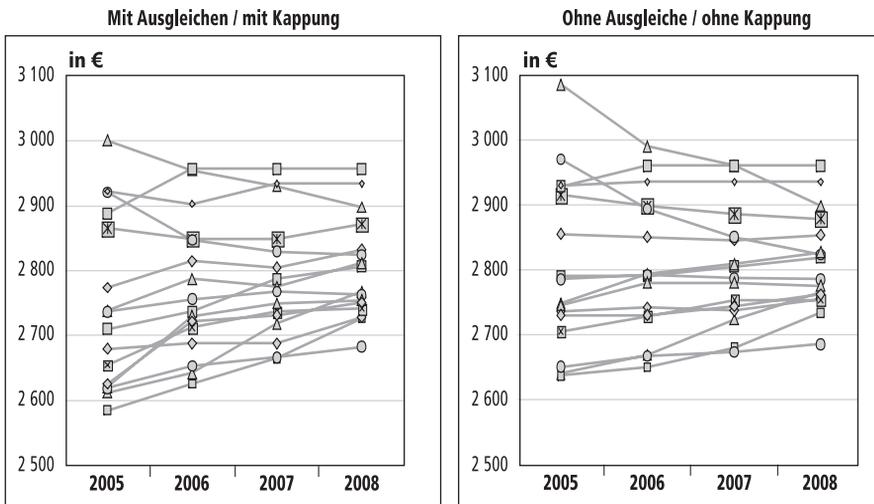


Abbildung 15-3

Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2005-2008 (mit und ohne Ausgleiche/Kappung)



15.5 Fazit

Der Konvergenzprozess macht auch im Jahr 2007 deutliche Fortschritte, die beobachteten Gruppen von Krankenhäusern haben sich bez. der Vergütungshöhe weiter angenähert: Die Spannweite der Basisfallwerte hat sich über die drei betrachteten Jahre hinweg mehr als halbiert. Allerdings gilt dies nur für die Gesamtbetrachtung. Auf Einzelhausebene verläuft die Annäherung an den LBFW weniger stringent, was sich insbesondere am hohen Anteil von Statuswechslern ablesen lässt. Die Ergebnisse der letztjährigen Untersuchung haben sich damit verfestigt.

Im Jahr 2007 kamen fast zwei Drittel der Häuser in den Genuss einer positiven Budgetanpassung im Rahmen des Konvergenzprozesses. In der Summe sind die Krankenhausbudgets für die Bereiche DRG, sonstige und Zusatzentgelte von 2005 auf 2007 um 5,1 % angestiegen. Für diese Entwicklung ist das zunehmende Volumen an vereinbarten Mehrleistungen von größerer Bedeutung als die allgemeine Veränderungsrate bzw. TVÖD-Berichtigung. Mit der auch 2008 steigenden Budgetwirksamkeit solcher Leistungsmehrung wird sich dieser Trend künftig noch dynamischer fortsetzen. Umso wichtiger wird daher die Berücksichtigung der kostendegressiven Effekte solcher Mehrleistungen auf den Landesbasisfallwert im Rahmen der Verhandlungen.

Neben der Konvergenz von Budgets und Vergütungshöhe auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer ist auch eine deutliche Annäherung der Landesbasisfallwerte zu beobachten. Unter Fortschreibung dieser Trends ist zu erwarten, dass es auch ohne gesetzliche Regelungen zur Etablierung eines Bundesbasisfallwerts mittelfristig zu einer nahezu einheitlichen Vergütungshöhe im Bundesgebiet kommen wird.

15.6 Literatur

- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. 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, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. f&w 04/2007.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo) (Hrsg.) 2005.
- Heimig F. „G-DRGs2005“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig F. „G-DRGs2006“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- Heimig F. „G-DRGs2007“ Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2006.
- Leber WD, Wolff J G-DRG Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg.). Kompendium zum G-DRG System 2007, Teil III. 60
- Krankenhaus-Report 2006. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2005. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007 365–434
- Krankenhaus-Report 2007. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2007. 393–471

16 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2006

Ute Bölt

Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2006 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) und die Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen jeweils in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 17–19).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2006 and provides an overview of the structural and financial situation of German hospitals, their organisational units, staff and equipment and the service rendered. The survey is carried out annually since 1991. The DRG statistics as well as the diagnosis statistics for hospital patients and the data on rehabilitation facilities can be found in extra chapters (see chapters 17–19).

16

16.1 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 (Gesundheitswesen) 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

fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 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 17, Ergebnisse der DRG-Statistik werden in Kapitel 18 präsentiert und Kapitel 19 ist den Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gewidmet.

Rechtsgrundlage ist die 1990 in Kraft getretene und im Jahr 2001 erstmals novellierte Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung war erforderlich geworden, um die Erhebung an veränderte Gegebenheiten im Bereich der stationären Versorgung anzupassen.² Im ersten Berichtsjahr (1990) beschränkte sich die Erhebung im Rahmen der Grunddaten auf die sachliche Ausstattung und die Patientenbewegungen im Krankenhaus (ohne Personal) sowie auf die Kostendaten im früheren Bundesgebiet. 1991 wurden erstmalig auch Personaldaten erhoben und die neuen Bundesländer in die Erhebung mit einbezogen.

Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 16 im Krankenhaus-Report 2007 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und an der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Zudem werden Ergebnisse zu den im Zuge der Novellierung der Rechtsgrundlage in die Erhebung neu aufgenommenen Merkmalen präsentiert. Dazu gehören z. B. ambulante Operationen und die Differenzierung der Rechtsform bei Krankenhäusern öffentlicher Träger.

An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2006 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 16.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 16.3). Dabei wird auf die sachliche, personelle und fachlich-medizinische Ausstattung der Krankenhäuser eingegangen. Im Weiteren werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen präsentiert (Abschnitt 16.4). Es schließt sich eine Darstellung der Entwicklung speziell im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser (Abschnitt 16.5) an. Abschließend wird auf die im Zusammenhang mit der Krankenhausleistung entstandenen Kosten (Abschnitt 16.6) eingegangen.

Bei Vorjahresvergleichen in Bezug auf die Krankenhausgrunddaten ist folgende Besonderheit zu beachten:

Einmalig wurden (mit Ausnahme von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) im Jahr 2005 in den Grunddaten Angaben zu gesunden Neugeborenen erfasst. Dies wirkte sich nicht nur auf die Fallzahl und die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage aus, sondern mittelbar auch auf die mit Hilfe dieser Daten ermittelten Werte wie durchschnittliche Verweildauer und Bettenauslastung. Wegen methodischer Bedenken wurde diese Änderung ab 2006 wieder rückgängig gemacht, d. h. Angaben zu

sind seit 2002 ausschließlich digital und kostenlos im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes (<http://www.destatis.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 BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer 2005; 291–310.

gesunden Neugeborenen sind in den Grunddaten nicht mehr enthalten. Für einen plausiblen Vorjahresvergleich wurden die Werte des Berichtsjahres 2005 für die Krankenhäuser insgesamt (hilfsweise auf der Basis von Diagnosedaten) berichtigt, soweit in den Angaben gesunde Neugeborene berücksichtigt waren. Eine nachträgliche Korrektur von 2005er Daten auf tieferer Gliederungsebene (z. B. nach Krankentypen/nach Trägern) ist aus erhebungstechnischen Gründen nicht möglich. Insoweit basieren die Vorjahresvergleiche auf den in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 für 2005 veröffentlichten Daten (einschließlich gesunder Neugeborener) und sind deshalb hinsichtlich der Fallzahl, der Berechnungs/Belegungstage, der durchschnittlichen Verweildauer und der Bettenauslastung nur von eingeschränkter Aussagekraft.

16.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2006, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, bietet Tabelle 16–1³. Die kompletten Ergebnisse für die Jahre 1996 bis 2006 finden sich im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 16–a und 16–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 16–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

16.3 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 16.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe 16.3.2). 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 Per-

³ Die Veränderungsdaten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 16-1
Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser

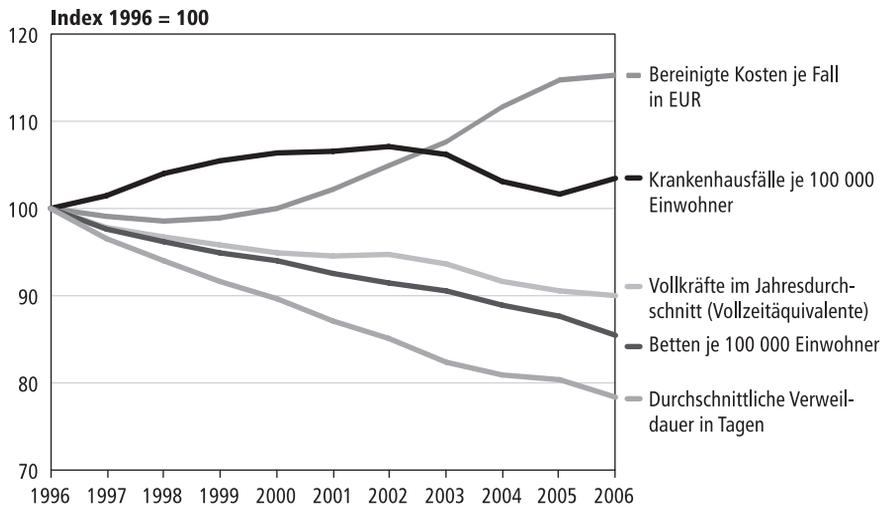
Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2006 gegenüber	
	2006	2005	2001	1996	2005	2001
	Anzahl				in %	
Krankenhäuser	2104	2139	2240	2269	-1,6	-6,1
Aufgestellte Betten						
– Anzahl	510757	523824	552680	593743	-2,5	-7,6
– je 100 000 Einwohner	620	635	671	725	-2,4	-7,6
Krankenhausfälle						
– Anzahl	16832883	16539398	17325083	16165019	1,8	-2,8
– je 100 000 Einwohner	20437	20056	21041	19739	1,9	-2,9
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	142251	143244	163536	175247	-0,7	-13,0
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	8,5	8,7	9,4	10,8	-2,4	-10,1
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	76,3	74,9	81,1	80,6	1,8	-5,4
Personal						
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	1071995	1070655	1109420	1150857	0,1	-3,4
– Vorkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	791914	796097	832530	880000	-0,5	-4,9
darunter: – Ärztlicher Dienst	123715	121610	110152	104352	1,7	12,3
– Nichtärztlicher Dienst	668200	674488	722379	775648	-0,9	-7,5
darunter: – Pflegedienst	299328	302346	331472	349423	-1,0	-9,7
– med.-techn. Dienst	122620	122810	124211	125763	-0,2	-1,3
– Funktionsdienst	84964	84283	83292	78329	0,8	2,0
Bereinigte Kosten in 1 000 EUR	58080678	56732375	52940317	48359216	2,4	9,7
Bereinigte Kosten je Fall in EUR	3450	3430	3056	2992	0,6	12,9

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 16–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser 1996–2006


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

sonal zu. Darüber hinaus stellen Krankenhäuser wichtige Arbeitgeber im Gesundheitswesen dar und fungieren als Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe (siehe 16.3.3).

16.3.1 Sachliche Ausstattung

Die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt⁴ war auch im Jahr 2006 weiter rückläufig. Am 31.12.2006 gab es mit 2 104 Krankenhäusern in Deutschland 35 Einrichtungen (1,6%) weniger als ein Jahr zuvor. Gegenüber 1996 ging die Zahl der Krankenhäuser um 165 (7,3%) 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 knapp 511 000 Krankenhausbetten gab es rund 13 000 Betten (2,5%) weniger als im Vorjahr. Im Vergleich zu 1996 mit 594 000 nachge-

⁴ Entgegen dem allgemeinen Trend gab es in Berlin ein Krankenhaus, in Hessen vier und in Rheinland-Pfalz zwei Krankenhäuser mehr als 2005. Hierbei handelt es sich um Häuser mit weniger als 50 Betten in privater (Berlin und Hessen) bzw. freigemeinnütziger (Rheinland-Pfalz) Trägerschaft.

wiesenen Krankenhausbetten entspricht dies einem Abbau von 83 000 Betten oder 14,0%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Bettendichte je 100 000 Einwohner verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2006 durchschnittlich 620 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung; das sind 15 Betten (2,4%) weniger als 2005 und 105 Betten (14,5%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Demgegenüber blieb die Krankenhausdichte im Vergleich zum Vorjahr unverändert bei 2,6 Krankenhäusern je 100 000 Einwohner (Tabelle 16–2).

Im Ländervergleich ist die Krankenhausdichte in den neuen Bundesländern mit zwei Krankenhäusern je 100 000 Einwohnern auffällig niedrig; in Brandenburg liegt die Einrichtungsdichte sogar bei nur 1,8 Krankenhäusern. Fast doppelt so viele Krankenhäuser wie Brandenburg weist Schleswig-Holstein (3,4 je 100 000 Einwohner), das Land mit der höchsten Krankenhausdichte, auf.

Mit Ausnahme der Bundesländer Hamburg und Rheinland-Pfalz, wo im Vergleich zum Vorjahr 450 bzw. 60 Krankenhausbetten (+3,9% bzw. 0,2%) mehr gezählt wurden, setzte sich der Trend zum allgemeinen Bettenabbau auch im Jahr 2006 unvermindert fort und die Zahl der aufgestellten Betten sank um bis zu 5,4% (–2 000 Betten in Hessen). Gemessen an der Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner erhöhte sich die Bettendichte in Hamburg um 3,4%. Mit durchschnittlich 847 Betten je 100 000 Einwohner verfügte Bremen im Jahr 2006 weiterhin über die höchste Bettendichte, gefolgt vom Saarland (698 Betten), Thüringen (695 Betten) und Nordrhein-Westfalen (693 Betten). Abbildung 16–2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung im Vergleich zu 1996. Den stärksten Rückgang innerhalb der vergangenen zehn Jahre verzeichnete Berlin. Dort lag die Bettendichte im Jahr 2006 um 29,7% unter der von 1996.

Die Krankenhäuser Bremens haben zweifellos eine Mitversorgungsfunktion, insbesondere für das angrenzende Niedersachsen. Dies wird nicht nur durch die Bettendichte, sondern auch durch die weit über dem Bundesdurchschnitt (20 437 Fälle je 100 000 Einwohner) liegende Anzahl der Krankenhaushfälle (28 941 je 100 000 Einwohner) deutlich. Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote⁵ getroffen werden (siehe Tabelle 16–3). 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 2006 mit 138,7% über die höchste Versorgungsquote, gefolgt von Hamburg (122,2%) und Berlin (109,9%). Entsprechend niedrige Versorgungsquoten wiesen die Krankenhäuser der angrenzenden Flächenstaaten auf. In Brandenburg lag sie bei 89,6% 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-West-

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 16-2
 Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser nach Ländern 2006

Bundesland	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer	
	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %
Deutschland	2 104	-1,6	620	-2,4	76,3	1,8	20 437	1,9	8,5	-2,4
Baden-Württemberg	296	-3,0	563	-1,6	73,7	1,4	17 862	3,0	8,5	-3,1
Bayern	381	-1,0	610	-5,0	75,7	3,8	20 274	0,1	8,3	-1,5
Berlin	72	1,4	584	-2,6	80,7	1,4	20 428	0,3	8,4	-1,6
Brandenburg	47	-	603	0,2	79,2	0,0	20 171	1,8	8,6	-1,6
Bremen	14	-	847	-0,8	74,7	-0,2	28 941	2,5	8,0	-3,4
Hamburg	47	-9,6	684	3,4	76,1	-1,8	22 586	6,4	8,4	-4,6
Hessen	179	2,3	577	-5,2	76,8	6,5	19 360	3,3	8,4	-2,3
Mecklenburg-Vorpommern	34	-	601	0,6	80,6	0,6	22 760	4,1	7,8	-2,8
Niedersachsen	199	-2,5	534	-3,3	79,7	2,3	18 445	1,2	8,4	-2,3
Nordrhein-Westfalen	437	-1,6	693	-1,8	74,9	0,5	21 798	1,3	8,7	-2,5
Rheinland-Pfalz	99	2,1	633	0,3	71,9	0,8	20 298	3,5	8,2	-2,3
Sachsen	82	-3,5	631	-2,1	79,1	1,2	21 545	3,2	8,5	-3,9
Saarland	26	-	698	0,6	77,7	-1,0	23 914	0,0	8,3	-0,3
Sachsen-Anhalt	50	-	685	-0,7	77,5	1,2	22 937	3,1	8,5	-2,5
Schleswig-Holstein	96	-7,7	549	-4,4	79,6	4,2	18 998	2,5	8,4	-2,9
Thüringen	45	-2,2	695	-2,1	76,8	2,3	22 611	2,0	8,6	-1,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDo

Abbildung 16–2

Bettendichte im Ländervergleich 2006 und 1996

2006



1996



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

falen und Bayern bevorzugten zu 96,7% eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im eigenen Land. Demgegenüber ließen sich nur 84,2% der Brandenburger und 85,5% der Rheinland-Pfälzer im jeweils eigenen Bundesland behandeln.

Die anhand der Anzahl der aufgestellten Betten bestimmte Krankenhausgröße ist ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft: Im Jahr 2006 verfügte ein Krankenhaus über durchschnittlich 243 Betten; das sind 19 Betten weniger als die durchschnittliche Krankenhausgröße zehn Jahre zuvor (262 Betten).

Der allgemeine Rückgang der Zahl der Krankenhäuser trifft nicht alle Krankenhaustypen gleichermaßen. Die Anzahl kleiner Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten stieg sogar von 310 im Jahr 1996 auf 398 im Jahr 2006. Das entspricht einer Zunahme des Anteils von 13,7% im Jahr 1996 um 5,2 Prozentpunkte auf 18,9% im Jahr 2006. Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe zeigt sich, dass es zwar mehr kleine Krankenhäuser gibt, deren durchschnittliche Größe jedoch immer weiter abnimmt. Mit 18 Betten verfügte ein Krankenhaus dieser Größenklasse im Durchschnitt über fünf Betten weniger als 1996. Leicht zugenommen (+ 0,5 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 1996 um insgesamt ein Fünftel (226 Krankenhäuser) zurückgegangen ist.

Der Anteil sehr großer Krankenhäuser (800 und mehr Betten) lag 2006 wie auch 1996 bei 4,1%; auch die Durchschnittsgröße der Krankenhäuser in dieser

Tabelle 16–3

Versorgungsquote der Krankenhäuser nach Ländern 2006

Bundesland	Wohnort des Patienten	Behandlungs- ort des Patienten	Absolute Differenz	Versorgungs- quote	Anteil im eigenen Land behandelter Patienten
				in %	
Anzahl belegter Betten pro Tag ¹⁾					
Deutschland	395 427	396 723	x	x	x
Baden-Württemberg	44 315	45 511	1 196	102,7	94,9
Bayern	58 679	59 979	1 300	102,2	96,7
Berlin	14 768	16 237	1 469	109,9	95,7
Brandenburg	13 574	12 168	-1 406	89,6	84,2
Bremen	3 070	4 259	1 189	138,7	89,5
Hamburg	7 493	9 155	1 662	122,2	87,9
Hessen	28 244	27 741	-503	98,2	89,8
Mecklenburg-Vorpommern	8 563	8 445	-118	98,6	93,9
Niedersachsen	36 872	34 688	-2 184	94,1	87,5
Nordrhein-Westfalen	93 966	93 886	-81	99,9	96,7
Rheinland-Pfalz	19 898	19 207	-690	96,5	85,5
Saarland	5 750	5 849	98	101,7	91,5
Sachsen	21 367	21 447	80	100,4	95,9
Sachsen-Anhalt	13 792	13 402	-390	97,2	92,0
Schleswig-Holstein	12 522	12 173	-349	97,2	86,1
Thüringen	12 557	12 578	21	100,2	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 2008/2009

WIdO

Größenklasse blieb mit 1 199 Betten nahezu konstant (1996: 1 192). Trotz des Rückgangs der Zahl dieses Krankhaustyps um acht Einrichtungen (-8,4 %) standen in den sehr großen Krankenhäusern mehr als ein Fünftel (20,4 %) aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,4 % aller Betten. Tabelle 16–4 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.

Erstmals seit 1998 stieg die durchschnittliche Bettenauslastung⁶ bezogen auf alle Krankenhäuser von 74,9 % im Jahr 2005 auf 76,3 % im Jahr 2006 an. Laut etli-

⁶ Die durchschnittliche Bettenauslastung 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.

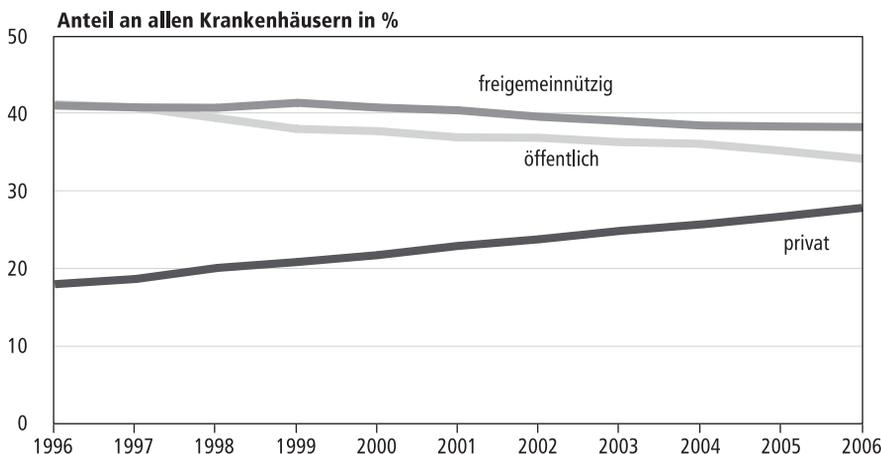
Tabelle 16-4
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2006

Bettengrößeklasse/ Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl		Fallzahl je 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer	
	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr	2006	Verände- rung zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Krankenhäuser insgesamt	2 104	-1,6	5 107 67	-2,5	620	-2,4	76,3	0,9	16 832 883	-0,2	20 437	-0,1	8,5	-1,4
KH bis 49 Betten	398	-0,5	7 339	1,1	9	1,2	65,4	-0,2	1 980 96	1,0	241	1,2	8,8	-0,1
KH mit 50 bis 99 Betten	273	1,5	19 975	2,4	24	2,5	72,7	0,5	5 303 43	4,9	644	5,1	10,0	-1,9
KH mit 100 bis 149 Betten	303	4,1	37 127	4,2	45	4,3	73,6	1,6	10 891 93	10,3	1 322	10,4	9,2	-4,0
KH mit 150 bis 199 Betten	220	-4,3	38 045	-4,2	46	-4,1	73,4	2,0	12 222 99	-1,3	1 484	-1,2	8,3	-1,0
KH mit 200 bis 299 Betten	328	-1,8	80 025	-0,8	97	-0,7	75,3	1,4	2 551 468	1,9	3 098	2,1	8,6	-1,3
KH mit 300 bis 399 Betten	201	-10,7	69 012	-10,4	84	-10,3	76,7	1,7	2 279 847	-7,1	2 768	-6,9	8,5	-2,0
KH mit 400 bis 499 Betten	133	-1,5	58 766	-1,9	71	-1,8	76,7	0,9	1 895 591	0,8	2 301	0,9	8,7	-1,7
KH mit 500 bis 599 Betten	94	-11,3	51 270	-12,0	62	-11,9	76,3	0,0	1 795 050	-11,3	2 179	-11,2	8,0	-0,8
KH mit 600 bis 799 Betten	67	3,1	44 858	2,3	54	2,4	77,9	0,5	1 557 523	4,4	1 891	4,5	8,2	-1,6
KH mit 800 und mehr Betten	87	3,6	104 350	2,4	127	2,5	79,3	0,1	3 713 476	3,3	4 509	3,5	8,1	-0,9
Öffentliche Kranken- häuser	717	-4,5	2 609 93	-4,6	317	-4,5	77,9	0,8	8 753 887	-3,0	10 628	-2,9	8,5	-0,9
in privatrechtlicher Form	367	10,5	130 666	12,2	159	12,3	76,6	0,5	4 633 015	14,6	5 625	14,8	7,9	-1,6
in öffentlich-rechtlicher Form	350	-16,5	130 327	-17,1	158	-17,0	79,2	1,4	4 120 872	-17,3	5 003	-17,3	9,1	1,7
- rechtlich unselbstständig	220	-21,1	68 939	-23,7	84	-23,6	79,4	2,2	2 047 016	-25,7	2 485	-25,6	9,8	4,9
- rechtlich selbstständig	130	-7,1	61 388	-8,2	75	-8,1	79,0	0,5	2 073 857	-7,1	2 518	-7,0	8,5	-0,7
Freigemeinnützige Krankenhäuser	803	-1,8	1 802 00	-2,5	219	-2,3	74,6	1,0	5 901 545	0,4	7 165	0,5	8,3	-1,8
Private Krankenhäuser	584	2,5	69 574	6,5	84	6,6	74,8	1,4	2 177 451	10,6	2 644	10,7	8,7	-2,4

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Abbildung 16–3

Krankenhäuser nach der Trägerschaft 1996–2006


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

chen Landeskrankenhausplänen gilt eine Bettenauslastung von i. d. R. 85% als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung⁷. Die Abweichung von Soll und Ist im Jahr 2006 entspricht rund 52 000 Krankenhausbetten. Die geringste Bettenauslastung (65,4%) hatten Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten aufzuweisen, die höchste (79,3%) Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings differiert die Bettenauslastung nach Fachabteilungen erheblich (siehe 16.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankenhausträger vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 1996 bis 2006 um 165 Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 177 (+43,5%) auf 584 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (–13,6%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (–23,2%). Abbildung 16–3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztabelle 16–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. 2006 verfügte eine Privatklinik über durchschnittlich 119 Betten. Freigemeinnützige Kran-

⁷ § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

kenhäuser waren mit 224 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 364 Betten gut dreimal so groß. Allerdings zeigen die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit, dass private Betreiber in den Bereich der Universitätskliniken vorstoßen⁸ bzw. die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine mögliche künftige Privatisierung geschaffen werden⁹.

Vor dem Hintergrund geänderter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zu sparsamer Haushaltsführung haben gestiegene Anforderungen an 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 Ergebnisse der Jahre 2002 bis 2006 erlauben tendenzielle Aussagen über die Entwicklungen in diesem Bereich.

Mit 367 von insgesamt 717 öffentlichen Krankenhäusern wurde im Jahr 2006 mehr als die Hälfte (51,2%) in privatrechtlicher Rechtsform geführt, 2002 war es nur gut ein Viertel (28,3%). Gegenüber 2005 gab es 35 Einrichtungen bzw. 10,5% mehr in privatrechtlicher Rechtsform. Demgegenüber sank die Anzahl der Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Form im Vergleich zum Vorjahr um 69 Häuser bzw. 16,5%. Der Wechsel in privatrechtliche Rechtsformen (z. B. GmbH) bei öffentlichen Krankenhäusern schreitet auch 2006 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 überwiegend zu Lasten der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (–59 Häuser). Zusammenfassend zeigt Abbildung 16–4 die prozentuale Verteilung der Träger- und Rechtsformen der Krankenhäuser im Jahr 2006.

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 31.12.2006 in den deutschen Krankenhäusern 9268 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 301 Geräte (+3,4%). Vor allen Dingen bei den Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (+14,3%),

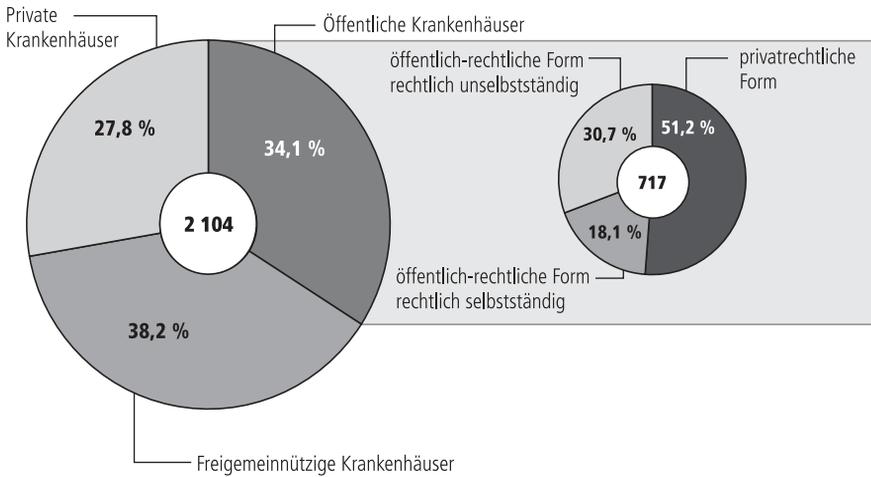
8 Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg, Umwandlung in eine GmbH mit Wirkung vom 2. Januar 2006 und Übernahme von 95% der Geschäftsanteile durch die Rhön-Klinikum AG (Hessische Staatskanzlei: Initiativen/Verwaltungsreform/Privatisierung).

9 Entwurf eines Landesgesetzes über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz). Der Gesetzentwurf enthält die Option, die neue Körperschaft des öffentlichen Rechts in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Universitätsmedizin GmbH) umzuwandeln – ggf. auch mit Beteiligung privaten Kapitals an dieser GmbH. (Pressemeldung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur, Rheinland-Pfalz, vom 12. Februar 2008).

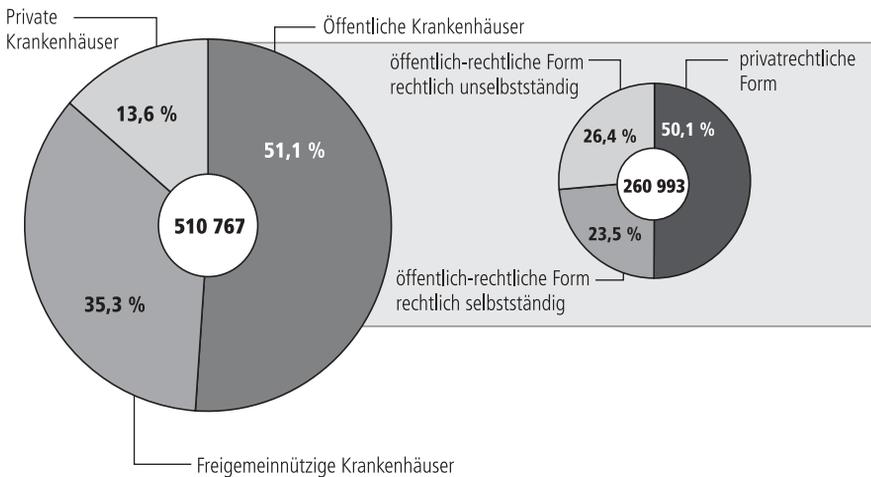
Abbildung 16–4

Trägerstruktur und Rechtsform bei öffentlichen Krankenhäusern 2006

Anteil der Krankenhäuser in Deutschland in Prozent



Anteil der Betten in Deutschland in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

den Kernspin-Tomographen (+8,9%) und den Koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+7,0%) sind Zuwachsraten zu verzeichnen, während die Zahl der Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger geringfügig (-0,8%) zurückgegangen ist. Tabelle 16–5 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

Tabelle 16–5

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2006

Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung	2006	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %
Insgesamt	9 268	3,4
Computer-Tomographen	1 273	2,6
Dialysegeräte	4 444	3,1
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	615	5,5
Gamma-Kameras	604	–
Herz-Lungen-Maschinen	348	0,6
Kernspin-Tomographen	622	8,9
Koronarangiographische Arbeitsplätze	594	7,0
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	354	–0,8
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	72	14,3
Stoßwellenlithotripter	311	2,3
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	31	–

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

16.3.2 Angebot nach Fachabteilungen

Über die fachlich-medizinische Struktur der Krankenhäuser gibt das Fachabteilungsspektrum Auskunft. Für die Zwecke der Krankenhausstatistik werden die Organisationseinheiten in einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus entsprechend der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des Arztes zugeordnet, der die Abteilung leitet.¹⁰ Tabelle 16–6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen der Fachabteilungen für das Jahr 2006.

Auf Fachabteilungsebene blieben nur wenige Bereiche vom allgemeinen Bettenabbau verschont. Aber es gab auch Bereiche mit zunehmender Bettenkapazität. So stieg die Zahl der aufgestellten Betten in der Herzchirurgie um 5,3 % gegenüber 2005. Auch in den psychiatrischen Fachabteilungen gab es 2006 mehr Betten als im Jahr zuvor; am deutlichsten war der Bettenzuwachs im Bereich der psychotherapeutischen Medizin (+5,7 %). In den meisten Fachabteilungen standen jedoch weniger Betten als im Vorjahr. Den deutlichsten Rückgang gab es in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (–11,5 %). In diesem Bereich gibt es angesichts eines Rückgangs der Krankenhausentbindungen um 12 000 im Vergleich zu 2005 einen geringeren Bettenbedarf.

10 Diese Abgrenzung hat erhebungstechnische Gründe und muss nicht in allen Fällen mit der Bezeichnung der Fachabteilung im Krankenhaus übereinstimmen. So könnte z. B. ein Chirurg die Innere Medizin leiten. In diesem Fall würde in der Statistik keine Innere Medizin, sondern eine chirurgische Fachabteilung gezählt. Diese Fälle dürften in der Erhebungspraxis jedoch selten sein. Über die Fachgebietsbezeichnung der Weiterbildungsordnung für Ärzte kann eine einheitliche Definition des Fachgebiets gewährleistet werden.

Tabelle 16-6
Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2006

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt		Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der Betten		Fallzahl		Durchschnittliche Verweildauer	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in Tagen	Anzahl	in Tagen	
Fachabteilungen insgesamt	8 386	510 767	76,3	16 832 883	8,5					
Allgemeine Fachabteilungen										
Augenheilkunde	334	5 416	61,7	336 045	3,6					
Chirurgie	1 301	112 434	72,9	3 891 985	7,7					
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	994	39 172	62,4	1 779 879	5,0					
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	763	12 070	64,0	586 975	4,8					
Haut- und Geschlechtskrankheiten	118	4 825	76,0	167 779	8,0					
Herzchirurgie	66	3 811	87,2	113 259	10,7					
Innere Medizin	1 406	168 502	78,9	6 499 344	7,5					
Kinderchirurgie	75	1 964	60,7	113 335	3,8					
Kinderheilkunde	372	20 131	67,5	941 644	5,3					
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	202	2 284	64,6	95 143	5,7					
Neurochirurgie	162	6 515	81,9	211 694	9,2					
Neurologie	383	20 047	81,7	679 280	8,8					
Nuklearmedizin	110	928	63,6	52 147	4,1					
Orthopädie	409	23 876	74,0	692 905	9,3					
Plastische Chirurgie	124	1 980	65,9	68 128	7,0					
Strahlentherapie	160	3 283	71,8	95 139	9,0					
Urologie	516	15 443	72,0	694 292	5,8					
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	208	4 604	74,7	139 743	9,0					

Tabelle 16-6

Fortsetzung

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt	Aufgestellte Betten	Nutzungsgrad der Betten in %	Fallzahl	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	Anzahl			Anzahl	
Psychiatrische Fachabteilungen					
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	131	5 065	90,7	39 415	42,5
Psychiatrie und Psychotherapie	404	52 923	91,4	730 920	24,2
Psychotherapeutische Medizin	148	5 494	91,1	46 576	39,2

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Die mit Abstand meisten Betten (55,0%) waren in den Fachabteilungen für Innere Medizin (169 000) und Chirurgie (112 000) aufgestellt. Hier wurden 61,7% aller vollstationären Behandlungsfälle versorgt.

Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 60,7% in der Kinderchirurgie bis 87,2% in der Herzchirurgie. In den psychiatrischen Fachabteilungen waren die Betten demgegenüber zu mehr als 90% ausgelastet.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung variierte zwischen knapp vier Tagen in der Augenheilkunde und knapp elf Tagen in der Herzchirurgie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,5 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit 42,5 Tagen fünfmal so lange.

Abbildung 16-2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte nach Bundesländern. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. In sechzehn von einundzwanzig ausgewiesenen Fachabteilungen lag die Bettendichte in Bremen über dem Bundesdurchschnitt, in mehr als der Hälfte (11) der Fachabteilungen, darunter in der Inneren Medizin und der Chirurgie, verfügte Bremen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern über die meisten Betten je 100 000 Einwohner (Tabelle 16-7).

Im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen hatten Schleswig-Holstein und Bremen 2006 eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte. Während im Bundesdurchschnitt 77 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung zur Verfügung standen, waren es in Schleswig-Holstein 99 und in Bremen 95 Betten je 100 000 Einwohner. Demgegenüber bildete das Saarland mit lediglich 58 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung das Schlusslicht.

16.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2006 waren knapp 1,1 Mio. Personen in den Krankenhäusern einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten beschäftigt. Die im Vergleich zum Vorjahr 1 300 Beschäftigten mehr entsprechen einem Personalzuwachs um 0,1%. Diese Entwicklung traf jedoch nicht alle Berufsgruppen gleichermaßen. Im ärztlichen Dienst waren mit gut 135 100 Beschäftigten 2 800 Personen oder 2,1% mehr angestellt als ein Jahr zuvor. Darunter waren 133 600 hauptamtliche Ärzte und knapp 1 500 Zahnärzte. Im nichtärztlichen Dienst (ohne Personal der Ausbildungsstätten und ohne Schüler/Auszubildende) reduzierte sich dagegen die Anzahl der Beschäftigten gegenüber 2005 um 1 600, das Personal der Ausbildungsstätten ging um 100 Beschäftigte zurück und die Zahl der Schüler und Auszubildenden stieg gegenüber dem Vorjahr um 300.

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 rund 792 000 Vollkräfte, von denen knapp 124 000 im ärztlichen Dienst und gut 299 000 im Pflegedienst arbeiteten. Die Gesamtzahl der Vollkräfte verringerte sich um 0,5%. Aller-

Tabelle 16-7

Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2006

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	620	563	610	584	603	847	684	577	601	534	693	633	698	631	685	549	695
Allgemeine Fachabteilungen	543	488	535	514	531	752	606	505	527	466	606	562	640	556	604	450	622
Augenheilkunde	7	7	7	9	4	13	11	5	6	6	7	6	12	7	7	5	6
Chirurgie	137	127	142	119	130	162	149	124	111	125	153	149	139	133	140	114	141
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	48	50	46	38	46	59	47	46	42	42	53	52	50	47	49	35	50
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	14	14	12	14	30	18	16	19	13	15	17	18	13	18	8	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	5	7	5	4	8	6	5	6	5	6	2	6	7	8	5	11
Herzchirurgie	5	4	4	5	5	12	8	5	6	4	4	5	4	6	6	4	7
Innere Medizin	205	173	196	210	203	282	211	190	200	170	237	207	236	218	236	175	236
Kinderchirurgie	2	2	3	4	-	5	5	1	7	1	3	1	3	3	4	1	3
Kinderheilkunde	24	22	22	23	27	40	29	18	34	19	27	22	34	30	38	18	31
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	3	2	2	4	2	8	4	2	5	3	4	2	4	2	2	3	3
Neurochirurgie	8	5	8	9	7	17	12	7	11	9	8	7	10	6	10	10	10
Neurologie	24	23	21	23	25	35	33	28	26	24	25	24	46	21	25	21	29
Nuklearmedizin	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
Orthopädie	29	26	32	25	28	53	16	29	26	22	31	31	33	30	26	29	42
Plastische Chirurgie	2	2	3	3	0	2	2	2	-	3	3	4	2	1	3	1	-
Strahlentherapie	4	4	3	5	6	5	5	3	6	3	4	3	8	5	4	2	7

Tabelle 16-7

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
Urologie	19	16	18	15	17	13	21	18	17	16	22	23	19	22	22	12	22
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	6	5	7	6	9	8	26	7	4	1	3	7	6	5	5	7	5
Psychiatrische Fachabteilungen	77	74	75	70	72	95	78	72	73	68	87	71	58	75	82	99	73
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6	5	3	5	8	6	5	7	10	7	6	4	4	9	12	9	11
Psychiatrie und Psychotherapie	64	60	53	60	63	86	69	63	60	58	79	59	53	62	62	78	61
Psychotherapeutische Medizin	7	10	18	5	-	3	4	2	3	3	2	7	-	4	7	13	1

- = nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5, aber größer Null

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

dings war auch hinsichtlich der Vollkräfte das ärztliche Personal nicht vom Rückgang betroffen; die Anzahl ärztlicher Vollkräfte nahm sogar um 1,7% zu.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen zum Geschlecht und zum Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten. 39,4% der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2006 Frauen (siehe Tabelle 16–8). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um 1,3 Prozentpunkte, gegenüber 1996 sogar um 7,1 Prozentpunkte. Mit steigender funktionaler Stellung nahm der Anteil der Ärztinnen jedoch ab. Während annähernd die Hälfte der Assistenzärzte (48,2%) Frauen waren, lag ihr Anteil an den leitenden Ärzten bei nur noch 8,5%.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch die Art der Beschäftigungsverhältnisse und des Beschäftigungsumfangs. 1996 waren 12,9% der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 2006 war es bereits jede vierte Frau (26,4%). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 2,0% auf 5,5%. Insgesamt gab es gut 18 000 (13,7%) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2006 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Mit 858 000 Beschäftigten lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Mitarbeiter der Krankenhäuser fünfeinhalb Mal höher als die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten waren im Pflegedienst tätig (45,8%). An zweiter Stelle folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Krankengymnasten, Apothekenpersonal, Logopäden) mit 18,3% und der Funktionsdienst (z. B. Operationsdienst, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankentransportdienst) mit 12,2%.

Der Frauenanteil beim nichtärztlichen Personal war 2006 mit 80,1% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil weiblicher Beschäftigter beim ärztlichen Personal (39,4%). Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (86,5%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 93,6% und 85,4%. 42,9% aller nichtärztlichen Beschäftigten waren 2006 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 1996 waren es gerade mal 31,1%.

Zusammenfassend gibt Abbildung 16–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2006. Als Grundlage wurden die 792 000 Vollkräfte gewählt.

Die Personalstruktur variierte je nach Krankenhaussträger. Bei den Krankenhäusern öffentlicher Träger gehörten 16,0% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren dies 15,1%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (40,7%) und am niedrigsten bei den öffentlichen Krankenhäusern mit 36,0% (siehe auch Zusatztabelle 16–c im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Die Ermittlung einer Personalkennzahl ist nicht einfach und verschiedensten Limitationen unterworfen. Im Folgenden wird eine Kennzahl ermittelt, die die vollstationären Berechnungs- und Belegungstage ins Verhältnis zur Anzahl der Vollkräfte setzt. Sie bezieht sich ausschließlich auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Die ermittelte Kennzahl besagt, wie viele Behandlungstage eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu erbringen hatte. Tabelle 16–9 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2006 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Pati-

Tabelle 16-8
Frauen- und Teilzeitanteil 1996 bis 2006

Jahr	Hauptamtliche Ärzte ¹⁾					Nichtärztliches Personal ²⁾				
	Insgesamt	darunter Frauen	Frauenanteil	Teilzeitanteil	Teilzeitbeschäftigte insgesamt	Insgesamt	darunter Frauen	Frauenanteil	Teilzeitanteil	Teilzeitbeschäftigte insgesamt
	Anzahl	Anzahl	in %	in %	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in %	in %	Anzahl
1996	104 746	33 802	32,3	5,5	5 788	935 071	753 311	80,6	31,1	290 821
1997	106 338	34 579	32,5	6,2	6 569	918 078	738 838	80,5	31,9	292 892
1998	108 367	35 464	32,7	6,8	7 323	911 216	732 458	80,4	32,8	298 516
1999	109 888	36 278	33,0	7,5	8 252	903 155	725 468	80,3	33,5	302 541
2000	111 580	37 106	33,3	7,6	8 474	897 401	721 142	80,4	34,7	311 730
2001	113 593	38 572	34,0	8,3	9 471	899 420	723 132	80,4	36,0	324 099
2002	116 061	40 334	34,8	10,6	12 301	907 871	723 794	79,7	36,9	335 262
2003	118 486	42 170	35,6	12,2	14 502	890 122	711 320	79,9	38,6	343 725
2004	129 817	48 609	37,4	12,3	15 998	868 048	694 980	80,1	40,3	349 404
2005	131 115	50 004	38,1	13,1	17 139	859 709	688 666	80,1	41,8	359 248
2006	133 649	52 598	39,4	13,7	18 352	858 088	687 692	80,1	42,9	367 694

¹⁾ Ohne Ärzte im Praktikum (AIP) und Zahnärzte. Seit 01.10.2004 gibt es keine AIPs mehr. In der Einrichtung weiter Beschäftigte (i. d. R. als Assistenzärzte) sind ab 2004 in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten.

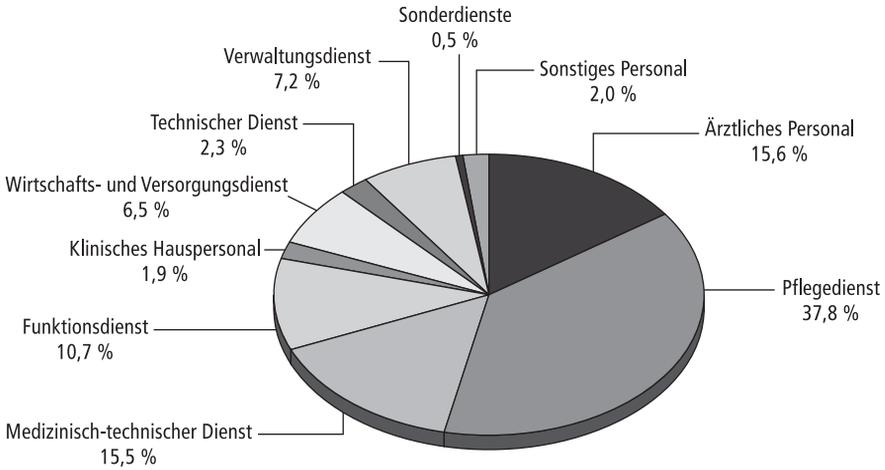
²⁾ Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 16–5

Personalstruktur der Krankenhäuser 2006 (Vollkräfte)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

enten betrauten Personalgruppen. Eine Vollkraft im Pflegedienst erbrachte z. B. im Jahresdurchschnitt 475 vollstationäre Behandlungstage. Für jeden vollstationären Behandlungstag, den ein Patient in der Einrichtung verbringt, wird auch ein Bett belegt. Demnach hatte eine Vollkraft im Pflegedienst pro Kalendertag durchschnittlich 1,3 belegte Betten zu versorgen.

Die Personalkennzahl variiert je nach Personalgruppe. Der betreuungsintensive Pflegedienst ist durch eine niedrige Personalkennzahl gekennzeichnet. Demgegenüber erbrachte eine ärztliche Vollkraft 2006 im Jahresdurchschnitt 1 150 Behandlungstage. Dies entsprach der Betreuung von durchschnittlich 3,2 belegten Betten pro Kalendertag.

Darüber hinaus sind regionale Unterschiede erkennbar: Mit durchschnittlich 873 Behandlungstagen erbrachte eine ärztliche Vollkraft in Berlin 2006 die wenigsten Behandlungstage, gefolgt von Hamburg mit 928 Behandlungstagen. Im angrenzenden Brandenburg war diese Personalkennzahl mit 1 347 Behandlungstagen deutlich höher. Ein möglicher Grund für die niedrigen Werte in Berlin und Hamburg kann die Personalbindung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung und Lehre sein, deren relative Bedeutung innerhalb der Krankenhauslandschaft der Stadtstaaten grundsätzlich höher ist.

Tabelle 16-9
Anzahl der durchschnittlich zu betreuenden belegten Betten je Vollkraft im Jahr 2006 (Personalbelastungszahl)¹⁾

Bundesland	Personal insgesamt		darunter ärztlicher Dienst ²⁾		darunter Pflegepersonal med.-techn. Dienst		Personal insgesamt		darunter vom Pflegepersonal med.-techn. Dienst	
	ärztlicher Dienst ²⁾	Pflegepersonal	ärztlicher Dienst ²⁾	Pflegepersonal	ärztlicher Dienst ²⁾	Pflegepersonal	ärztlicher Dienst ²⁾	Pflegepersonal	ärztlicher Dienst ²⁾	Pflegepersonal
Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Betten ²⁾										
	1 150	475	1 160	1 160	-3,3	-0,6	-1,1	-3,3	-0,6	-1,5
Deutschland	180	475	1 160	1 160	-3,3	-0,6	-1,1	-3,3	-0,6	-1,5
Baden-Württemberg	159	450	952	952	-4,0	-0,9	-1,8	-4,0	-0,9	-4,5
Bayern	175	473	1 167	1 167	-3,8	-2,2	-2,5	-3,8	-2,2	-3,2
Berlin	159	468	890	890	-1,4	0,4	1,1	-1,4	0,4	0,3
Brandenburg	213	516	1 522	1 522	-2,9	-0,0	-0,4	-2,9	-0,0	-0,6
Bremen	159	407	1 120	1 120	-7,3	-0,9	-2,7	-7,3	-0,9	-2,1
Hamburg	171	445	1 111	1 111	-1,6	-0,3	-1,0	-1,6	-0,3	0,4
Hessen	178	465	1 184	1 184	-2,7	0,9	0,6	-2,7	0,9	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	175	486	1 019	1 019	-0,7	0,9	1,9	-0,7	0,9	3,1
Niedersachsen	179	474	1 162	1 162	-6,0	1,2	-1,5	-6,0	1,2	-3,5
Nordrhein-Westfalen	191	490	1 255	1 255	-2,7	-0,7	-1,0	-2,7	-0,7	-1,2
Rheinland-Pfalz	180	464	1 298	1 298	-2,6	-1,4	-0,8	-2,6	-1,4	-0,9
Saarland	164	427	1 124	1 124	-2,5	-0,9	-1,0	-2,5	-0,9	-0,7
Sachsen	198	502	1 339	1 339	-4,4	-1,6	-1,6	-4,4	-1,6	0,8
Sachsen-Anhalt	185	462	1 095	1 095	0,2	0,5	0,5	0,2	0,5	-0,5
Schleswig-Holstein	184	494	1 156	1 156	-4,0	-0,7	-1,6	-4,0	-0,7	0,9
Thüringen	200	512	1 337	1 337	-4,1	-1,3	-1,2	-4,1	-1,3	-1,4

¹⁾ Die Personalbelastungszahl bezieht sich nur auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Ambulante und teilstationäre Leistungen fließen nicht in diese Maßzahl ein.

²⁾ Berechnung: Berechnungs-/Belegungstage dividiert durch Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Sie gibt an, wie viele vollstationär belegte Betten (= Berechnungs-/Belegungstage) eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu betreiben hatte.

³⁾ Ohne nichthauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

16.4 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 unterschiedlicher Tiefe abgebildet, wobei der herkömmlichen vollstationären Behandlung das Hauptinteresse gilt.

16.4.1 Vollstationäre Behandlungen

16,8 Mio. vollstationär behandelte Patienten¹¹ wurden im Berichtsjahr 2006 gezählt. Das sind knapp 300 000 oder 1,8 % mehr gegenüber dem berichtigten Vorjahresergebnis¹². Erstmals ist damit eine Unterbrechung des seit 2002 beobachteten Trends rückläufiger Fallzahlen eingetreten. Möglicherweise ist diese Trendwende durch die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen, können Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch Auswirkungen auf die Zahl der Krankenhausfälle haben. 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 2006 ergab sich eine altersstandardisierte Rate von 19 651 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner¹³. Damit lag die standardisierte Fallzahl um 0,1 % über der des Vorjahres (19 629). Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 17 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2006 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage¹⁴ ging um 0,7 % zurück. Hier kann ein Zusammenhang mit der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems gesehen werden. Gegenüber dem bisherigen Abrechnungssystem nach tagesgleichen Pflegesätzen besteht kein finanzieller Anreiz mehr, die Aufenthaltsdauer der Patienten zu verlängern. Ein Krankenhausaufenthalt

11 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.

12 Die erstmalige, allerdings nicht flächendeckende Erfassung von gesunden Neugeborenen im Berichtsjahr 2005 wird ab dem Berichtsjahr 2006 nicht weiter verfolgt. Künftig werden einheitlich im Rahmen der Krankenhausgrunddaten keine Angaben zu gesunden Neugeborenen mehr erhoben. Für einen plausiblen Vorjahresvergleich wurden die Ergebnisse des Jahres 2005 berichtet, soweit in den Angaben gesunde Neugeborene berücksichtigt waren (s. a. Vorbemerkung 18.1).

13 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ (Ergebnis der letzten Volkszählung).

14 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 Bundespflegesatzverordnung.

dauerte im Jahr 2006 durchschnittlich 8,5 Tage¹⁵. Dies waren 0,2 Tage weniger als im Vorjahr und 2,3 Tage weniger als 1996.

16.4.2 Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen

Neben den vollstationären Behandlungen werden seit 2002 auch einzelne Sachverhalte für den Bereich der teil-, vor- und nachstationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik detaillierter erfasst¹⁶.

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden umfasst. Sie wird vorwiegend in einer Tages- oder Nachtambulanz angeboten. Die Patienten verbringen dabei nur den entsprechenden Tagesabschnitt im Krankenhaus, die restliche Zeit aber außerhalb. 2006 wurden in den Krankenhäusern insgesamt knapp 624 000 teilstationäre Behandlungen¹⁷ durchgeführt. Dies waren 18,3 % mehr als im Jahr zuvor. Mehr als die Hälfte (56,8 %) aller teilstationären Behandlungen fand in der Inneren Medizin statt. Innerhalb dieses Fachbereichs entfiel ein gutes Drittel (34,4 %) aller Behandlungen auf das Teilgebiet Nephrologie (z. B. Dialyse), weitere 22,9 % 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 2,3 Mio. Behandlungsfälle im Jahr 2006 gezählt, 302 000 bzw. 15,4 % mehr als 2005. Vorstationäre Behandlungen werden vorwiegend in den Fachabteilungen Chirurgie (33,1 %), Innere Medizin (23,2 %) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,6 %) durchgeführt.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit insgesamt 703 000 Behandlungen stieg ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 7,5 %. Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (39,8 %).

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2006 um gut 3,6 Mio. Fälle.

15 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

16 Vor Inkrafttreten der Ersten Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

17 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 (Bundespflegesatzverordnung), die mit einem gesonderten Pflegesatz abgerechnet werden.

Tabelle 16–10

Behandlungsformen 2006

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr			Veränderung 2006 gegenüber	
	2006	2005	2004	2005	2004
	Anzahl			in %	
Behandlungsfälle¹⁾					
– vollstationär	16 832 883	16 539 398	16 801 649	1,8	0,2
– teilstationär	623 657	527 213	511 137	18,3	22,0
– vorstationär	2 266 670	1 965 027	1 670 652	15,4	35,7
– nachstationär	703 488	654 277	661 274	7,5	6,4
Ambulante Operationen	1 513 716	1 371 708	1 160 573	10,4	30,4

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 2008/2009

WIdO

16.4.3 Ambulante Operationen

Seit 2002 wird in der Krankenhausstatistik 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 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen festgelegt ist.

Annähernd zwei Drittel aller Krankenhäuser (62,5%) führten 2006 ambulante Operationen durch. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der ambulant operierten Patienten und Patientinnen um 142 000 (10,4%) auf insgesamt 1,5 Mio. Die dynamische Entwicklung dieses Leistungsbereichs macht den Wandel im Leistungsspektrum der Krankenhäuser deutlich (Tabelle 16–10).

16

16.5 Psychiatrische Krankenhäuser

Von insgesamt 2 104 Krankenhäusern im Jahr 2006 waren 235 Psychiatrische Einrichtungen mit insgesamt 38 500 Betten, in denen Patientinnen und Patienten ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch und neurologisch behandelt wurden¹⁸.

Im Vergleich zu 1996 hat sich die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser um 40 Einrichtungen erhöht. Zugenommen hat vor allem die Zahl kleiner und mittlerer

¹⁸ Betrachtungszeitraum sind die Berichtsjahre 1996 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.

Häuser mit weniger als 100 bzw. 100 bis 199 Betten, die zusammen mehr als zwei Drittel (68,9%) aller psychiatrischen Krankenhäuser ausmachten. Im gleichen Zeitraum 1996 bis 2006 verringerte sich die Zahl der aufgestellten Betten um 3 100 (7,5%). Die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung sank damit von 213 Betten im Jahr 1996 auf nur noch 164 Betten im Jahr 2006. Während des gesamten Betrachtungszeitraums lag die durchschnittliche Bettenauslastung der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich über der Allgemeiner Krankenhäuser (80,3% in 1996, 2006 nur noch 75,1%) und erreichte im Jahr 2006 mit 90,5% ihren bislang höchsten Wert. Allein gegenüber dem Vorjahr stieg die Bettenauslastung nochmals um 1,1 Prozentpunkte. Die als Indikator einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung angestrebte Bettenauslastung von 85% wird in den Psychiatrischen Krankenhäusern seit 1996 regelmäßig überschritten.

Die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage lag mit 12,7 Mio. 2006 nur geringfügig (-330 000) unter dem Ergebnis des Jahres 1996. Zugleich stieg die Zahl der vollstationär behandelten Patienten um 174 600 (+54,8%) auf 493 400. Dies führte zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten um rund ein Drittel (-36,9%): Dauerte im Jahr 1996 der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus durchschnittlich 40,9 Tage, waren es 2006 nur noch 25,8 Tage.

Der Abbau von Kapazitäten wird auch mit Blick auf die Personalausstattung der Psychiatrischen Krankenhäuser deutlich. Die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte ging im Zeitraum 1996 bis 2006 um 5 500 von 48 000 auf rund 42 500 zurück. Allein im Pflegedienst, in dem mehr als die Hälfte (55,8%) der nichtärztlichen Vollkräfte beschäftigt ist, war ein Rückgang um 3 200 auf verbleibende 23 700 Kräfte zu verzeichnen. Demgegenüber stieg die Zahl der ärztlichen Vollkräfte seit 1996 um 900 auf knapp 5 200 Beschäftigte. Der im Vergleich zum Vorjahr festzustellende Rückgang der Vollkräfte insgesamt um 560 Vollkräfte ging ausschließlich zu Lasten des nichtärztlichen Personals (Tabelle 16–11).

16.6 Kosten der Krankenhäuser

Im Rahmen der ersten Novellierung der KHStatV änderte sich erneut das Kostenermittlungsprinzip¹⁹. Seit 2002 werden wieder die (Brutto-)Gesamtkosten der Krankenhäuser erhoben, in denen sowohl die Kosten für stationäre als auch für nicht stationäre Leistungen (z. B. für Ambulanz, Forschung und Lehre, wahlärztliche Leistungen) enthalten sind. Die Aufwendungen für Personal und Sachmittel im ab-

19 Hinsichtlich einzelner Kostenarten sind die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 und ab 2002 vergleichbar, in denen die Kosten der Krankenhäuser nach dem Bruttoprinzip ermittelt wurden. Demgegenüber erfolgte in den Jahren 1996 bis 2001 die Kostenermittlung nach dem Nettoprinzip. In den Nettokosten waren keine nicht-pflegesatzfähigen Kosten (z. B. Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Hilfsbetriebe, wissenschaftliche Forschung und Lehre, ambulante Leistungen von Ärzten des Krankenhauses, Ambulanz des Krankenhauses, Kosten der Arztausbildung bei Lehrkrankenhäusern) enthalten. Der 10-Jahres-Vergleich (Ergebnisse des Berichtsjahres 1996) ist deshalb nur in Bezug auf bereinigte Kosten möglich.

Tabelle 16-11
Eckdaten der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten*

Gegenstand der Nachweisung	2006	2005	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Anzahl der Krankenhäuser	235	234	196	194	192	195	200	195
Krankenhäuser mit ... Betten								
– unter 100	97	95	72	70	70	73	80	73
– 100–199	65	64	50	51	49	47	41	39
– 200–499	67	68	66	65	65	65	68	69
– 500 und mehr	6	7	8	8	8	10	11	14
Aufgestellte Betten	38 481	38 869	36 438	36 537	36 322	37 859	39 511	41 594
Bettenauslastung	90,5	89,4	89,0	88,5	88,2	86,1	85,1	85,6
Stationär beh. Patienten	493 430	494 808	422 728	400 735	377 885	360 014	341 263	318 822
Berechnungs-/Belegungstage	12 706 439	12 683 673	11 831 520	11 836 216	11 689 440	11 899 976	12 271 729	13 034 179
Durchsch. Verweild. in Tagen	25,8	25,6	28,0	29,5	30,9	33,1	36,0	40,9
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	47 673	48 230	46 475	46 369	45 750	47 102	48 188	52 321
davon: – Ärztliches Personal	5 156	5 119	4 301	4 261	4 049	4 112	4 158	4 247
– Nichtärztliches Personal	42 517	43 112	42 174	42 108	41 701	42 990	44 031	48 073
davon: – Pflegedienst	23 727	24 063	24 024	24 011	23 690	24 326	24 781	26 908
dar.: in der Psychiatrie tätig	21 980	22 433	22 581	22 690	22 278	22 743	23 441	25 586
– Med.-tech. Dienst	6 193	6 154	5 300	5 217	5 137	5 134	5 238	5 525
– Funktionsdienst	2 298	2 353	2 291	2 278	2 214	2 282	2 326	2 633
– Übriges Personal	10 299	10 541	10 559	10 602	10 660	11 248	11 686	13 007

* 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 psychiatrischen, psychotherapeutischen oder neurologischen Betten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

gelaufenen Geschäftsjahr sind der Krankenhausbuchführung zu entnehmen, der ein einheitlicher Kontenrahmen zugrunde liegt. Die nicht stationären Kostenanteile müssen nicht exakt kalkuliert sein, sondern können aus Vereinfachungsgründen geschätzt werden. Sie werden als Abzüge von den (Brutto-)Gesamtkosten subtrahiert. Nur auf Basis der so ermittelten bereinigten Kosten sind sinnvolle Vergleiche über unterschiedliche, seit 1991 wechselnde Kostenermittlungsprinzipien möglich.

Die (Brutto-)Gesamtkosten der Krankenhäuser erhöhten sich im Vergleich zum Vorjahr um 2,9% auf 66,2 Mrd. Euro im Jahr 2006. Knapp zwei Drittel, das sind 41,2 Mrd. Euro, entfielen auf Personalkosten. Hier lag die Kostensteigerung gegenüber 2005 bei 0,6%. Deutlich stärker, nämlich um 5,9%, nahmen die Sachkosten zu, die sich auf 24,0 Mrd. Euro beliefen. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen. Tabelle 16–12 gibt einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten nach Kostenarten.

Neben den Kosten der Krankenhäuser werden auch die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten erfasst. Im Jahr 2006 betragen diese zusätzlich 0,6 Mrd. Euro.

Knapp 60% der Krankenhauskosten insgesamt entfielen auf Häuser in öffentlicher, 30% auf solche in freigemeinnütziger und lediglich 12% auf Häuser in privater Trägerschaft. Das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten ist bei den öffentlichen und den freigemeinnützigen Krankenhäusern in etwa gleich: 62% bzw. 63% Personalkosten und 36% bzw. 35% Sachkosten. Im Vergleich dazu lag bei den privaten Häusern der Personalkostenanteil bei nur 59% gegenüber einem Sachkostenanteil von 39%.

Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser, das sind die (Brutto-)Gesamtkosten abzüglich der Kosten für nicht stationäre Leistungen, betragen 58,1 Mrd. Euro. Sie lagen damit um 2,4% über denen von 2005 und überstiegen die bereinigten Kosten des Jahres 1996 um ein Fünftel (20,1%).

Setzt man die bereinigten Kosten in Beziehung zur Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle, so entstanden den Krankenhäusern 2006 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 3 450 Euro je Fall. Das waren 20 Euro (0,6%) mehr als 2005²⁰.

Die Höhe der bereinigten Kosten je Krankenhausfall variiert zwischen den Bundesländern. Die Stadtstaaten rangierten dabei auf den vorderen Rängen: Hamburger Krankenhäuser hatten mit 4 024 Euro die höchsten Kosten je vollstationären Fall, gefolgt von Berlin (3 919 Euro) und Bremen (3 782 Euro). Das hohe Niveau der bereinigten Kosten je Fall wird in Hamburg und Berlin ganz wesentlich durch das spezielle, im Allgemeinen kostenintensivere Behandlungsspektrum der Universitätskliniken beeinflusst. Dies wird deutlich an den überdurchschnittlich hohen Personal- und Sachkosten. Bei den Flächenstaaten wiesen die Krankenhäuser des Saarlands mit 3 852 Euro je Fall die höchsten Kosten auf. Am niedrigsten waren sie in Mecklenburg-Vorpommern (2 920 Euro) und Brandenburg (3 095 Euro). Gegenüber dem Vorjahr haben sich in sieben von sechzehn Bundesländern die durchschnittlichen bereinigten Kosten verringert; der stärkste Rückgang (–3,7%) ergab sich in

20 Durchschnittliche bereinigte Kosten je Behandlungsfall 2005 ohne Berücksichtigung der gesunden Neugeborenen.

Tabelle 16-12
Brutto-Gesamtkosten nach Kostenarten 2006

Kostenart ¹⁾	Insgesamt in 1 000 EUR	Anteil an den Brutto-Gesamt- kosten	Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr	Brutto-Kosten je vollstationärem Berechnungs-/ Belegungstag	
				in EUR	Fall
Personalkosten insgesamt	41 217 848	62,3	0,6	2 449	290
Ärztlicher Dienst	10 705 285	16,2	3,0	636	75
Pflegedienst	13 885 698	21,0	-0,9	825	98
Medizinisch-technischer Dienst	5 527 234	8,4	0,1	328	39
Funktionsdienst	3 984 887	6,0	1,3	237	28
Klinisches Hauspersonal	442 167	0,7	-6,2	26	3
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1 797 062	2,7	-4,2	107	13
Technischer Dienst	847 591	1,3	-0,7	50	6
Verwaltungsdienst	2 722 900	4,1	0,5	162	19
Sonderdienste	204 960	0,3	-1,3	12	1
Sonstiges Personal	313 273	0,5	0,9	19	2
Nicht zurechenbare Personalkosten	786 791	1,2	15,9	47	6
Sachkosten insgesamt	23 964 796	36,2	5,9	1 424	169
Lebensmittel	1 353 586	2,0	5,3	80	10
Medizinischer Bedarf	11 394 940	17,2	5,2	677	80
dar.: Arzneimittel	2 732 299	4,1	5,6	162	19
Blut, Blutkonserven und -plasma	655 945	1,0	4,8	39	5
Verband-, Heil-, Hilfsmittel	235 070	0,4	1,2	14	2
Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente	1 264 175	1,9	5,4	75	9
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1 354 391	2,0	4,0	80	10
Laborbedarf	907 339	1,4	-0,1	54	6
Wasser, Energie, Brennstoffe	1 664 893	2,5	10,8	99	12

Tabelle 16-12
Fortsetzung

Kostenart ¹⁾	Insgesamt in 1 000 EUR	Anteil an den Brutto-Gesamt- kosten		Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr	Brutto-Kosten je vollstationärem Berechnungs-/ Belegungstag	
		in %	in %		Fall	in EUR
Wirtschaftsbedarf	2 309 769	3,5	3,5	3,4	137	16
Verwaltungsbedarf	1 542 228	2,3	2,3	6,2	92	11
Zentrale Verwaltungsdienste	506 827	0,8	0,8	-0,2	30	4
Zentrale Gemeinschaftsdienste	219 154	0,3	0,3	19,9	13	2
Versicherungen und sonstige Abgaben	658 714	1,0	1,0	3,8	39	5
Pflegesatzfähige Instandhaltung	2 891 773	4,4	4,4	4,7	172	20
Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter	59 430	0,1	0,1	-0,1	4	0
Sonstiges	1 363 483	2,1	2,1	16,5	81	10
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	262 400	0,4	0,4	18,3	16	2
Steuern	99 970	0,2	0,2	33,5	6	1
Kosten der Krankenhäuser insgesamt	65 545 014	99,0	99,0	2,6	3 894	461
Kosten der Ausbildungsstätten	634 347	1,0	1,0	38,8	38	4
Brutto-Gesamtkosten	66 179 361	100,0	100,0	2,9	3 932	465
Abzüge insgesamt	8 098 683	12,2	12,2	6,6	481	57
Ambulanz	2 671 266	4,0	4,0	7,9	159	19
Wissenschaftliche Forschung und Lehre	2 225 233	3,4	3,4	-2,1	132	16
Sonstige Abzüge	3 202 184	4,8	4,8	12,3	190	23
Bereinigte Kosten	58 080 678	87,8	87,8	2,4	3 450	408

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
 Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Tabelle 16-13

Brutto-Gesamtkosten je vollstationären Behandlungsfall 2006 nach Ländern

Bundesland	Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser ¹⁾										Abzüge	Bereinigte Kosten	
	Insgesamt	Kosten der Krankenhäuser				Steuern							
		Kosten der Ausbil- dungs- stätten	zusam- men		zusam- men	Sachkosten		Zinsen u. ähnliche Aufwen- dungen	Steuern				
			darunter	darunter		darunter	darunter						
	zusam- men	ärztlicher Dienst	Pflege- dienst	zusam- men	darunter medizin. Bedarf								
	in EUR												
Deutschland	3932	38	3894	2449	636	825	1424	677	16	6	481	3450	
Baden-Württemberg	4338	49	4289	2772	705	899	1493	737	15	8	698	3640	
Bayern	3939	31	3908	2479	612	844	1409	698	15	6	408	3532	
Berlin	4669	35	4634	2737	771	810	1877	772	15	4	750	3919	
Brandenburg	3218	27	3191	1952	527	717	1214	572	17	7	123	3095	
Bremen	4190	42	4148	2744	728	929	1390	692	12	2	408	3782	
Hamburg	4893	40	4854	2823	814	862	1962	833	67	2	869	4024	
Hessen	3927	28	3899	2415	606	839	1461	698	17	6	407	3520	
Mecklenburg-Vorpommern	3248	13	3234	1991	550	643	1219	610	12	12	328	2920	
Niedersachsen	4020	104	3916	2541	647	855	1357	638	13	5	538	3482	
Nordrhein-Westfalen	3884	30	3855	2444	639	834	1391	642	14	5	531	3353	
Rheinland-Pfalz	3713	25	3688	2406	627	834	1262	608	16	4	392	3321	
Saarland	4223	45	4178	2653	649	967	1509	752	15	1	370	3852	
Sachsen	3383	22	3361	1980	528	690	1360	675	6	14	261	3121	
Sachsen-Anhalt	3659	22	3638	2260	582	779	1369	693	6	3	291	3368	
Schleswig-Holstein	3892	46	3846	2361	647	809	1463	687	18	3	473	3419	
Thüringen	3434	6	3429	2109	582	698	1293	631	21	6	308	3126	

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.

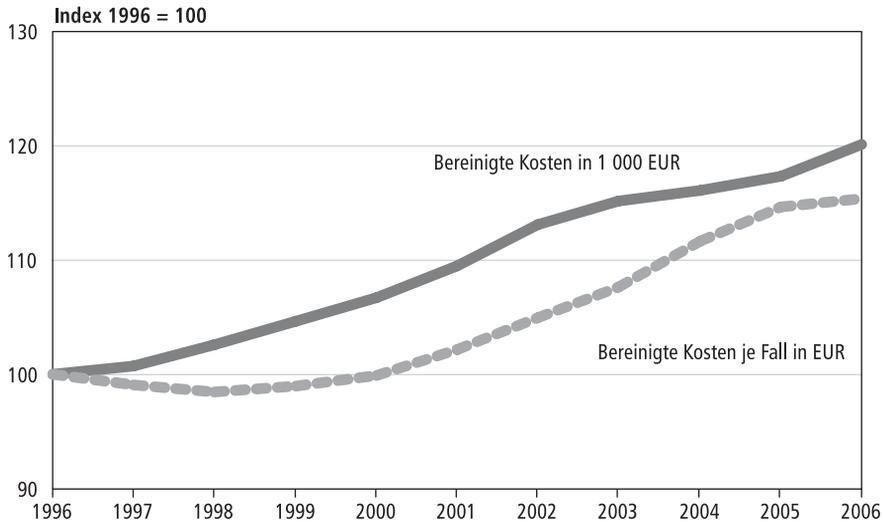
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 16–6

Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Krankenhausfall 1996–2006



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Hamburg. Die deutlichste Kostensteigerung im Vergleich zu 2005 betrug 3,0% in Niedersachsen.

Zusätzlich zur regionalen Betrachtung der bereinigten Kosten stellt Tabelle 16–13 die (Brutto-)Gesamtkosten nach Kostenarten dar. So hatten die Krankenhäuser Brandenburgs mit durchschnittlich 1 952 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall. In Hamburg betragen demgegenüber die Personalkosten je Fall 2 823 Euro. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1 214 Euro ebenfalls in Brandenburg an. Im Vergleich dazu lagen die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern um 61,6% höher, nämlich bei 1 962 Euro.

Im Vergleich zu den bereinigten Kosten je Krankenhausfall (+15,3%) sind die bereinigten Kosten insgesamt während des Betrachtungszeitraums deutlich stärker gestiegen (+20,1%). Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch die Zahl der vollstationären Fälle 2006 gegenüber 1996 um 4,1% zugenommen hat (Abbildung 16–6).

This page intentionally left blank

17 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Kranken- hauspatienten 2006

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 2006. 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 2006 waren dies insgesamt 17,14 Millionen Patienten. Damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich leicht 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 hospital diagnosis statistics reflect all inpatient cases in Germany. This article describes the 2006 results. These official statistics are carried out annually since 1993 and include all hospitals in Germany. Hospitals are obliged to disclose information. All inpatients discharged from hospital in the respective year are registered. In 2006, 17.14 million patients were discharged. This is the first time since 2002 that the number of patients has increased. Diagnoses are categorized according to important indicators such as main diagnosis, age, gender, average length of stay and hospital unit. Due to gender- and age-specific morbidity frequencies, some of the data are standardized in order to eliminate demographic effects. This allows statements independent from the actual age and gender structure of the population.

17

17.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahres 2006 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 fallpauschalenbe-

zogene Krankenhausstatistik (DRG) erfasst. Zusätzlich werden seit 2003 auch die Diagnosedaten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten erhoben (vgl. Kapitel 16, 18 und 19).

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.

17.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2006 wurden insgesamt mehr als 17 Millionen vollstationäre Krankenhausfälle in der Krankenhausdiagnosestatistik erfasst. Es handelt sich hierbei um alle Krankenhausfälle inklusive Sterbe- und Stundenfälle und gesunde Neugeborene. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass (wenn auch nur leicht) erstmals seit 2002 die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle 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. Dieser Rückgang wurde nun wieder gestoppt, die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle liegt 2006 um über 100 000 höher als noch 2005. 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. Diagnosedaten 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 155 Fälle auf 20 735 Fälle je 100 000 Einwohner, wobei es im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern einen Anstieg um 0,6 % und bei den Frauen um 1 % gab.

Ob es sich bei diesen Daten um Effekte der demographischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten³: Zwischen 2000 und 2006 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle sowohl insgesamt zurückgegangen (um 3,2 %) als auch bei den jeweiligen Geschlechtern rückläufig. Die Zahl der Behandlungsfälle bei Frauen ist sogar um 4,5 % auf 21 144 gesunken, die der Männer um 2,1 % auf 17 753 Behandlungsfälle. Dabei ist die Veränderung der standardisierten Behandlungsfälle verglichen mit den Vorjahren unterschiedlich stark ausgefallen. Bei den Frauen ist diese Rate kontinuierlich auf größer werdendem Niveau zurückgegangen, 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.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass der direkte Vergleich zwischen Männern und Frauen nur begrenzt 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 von Kostenreduzierungen 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 über einen Tag auf zuletzt durchschnittlich 8,6 Tage im Jahr 2005 gesunken. Die neuen Zahlen des Berichtsjahres 2006 zeigen, dass sich noch kein Sättigungseffekt eingestellt hat – die durchschnittliche Verweildauer ist um 0,2 Tage auf 8,4 Tage gesunken und markiert damit den geringsten Wert seit Erstellung der Statistik. Es ist aber sinnvoll, ein weiteres Indiz für die Bestätigung der These, dass weitere Einsparpotenziale zu erwarten sind, heranzuziehen: die Zahl der Kurzlieger (1 bis 3 Tage im Krankenhaus). Die Entwicklung der Anzahl der Kurzlieger 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 ist deutlich innerhalb der letzten Jahre zu beobachten. Auch beim Vergleich der Jahre 2006 und 2005 ist dies zu beobachten: Die Zahl der Kurzlieger ist parallel zur Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer um 4,3 % auf über 5,6 Millionen gestiegen (Tabelle 17–1).

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich somit ein uneinheitliches Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle steigt leicht, die Verweildauer hingegen konnte nach einer Stagnation in den letzten beiden Jahren wieder gesenkt werden, parallel dazu ist die Zahl der Kurzlieger angestiegen. Inwieweit dies Auswirkungen auf den ambulanten Sektor hat (bspw. in Form einer Verschiebung dorthin), kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (Abbildung 17–1).

3 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“, ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 17-1
Kennzahlen der Patienten im Überblick

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr					Veränderung 2006 zu							
	2006 ¹⁾	2005 ¹⁾	2004 ¹⁾	2003	2002	2001	2000	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	Anzahl										in %		
Behandlungsfälle insgesamt²⁾	17 142 476	17 033 775	17 233 624	17 313 222	17 363 164	17 259 596	17 187 527	0,6	-0,5	-1,0	-1,3	-0,7	-0,3
- Männer	7 995 913	7 923 621	7 968 271	7 907 222	7 899 881	7 813 749	7 754 764	0,9	0,3	1,1	1,2	2,3	3,1
- Frauen	9 146 276	9 110 081	9 265 287	9 405 898	9 462 283	9 445 553	9 432 580	0,4	-1,3	-2,8	-3,3	-3,2	-3,0
Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter	17 078 512	16 970 819	17 159 213	17 244 171	17 295 691	17 183 495	17 109 205	0,6	-0,5	-1,0	-1,3	-0,6	-0,2
- Männer	7 960 327	7 889 241	7 929 456	7 871 052	7 864 729	7 774 416	7 713 291	0,9	0,4	1,1	1,2	2,4	3,2
- Frauen	9 118 185	9 081 578	9 229 757	9 373 119	9 430 962	9 409 079	9 395 914	0,4	-1,2	-2,7	-3,3	-3,1	-3,0
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner³⁾	20 735	20 580	20 799	20 897	20 969	20 869	20 817	0,8	-0,3	-0,8	-1,1	-0,6	-0,4
- Männer	19 744	19 553	19 652	19 507	19 510	19 332	19 227	-2,1	-2,6	-1,9	-1,9	-1,0	-0,4
- Frauen	21 685	21 564	21 897	22 226	22 363	22 336	22 333	-2,1	-3,5	-5,0	-5,6	-5,4	-5,4
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner (standardisiert)^{3), 5)}	19 651	19 629	19 962	20 030	20 213	20 230	20 293	0,1	-1,6	-1,9	-2,8	-2,9	-3,2
- Männer	17 753	17 744	17 992	17 859	18 051	18 066	18 130	0,1	-1,3	-0,6	-1,7	-1,7	-2,1
- Frauen	21 144	21 122	21 549	21 821	22 015	22 057	22 134	0,1	-1,9	-3,1	-4,0	-4,1	-4,5
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)⁶⁾	52,5	52,1	51,9	52,7	52,3	51,8	51,3	0,8	1,2	-0,4	0,4	1,4	2,3
- Männer	51,6	51,2	51,0	51,9	51,3	50,8	50,3	0,8	1,2	-0,6	0,6	1,6	2,6
- Frauen	53,2	52,9	52,7	53,5	53,1	52,7	52,2	0,6	0,9	-0,6	0,2	0,9	1,9
Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner³⁾													
- unter 15 Jahre	15 427	15 284	14 678	11 386	11 381	11 559	11 748	0,9	5,1	35,5	35,5	33,5	31,3
- 15 bis unter 45 Jahre	12 361	12 348	12 783	13 512	13 835	13 969	14 146	0,1	-3,3	-8,5	-10,7	-11,5	-12,6

Tabelle 17-1

Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr					Veränderung 2006 zu							
	2006 ¹⁾	2005 ¹⁾	2004 ¹⁾	2003	2002	2001	2000	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	Anzahl												
	in %												
- 45 bis unter 65 Jahre	19 319	19 498	20 319	21 372	21 735	21 802	21 879	-0,9	-4,9	-9,6	-11,1	-11,4	-11,7
- 65 bis unter 85 Jahre	41 772	41 971	42 775	43 665	43 467	43 049	42 781	-0,5	-2,3	-4,3	-3,9	-3,0	-2,4
- 85 Jahre und mehr	61 604	61 171	59 913	61 838	62 305	61 067	59 980	0,7	2,8	-0,4	-1,1	0,9	2,7
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	8,4	8,6	8,6	9,0	9,3	9,4	9,7	-2,3	-2,3	-6,7	-9,2	-10,6	-13,4
Stundenfälle innerhalb eines Tages	493 861	506 891	606 418	687 725	730 578	740 280	777 404	-2,0	-18,1	-27,8	-32,0	-32,9	-36,1
Kurzlieger (1 bis 3 Tage)	5 631 308	5 401 207	5 406 254	5 262 823	5 072 670	4 896 539	4 710 656	4,3	4,2	7,0	11,0	15,0	19,5
Sterbefälle	389 339	392 715	384 805	404 526	399 519	391 408	399 473	-0,9	1,2	-3,8	-2,5	-0,5	-2,5
Erfassungsgrad (in %)	98,9	100,0	100,0	100,1	99,6	99,6	99,6	-1,1	-1,1	-1,2	-0,7	-0,7	-0,7

1) Einschließlich gesunde Neugeborene

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

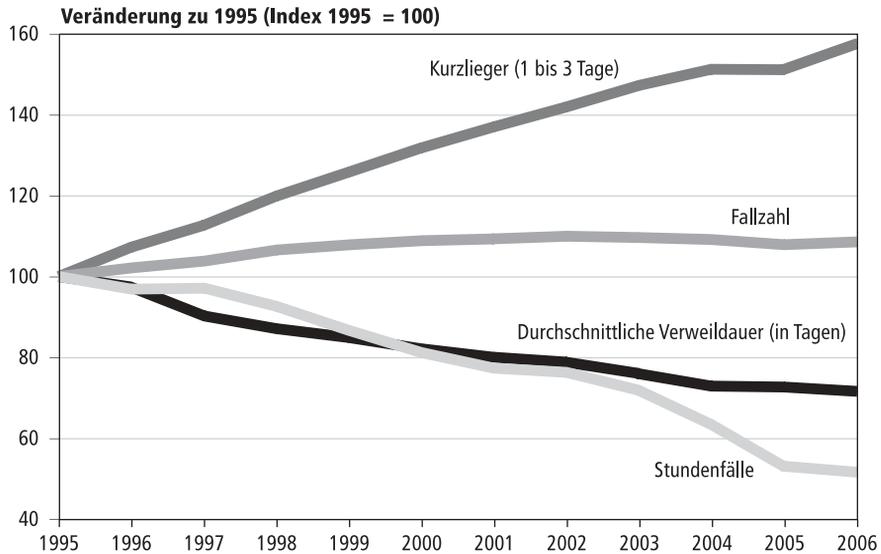
5) Ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Abbildung 17-1
Kennzahlen im Zeitvergleich 1995–2006



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

17.3 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 der Diagnosedaten gab, die bei 0,4% lag. Im Berichtsjahr 2004 lag die Übereinstimmung noch bei 100%, während im Berichtsjahr 2006 eine leichte Untererfassung in der Diagnosestatistik zu finden ist (98,9%).

17.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2006 bezogen sich von den rund 17,15 Millionen Behandlungsfällen 8 Millionen auf männliche und rund 9,15 Millionen auf weibliche Patienten. Die Männer haben demnach einen Anteil von 46,6% und die Frauen von 53,4%. Bezogen auf die Standardbevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durchschnittlich 17 753 Männer und 21 144 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengenommen wurden 19 651 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 22 Fälle je 100 000 Einwohner bzw. 0,1% mehr als noch im Vorjahr.

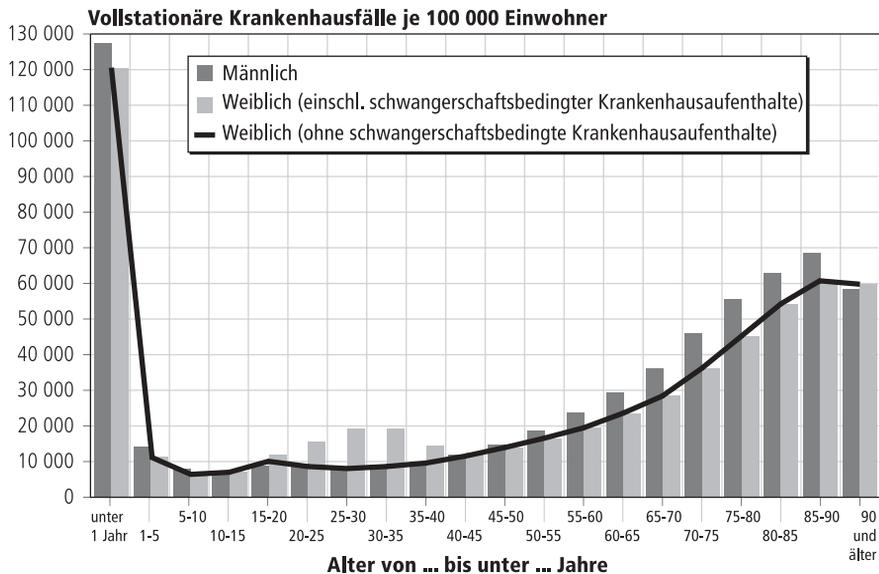
Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich weiter erhöht. Im Jahr 2006 lag es bei 52,5 Jahren, wobei die Frauen mit 53,2 Jahren um 1,6 Jahre älter als die Männer

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 15- bis 45-Jährigen 12 361 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, wohingegen es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen 61 604 Personen je 100 000 Einwohner waren, also fast 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 ist aber ein leichter Anstieg der Behandlungsfälle zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen hingegen ist die Zahl kontinuierlich im Laufe der letzten sieben Jahre um 11,7 % gesunken.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2006 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (Abbildung 17-2). Bei den 15- bis 45-Jährigen zeigt sich zwar zunächst, dass mehr 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 (10 121 Frauen zu 8 830 Männer) und der über 90-Jährigen (59 833 Frauen zu 58 422 Männer) mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. Die größten Unterschiede sind in zwei Altersbereichen zu finden: zum einen bei den unter 10-Jährigen, zum anderen bei den 65- bis 75-Jährigen. Hier wurden jeweils

Abbildung 17-2
Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten 2006



Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2008/2009

ca. 20% weniger weibliche als männliche Patienten je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt.

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 46,6% der Patienten aus, in den Altersgruppen der unter 15-Jährigen und der 45- bis 60-Jährigen liegen die Zahlen hingegen zwischen 52% bis 57%. 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.

17.3.2 Verweildauer der Patienten

Seit dem Berichtsjahr 2003 wird die Fallzahl im Krankenhaus-Report erstmals 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.

2006 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 8,4 Tagen. Dies entspricht einem Rückgang um 0,2 Tage (-2,3%) im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt ist die Verweildauer seit dem Jahr 2000 um 13,4% gesunken.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es keine nennenswerten Unterschiede: Männer lagen mit durchschnittlich 8,4 Tagen nur unwesentlich kürzer im Krankenhaus als Frauen mit durchschnittlich 8,5 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 Jahren) 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 knapp einen Tag länger im Krankenhaus als Männer.

Insgesamt kann man festhalten, dass einerseits ungeachtet des Geschlechts die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern mit dem Alter kontinuierlich zunimmt und andererseits nach einer Stagnation in den beiden vorangegangenen Berichtsjahren nun ein weiterer Rückgang der Verweildauer beobachtet werden kann.

In 2006 verbrachten insgesamt über 5,63 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 32,9% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 31,7%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 1,2 Prozentpunkte erhöht. Vergleicht man die letzten sieben 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 um fast 20% auf 5,63 Millionen Fälle gestiegen. Die Zahlen zeigen, dass es nach wie vor Ziel der Behandlungen ist, die Patienten aus Kostengründen und wegen der Belastung des eigenen Personals früher als in der Vergangenheit nach Hause zu schicken.

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 Kranken-

Tabelle 17-2

Verweildauer der Patienten 2006

Verweil- dauer in Tagen	Patienten			Berechnungs- und Belegungstage		
	Anzahl	Anteil	kumuliert	Anzahl	Anteil	kumuliert
		in %			in %	
Insgesamt	17 142 476	100,0	–	144 803 781	100,0	–
Stundenfall	493 861	2,9	2,9	493 861	0,3	0,3
1	1 850 908	10,8	13,7	1 850 908	1,3	1,6
2	1 985 731	11,6	25,3	3 971 462	2,7	4,4
3	1 794 669	10,5	35,7	5 384 007	3,7	8,1
4	1 578 620	9,2	44,9	6 314 480	4,4	12,4
5	1 267 171	7,4	52,3	6 335 855	4,4	16,8
6	1 084 550	6,3	58,7	6 507 300	4,5	21,3
7	1 004 074	5,9	64,5	7 028 518	4,9	26,2
8–9	1 484 102	8,7	73,2	12 534 394	8,7	34,8
10–12	1 371 188	8,0	81,2	14 937 500	10,3	45,1
13–14	731 420	4,3	85,4	9 876 341	6,8	52,0
15–21	1 282 356	7,5	92,9	22 268 572	15,4	67,3
22–28	505 090	2,9	95,9	12 418 731	8,6	75,9
29–35	250 951	1,5	97,3	7 942 772	5,5	81,4
36–42	147 634	0,9	98,2	5 733 906	4,0	85,4
43–70	217 867	1,3	99,5	11 575 709	8,0	93,3
71–182	87 454	0,5	100,0	8 346 031	5,8	99,1
183–365	4 464	0,0	100,0	1 032 887	0,7	99,8
366 u. länger	366	0,0	100,0	250 547	0,2	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

hausstatistik als Stundenfälle bezeichnet. In 2006 gab es insgesamt knapp 494 000 Stundenfälle, dies sind über 13 000 Fälle weniger als noch im Jahr zuvor. Verglichen mit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Stundenfälle sogar um 36,5 % gesunken (Tabelle 17-2).

Nahezu 390 000 Personen sind 2006 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen insgesamt (821 627) beträgt der Anteil 47,4 %. 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, das heißt auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

17.3.3 Regionale Verteilung der Patienten

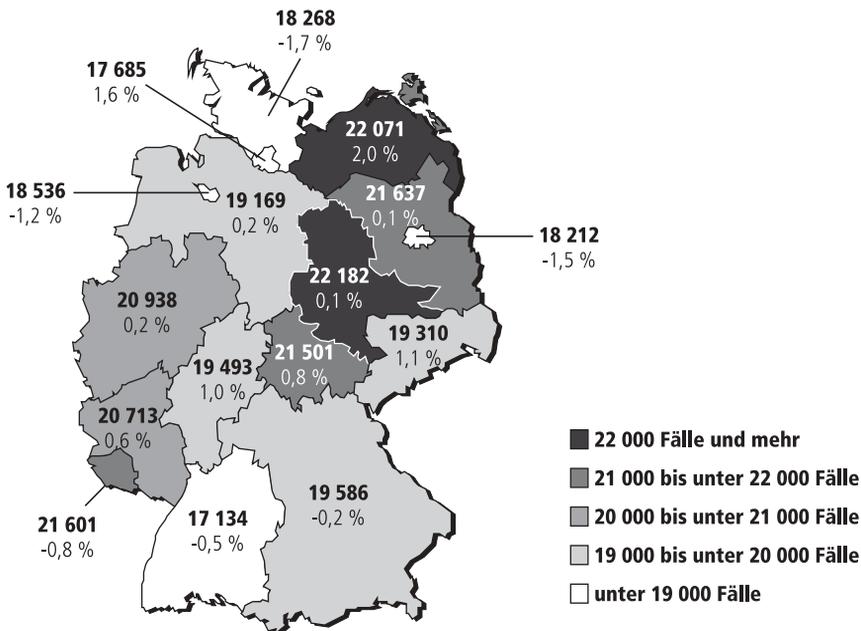
Beim Vergleich der Krankenhausfälle nach dem Wohnort der Patienten wird die standardisierte Rate herangezogen, um einen direkten Vergleich der Zahlen zu ermöglichen. Dies geschieht, indem die Fallzahl in eine Rate je 100 000 Einwohner umgerechnet wird. Anschließend wird die Fallzahl alters- und geschlechtsstandardisiert. 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 17–3 und Tabelle 17–3).

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

Abbildung 17–3

Patienten (einschl. Stundenfälle) je 100 000 Einwohner nach Bundesländern (Wohnort) 2006 – standardisierte Rate und Vorjahresveränderung

– standardisierte Rate und Vorjahresveränderung –



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Tabelle 17-3

Patienten nach Wohnort 2000 und 2006

Wohnort des Patienten	Patienten ^{1) 2)}	Berechnungs- und Belegungstage ^{1) 2)}	Durchschnittliche Verweildauer ²⁾
		Veränderung 2006/2000 in %	
Deutschland	-6,9	-18,6	-11,4
Baden-Württemberg	-9,7	-19,6	-9,8
Bayern	-9,9	-21,3	-12,0
Berlin	-5,8	-23,5	-18,1
Brandenburg	-1,7	-15,7	-12,6
Bremen	-8,3	-21,4	-13,5
Hamburg	-4,3	-22,1	-18,4
Hessen	-3,8	-15,9	-11,2
Mecklenburg-Vorpommern	-5,9	-12,3	-5,0
Niedersachsen	-8,3	-18,5	-9,9
Nordrhein-Westfalen	-5,5	-17,8	-11,8
Rheinland-Pfalz	-7,1	-16,5	-8,8
Saarland	-9,2	-15,4	-5,2
Sachsen	-3,0	-19,3	-16,1
Sachsen-Anhalt	-5,0	-13,9	-8,0
Schleswig-Holstein	-13,2	-20,7	-7,7
Thüringen	-2,8	-15,8	-12,1

¹⁾ Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“

²⁾ Ohne gesunde Neugeborene

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

© Statistisches Bundesamt 2008

WIdO

nach Wohnort von 2006 zu 2000 um 6,9% verringert. Obwohl die Veränderungs-raten von Land zu Land sehr unterschiedlich sind, sind sie überall gesunken.

Die größten Rückgänge der altersstandardisierten Fallzahlen sind in Schleswig-Holstein (-13,2%), Bayern (-9,9%) und Baden-Württemberg (-9,7%) zu beobachten. Die geringsten Rückgänge finden sich in drei ostdeutschen Ländern wieder: Sachsen (-3,0%), Thüringen (-2,8%) und Brandenburg (-1,7%).

Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Die Rückgänge betragen zwischen 12,3% (Mecklenburg-Vorpommern) und 23,5% (Berlin). Alle anderen Länder weisen einen Wert innerhalb dieser Spannbreiten 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 um 11,4% zurückgegangen. Die Veränderungs-raten zwischen den Bundesländern variieren hierbei zwischen 5,0% in Mecklenburg-Vorpommern und 18,4% in Hamburg. In weit mehr als der Hälfte aller Bundesländer ist die durchschnittliche Verweildauer um über 10% zurückgegangen.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 weist Sachsen-Anhalt mit 22 182 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle auf, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 22 071 Fällen. An dritter Stelle liegt Brandenburg

mit 21 637 Fällen je 100 000 Einwohner. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (19 651 Fälle je 100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze werden hierbei von Baden-Württemberg (17 134 Fälle), Hamburg (17 685 Fälle) und Berlin (18 212 Fälle) belegt.

Der Vergleich der Berichtsjahre 2006 zu 2005 zeigt unterschiedliche Veränderungsraten zwischen den einzelnen Bundesländern: Die größten Rückgänge der standardisierten Zahl der Behandlungsfälle weisen Schleswig-Holstein mit $-1,7\%$, Berlin mit $-1,5\%$ und Bremen mit $-1,2\%$ auf. Die größten Zuwächse im Vergleich zum Vorjahr sind in Sachsen ($+1,1\%$), Hamburg ($+1,6\%$) und Mecklenburg-Vorpommern ($+2,0\%$) zu beobachten.

17.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2006 galt die 10. Revision (ICD-10). Die Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben und ist als diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts 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. Die genaue Definition ist wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 17–4).

17.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 17.3.1 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 vorigen Berichtsjahr auch waren die Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) die bedeutendsten stationär versorgten Krankheiten in Deutschland. Nahezu 2,6 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von 15% an allen Kapiteln entspricht. Im Vergleich zu 1995 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 3% erhöht.

An zweiter Stelle folgen Krankheiten des Kapitels C00 bis D48 (Neubildungen). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit insgesamt über 1,8 Millionen Fällen ($10,7\%$ an allen Behandlungsfällen) die wichtigsten Diagnosen dar. Im Vergleich zu 1995 ist die Zahl um fast $2,5\%$ zurückgegangen. An dritter Stelle liegen Krankheiten des Verdauungssystems (K00 bis K93) mit über 1,7 Millionen Fälle und einem Anteil von $10,0\%$ an allen Diagnosen. Im Gegensatz zu den beiden ersten genannten Diagnosen ist die Anzahl der Behandlungsfälle der Krankheiten des Verdauungssystems im Vergleich der Jahre 2006 und 1995 stark gestiegen, und zwar um $15,1\%$ (Tabelle 17–5).

Tabelle 17-4
Patienten nach Diagnosekapiteln 2006

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		Patientinnen und Patienten				
		Insgesamt ¹⁾	Anzahl	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
				je 100 000 Einwohner ²⁾				
Insgesamt		17 142 476	7 995 913	9 146 276		20 735	19 744	21 685
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	451 116	219 627	231 479		545	542	549
C00-D48	Neubildungen	1 833 302	904 580	928 704		2 217	2 235	2 201
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	117 695	48 923	68 767		143	121	163
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	471 375	188 833	282 536		570	467	670
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 057 564	569 821	487 724		1 279	1 407	1 157
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	672 490	361 829	310 650		813	894	736
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	313 861	132 798	181 062		379	328	429
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	144 855	68 421	76 434		175	169	181
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 567 816	1 354 173	1 213 619		3 109	3 347	2 880
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 035 987	570 132	465 834		1 254	1 410	1 105
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 718 742	853 756	864 971		2 080	2 110	2 052
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	233 276	123 332	109 940		282	305	261
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 439 927	616 594	823 301		1 742	1 522	1 952
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	908 656	383 626	525 024		1 099	947	1 245
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	922 466	–	922 464		2 188	0	2 188
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	167 686	92 248	75 428		203	228	179
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	103 253	56 029	47 220		124	137	111
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	653 688	297 030	356 647		789	731	844
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 710 768	843 376	867 374		2 065	2 076	2 055

Tabelle 17-4

Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		Patientinnen und Patienten	
		Insgesamt ¹⁾	Anzahl	Insgesamt	je 100 000 Einwohner ²⁾
		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	617 430	310 561	306 799	727
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	14	5	9	–
	Ohne Diagnoseangabe	509	219	290	1
				1	1

¹⁾ Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.
²⁾ Altersstandardisierte Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Tabelle 17-5
Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln 2006 bis 1995

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten											
		2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
	Insgesamt	17 142 476	17 033 775	17 233 624	17 313 222	17 363 164	17 259 596	17 187 527	17 027 961	16 825 974	16 388 506	16 124 015	15 789 811
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	451 116	415 410	412 958	409 155	393 817	352 785	329 936	308 892	300 425	297 099	294 135	288 804
C00-D48	Neubildungen	1 833 302	1 843 435	1 928 029	1 924 063	1 974 524	2 001 368	2 104 721	2 080 082	2 036 312	1 954 725	1 916 062	1 880 232
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	117 695	115 318	116 533	116 319	113 297	111 114	106 089	114 571	113 681	110 755	106 804	103 284
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	471 375	463 384	469 626	486 261	486 438	505 019	491 764	472 992	477 270	463 022	457 752	458 258
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 057 564	1 046 365	1 019 154	993 732	986 237	981 269	926 300	896 190	885 011	852 548	823 164	812 177
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	672 490	694 826	700 420	691 001	680 888	673 813	648 072	417 938	392 950	377 062	364 344	349 710
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	313 861	310 195	332 250	369 288	393 315	405 155	420 426	432 201	432 012	442 975	439 507	423 342
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	144 855	142 657	149 569	162 730	176 060	186 513	191 999	188 259	188 801	181 735	177 713	176 156
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 567 816	2 556 680	2 652 786	2 748 657	2 803 282	2 798 176	2 818 895	2 852 047	2 811 995	2 664 228	2 591 360	2 493 221
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 035 987	1 086 910	1 042 041	1 102 542	1 091 402	1 066 476	1 089 252	1 107 447	1 107 721	1 058 102	1 077 650	1 090 805
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 718 742	1 706 286	1 747 304	1 786 271	1 758 445	1 715 738	1 704 716	1 613 585	1 584 922	1 540 345	1 511 767	1 493 890
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	233 276	228 294	232 012	241 431	242 721	243 799	241 796	246 789	243 277	234 007	229 583	233 360
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 439 927	1 400 064	1 389 520	1 394 152	1 360 633	1 323 087	1 264 040	1 211 776	1 159 034	1 101 319	1 062 143	1 054 653
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	908 656	891 951	934 327	1 067 921	1 067 965	1 079 419	1 093 521	1 126 267	1 125 631	1 125 447	1 158 572	1 186 587
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	922 466	933 377	968 098	1 006 106	1 029 129	1 050 411	1 103 446	1 123 570	1 151 431	1 185 686	1 171 421	1 115 710
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	167 686	162 561	144 749	108 409	108 058	109 323	114 560	111 406	111 827	115 726	118 428	132 042
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	103 253	107 273	112 094	117 737	123 906	126 115	131 469	121 586	123 005	126 497	127 312	128 303
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	653 688	601 540	558 054	537 788	551 863	535 504	536 781	681 024	673 106	633 428	571 506	469 075

Tabelle 17-5
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten												
		2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	
		Anzahl												
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1 710 768	1 665 610	1 687 473	1 721 509	1 709 185	1 683 621	1 725 939	1 715 371	1 699 757	1 711 974	1 708 979	1 680 239	
Z00-Z99 ¹⁾	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	617 430	656 960	629 841	325 464	296 366	288 861	109 298	182 251	181 915	179 999	165 648	132 282	
Z38	darunter: gesunde Neugeborene	480 848	495 683	444 306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Ohne Diagnoseangabe	509	4 677	6 786	2 686	15 633	22 030	34 507	23 717	25 891	31 827	50 165	87 681	

¹⁾ = Berichtsjahre 1995-2003 ohne Z38: gesunde Neugeborene
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

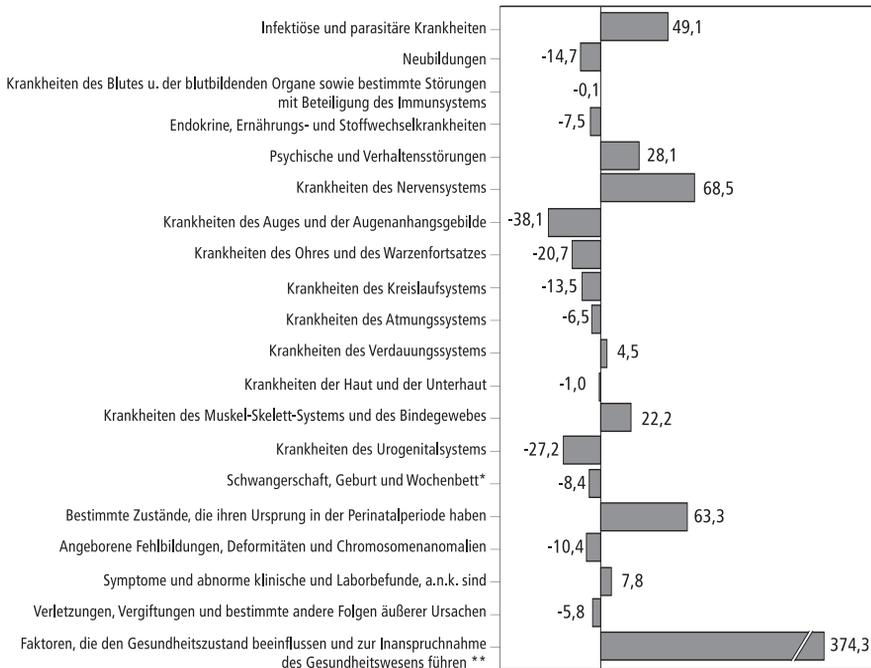
Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Abbildung 17–4

Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 1996 zu 2006 – standardisierte Rate

– standardisiert mit der Standardbevölkerung Deutschland 1987 –



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Weitere hier beobachtbare Veränderungen stellen die Raten anderer Kapitel dar: Den höchsten Zuwachs findet man bei den Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99), er beträgt über 92 % (1995: 349 710 Fälle und 2006: 672 490 Fälle). 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 56,2 % erhöht und auch die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 bis M99) stieg um mehr als ein Drittel ihres Wertes von 1995 (+36,5 %) an.

Wichtiges Indiz für die Qualität der Krankenhausdiagnosestatistik ist die Anzahl und der Anteil derjenigen Fälle, die keine Diagnoseangabe beinhalten. 1995 wurden noch 87 681 Behandlungsfälle ohne Diagnoseangabe gezählt, was einem Anteil von 0,6 % bedeutet. 2006 hingegen ist diese Zahl auf 509 gesunken und hat nunmehr einen kaum mehr messbaren Anteil in Höhe von unter 0,003 %. 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.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate) haben sich bezogen auf 100 000 Einwohner in den Jahren 1996 und 2006 die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00 bis Z99), um mehr als das 3,5-fache erhöht. Die Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99) haben in dieser Zeit um 68,5 % zugenommen. Starke Rückgänge von 38,1 % sind nur bei den Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) und den Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) mit 27,2 % festzustellen. Im direkten Vergleich ist lediglich der Bereich der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50 bis D90) konstant geblieben (Abbildung 17–4).

17.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2006 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38), sie wurde insgesamt 480 795 Mal gezählt. Dies ist damit zu begründen, dass seit dem Berichtsjahr 2004 die gesunden Neugeborenen erfasst werden.

Mit 301 006 Behandlungsfällen war Angina Pectoris (I20) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 14 546 Fälle weniger als noch im Jahr zuvor (315 552 Behandlungsfälle). Bei den weiblichen Patienten war die Position „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38) die häufigste Diagnose. Auf sie entfallen gut 238 000 Fälle. Mit weitem Abstand folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in fast 170 000 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Das Durchschnittsalter der Patientinnen mit dieser Diagnose betrug 80 Jahre. Die Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) war in 147 000 Fällen der Behandlungsgrund, was einem Rückgang um ca. 6 000 Fälle im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Das Durchschnittsalter betrug 61 Jahre. Die Gallensteine (Cholelithiasis – K80) folgen mit rund 137 000 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren mit 56 Jahren jünger als die bisher genannten.

Bei den Männern ergibt sich ein etwas anderes Bild. Bis auf die erste Position der Neugeborenen ist keine der fünf häufigsten Diagnosen mit denen der Frauen identisch. Auf dem zweiten Platz liegen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), die in über 222 000 Fällen Anlass für den stationären Aufenthalt der Männer waren. Damit ist die Zahl der Behandlungsfälle bei dieser Diagnose nahezu unverändert hoch. Die Angina Pectoris war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden 187 000 Fälle behandelt.

Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 53 und das der Männer bei 52 Jahren (Tabelle 17–6).

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 Einwohner ca. 51 % Frauen und ca. 49 % Männer sind.

Tabelle 17–6

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2006

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
		Insgesamt	7 995 913	8,4	52
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	242 437	3,9	0
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	222 530	8,7	44
3	I20	Angina pectoris	187 014	5,3	65
4	I50	Herzinsuffizienz	147 498	11,8	73
5	K40	Hernia inguinalis	145 826	4,1	55
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	144 937	6,1	66
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	131 153	8,9	66
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	130 664	8,4	66
9	S06	Intrakranielle Verletzung	121 121	4,4	33
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	116 627	10,0	56
11	G47	Schlafstörungen	108 068	1,9	55
12	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	98 592	5,8	65
13	I63	Hirninfrakt	96 517	13,0	69
14	I70	Atherosklerose	93 269	13,2	67
15	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	86 878	14,2	66
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	83 858	10,6	69
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	83 848	8,8	69
18	N20	Nieren- und Ureterstein	77 064	4,0	51
19	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	76 200	8,6	51
20	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	74 650	9,4	43
Frauen					
		Insgesamt	9 146 276	8,5	53
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	238 358	3,8	0
2	I50	Herzinsuffizienz	169 985	12,0	80
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	146 878	7,3	61
4	K80	Cholelithiasis	137 091	7,2	56
5	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	123 065	12,4	69
6	I20	Angina pectoris	113 992	5,7	69
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	112 038	6,4	70
8	S72	Fraktur des Femurs	109 777	17,5	79
9	O70	Dammriss unter der Geburt	109 392	3,7	30
10	J63	Hirninfrakt	102 398	13,4	76

Tabelle 17–6

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Frauen					
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	95 303	10,3	60
12	S06	Intrakranielle Verletzung	93 846	3,9	41
13	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	91 962	7,6	73
14	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	91 643	14,8	69
15	D25	Leiomyom des Uterus	84 578	7,1	46
16	S52	Fraktur des Unterarmes	84 577	5,5	61
17	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	83 994	12,7	73
18	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	82 617	10,2	56
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	81 307	6,7	63
20	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	78 024	4,8	17

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Die größten Übereinstimmungen anhand der absoluten Zahl der Behandlungsfälle ergeben sich demnach in den Kapiteln bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 bis B99), 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 jeweils rund 55 % gut 6 Prozentpunkte über dem eigentlichen Bevölkerungsanteil. Ausgenommen dem Kapitel Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dominieren Frauen in dem Diagnosekapitel E00 bis E90 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten). Hier liegt ihr Anteil mit 60 % insgesamt 9 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 58 % eher Frauen als Männer (Abbildung 17–5).

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 60-Jährige und über 60-Jährige.

Sowohl bei den Mädchen wie auch bei den Jungen im Alter unter 15 Jahren wurde 2006 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (238 358 Fälle bei Mädchen

Abbildung 17-5

Patienten nach Diagnosekapiteln 2006 – Anzahl in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

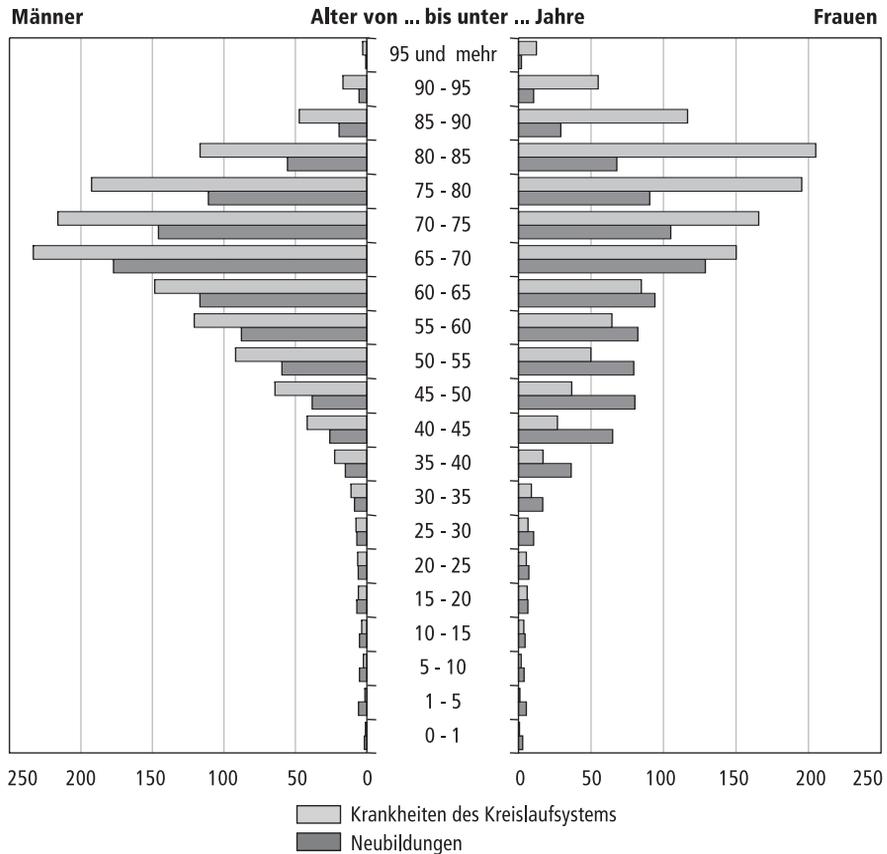
WIdO

und 242437 bei Jungen). Mit weitem Abstand rangieren die chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (37 309 Fälle bei Mädchen und 44 386 bei Jungen) und die intrakraniellen Verletzungen (28 409 Fälle bei Mädchen und 37 702 bei Jungen) dahinter.

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 109 305 Fällen steht hier der Dammriss unter der Geburt an erster Stelle. Fast gleich viele Fälle entfallen auf die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (65 874 Fälle) und auf die Spontangeburt eines Einlings (65 231 Fälle). Bei den Männern hingegen sind die Krankenhausaufenthalte hauptsächlich durch psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (108 707 Fälle),

Abbildung 17-6

Altersstruktur der Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen – Anzahl in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

intrakranielle Verletzungen (42 875 Fälle) sowie Schizophrenie (38 670 Fälle) bedingt.

Die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (88 018 Fälle) sind es auch, die Männer im Alter zwischen 45 und 60 Jahren ins Krankenhaus bringen. Die Angina Pectoris liegt an zweiter Stelle (45 945 Fälle), gefolgt von Schlafstörungen mit 41 597 Fällen. Bei den Frauen ist die bösartige Neubildung der Brustdrüse in 48 338 Fällen verantwortlich für eine stationäre Behandlung. Das Leiomyom des Uterus (40 503 Fälle) und die Cholelithiasis (34 013 Fälle) liegen dahinter.

In der letzten hier erwähnten Altersgruppe ist es die Herzinsuffizienz, die sowohl bei den Männern (131 619 Fälle) wie auch bei den Frauen (163 682 Fälle) die am meisten verbreitete Hauptdiagnose darstellt. Bei den Frauen liegt die Fraktur des Femurs mit 102 055 Fällen und die Arthrose des Kniegelenks mit 101 202 Fällen

dahinter. Bei den Männern sind es weitere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die einen Krankenhausaufenthalt vonnöten machen: Angina Pectoris (131 619 Fälle) und die chronische ischämische Herzkrankheit (107 894 Fälle).

Bei den genannten Altersgruppen gibt es bis auf wenige Ausnahmen keine großen Ausreißer bei den Diagnosen. Bei den Frauen sorgen einzig die durch die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgelösten Fälle für hohe Zahlen in der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen (Abbildung 17–6).

17.4.3 Verweildauer bei bestimmten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäuser Behandelten sinkt insgesamt (Tabelle 17–7). Bezogen auf die Diagnosekapitel der ICD trifft diese Entwicklung fast ausnahmslos auf alle Bereiche zu. Lediglich bei den psychischen und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) ist ein minimaler Anstieg um 0,1 Tage auf 20,9 Tage zu beobachten und bei den Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 bis H95) stagniert die Verweildauer.

Insgesamt betrug die Verweildauer im Jahr 2006 im Schnitt 8,4 Tage und liegt damit um 0,2 Tage unter dem Vorjahr. Verglichen mit dem Jahr 2000 beträgt der Rückgang sogar 1,3 Tage (2000: 9,7 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 20,9 Tage. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand die Diagnosen aus dem Bereich bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96) mit 10,3 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 (3,8) nach Hause gehen. Nur unwesentlich länger – nämlich 3,9 Tage – verblieben Personen im Krankenhaus, die aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99), behandelt wurden. Mit 4,8 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 (2006 zu 2005), 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 4,2% auf 9,1 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Bei einem Vergleich über die letzten fünf Jahre (2006 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 30,4% gesenkt werden. Der Rückgang bei bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96), betrug 26,4%. Auch die Verweildauer bei den

Tabelle 17–7

Verweildauer der Patienten nach Diagnosekapiteln 2000-2006 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer						
		2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	Insgesamt	8,4	8,6	8,6	9,0	9,3	9,4	9,7
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,9	8,0	8,0	8,2	8,5	8,8	9,1
C00-D48	Neubildungen	8,8	8,9	8,8	9,2	9,5	9,4	9,3
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7,9	8,2	8,1	8,4	8,8	9,0	9,3
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,2	9,5	9,4	9,6	9,9	10,0	10,5
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	20,9	20,8	21,4	22,8	22,7	22,6	23,8
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	7,3	7,4	7,3	7,9	8,2	8,6	9,3
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	3,8	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1	4,2
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5,7	5,7	5,8	6,0	6,3	6,5	6,7
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	8,9	9,0	9,0	9,3	9,7	10,0	10,3
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,8	7,9	7,9	8,0	8,1	8,2	8,5
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	7,4	7,5	7,5	7,8	8,1	8,3	8,5
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	9,1	9,5	9,6	10,2	11,0	11,2	11,7
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	9,3	9,5	9,7	10,0	10,7	11,0	11,5
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	6,2	6,3	6,1	6,0	6,4	6,5	6,7
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,8	4,9	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	10,3	10,4	11,4	13,7	14,1	13,9	14,0
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	6,5	6,6	6,7	6,9	7,2	7,3	7,5
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	4,8	5,0	5,1	5,6	6,1	6,5	6,9
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,1	8,3	8,4	8,7	9,1	9,2	9,3
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen *	3,9	4,0	4,1	3,7	4,3	4,7	5,0
	Ohne Diagnose	7,3	8,6	5,5	17,7	9,7	9,9	7,3

* 2000–2003 ohne Z38: gesunde Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 bis L99) ist mit über 22,2% zurückgegangen.

Den geringsten Rückgang verzeichnen mit 5,4% die Neubildungen (C00 bis D48) und mit 7,5% die Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99).

Insgesamt wurden 64,5% der Patienten (über 11 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich dieser Anteil um 0,9 Prozentpunkte. Bezogen auf die Berechnungs- und Belegungstage verursachte dieser Patientenanteil 26,2% aller Fälle. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 85,4% der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen, das entsprach genau 52% und damit über der Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage. Die Anzahl der Langlieger (mit einer Verweildauer über einem Jahr) lag 2006 bei 366 (2005: 346) und ist damit leicht gestiegen.

17.4.4 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 (22 182 Fälle je 100 000 Einwohner), auf den Plätzen zwei und drei folgen Mecklenburg-Vorpommern mit 22 071 Fällen und Brandenburg mit 21 637 Fällen (Tabelle 17–8). Bezogen auf diese Quote weist Baden-Württemberg mit 17 134 Fällen je 100 000 Einwohner den niedrigsten Wert auf und lag somit um 12,8% unter dem Bundesdurchschnitt (19 651 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 3 100 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) auf und lagen damit um 18% über dem Bundesdurchschnitt (2 626 Fälle). An zweiter Stelle liegt Mecklenburg-Vorpommern mit 3 081 Patienten. In Abbildung 17–7 finden sich die Daten zu Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems aufgeschlüsselt nach Bundesland und Geschlecht.

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen (C00 bis D48) betrug 1 929 Fälle je 100 000 Einwohner. Baden-Württemberg (1 688 Fälle) und Schleswig-Holstein (1 705 Fälle) lagen um 12,5% und 11,6% unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 359 Fällen und Sachsen-Anhalt mit 2 194 Fällen je 100 000 Einwohner.

Rund 2 136 Patienten mussten sich im Jahr 2006 wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Thüringen behandeln lassen. Sachsen-Anhalt liegt mit 2 123 Pa-

Tabelle 17-8
Patienten nach Krankheitsklassen und Wohnort je 100.000 Einwohner 2006 – standardisierte Rate

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100.000 Einwohner ^(1,2)																
		Deutsch-land	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)	19651	17134	19586	18212	21637	18536	17685	19493	22071	19169	20938	20713	21601	19310	22182	18269	21501
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	548	470	535	441	580	504	518	538	731	544	586	627	722	575	690	460	593
C00-D48	Neubildungen	1929	1688	1891	1883	2359	1875	1827	1913	2110	1713	2028	2046	2111	2046	2194	1705	2164
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	126	115	114	124	152	123	110	126	178	123	133	122	125	128	152	121	127
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	500	436	511	469	616	443	377	498	702	463	518	452	524	519	651	379	628
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1267	1094	1194	1356	1252	1502	1285	1212	1429	1207	1397	1259	1585	1179	1381	1523	1221
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	744	579	737	634	786	651	675	711	863	711	847	839	1003	671	771	726	953
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	329	273	316	376	327	245	598	282	360	333	319	311	353	371	328	431	380
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	167	139	147	137	221	153	142	180	269	189	171	170	186	168	239	126	185
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2626	2241	2529	2673	3024	2087	2155	2555	3081	2460	2892	2792	3100	2417	2933	2373	3068
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1232	1006	1197	1112	1399	1228	1203	1229	1538	1248	1347	1315	1408	1149	1643	1025	1324
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1914	1638	1859	1805	2004	1739	1568	1890	2050	1890	2116	2066	2092	1871	2123	1737	2136
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	279	220	271	266	294	294	249	287	319	275	312	278	247	281	355	248	303
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1558	1291	1668	1325	1732	1601	1408	1503	1514	1583	1693	1693	1446	1379	1581	1605	1638
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1016	883	974	933	1163	894	816	1020	1040	983	1127	1080	1044	1017	1212	919	1022
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2607	2531	2466	2194	2719	2436	2152	2741	2794	2693	2747	2691	2462	2667	2711	2496	2696
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	268	239	250	290	293	283	295	249	347	281	268	305	309	300	293	252	241
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	144	127	138	160	175	135	122	133	170	142	150	148	154	162	172	127	169

Tabelle 17-8
Fortsetzung

ICD-Pos. Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ^{1) 2)}																
	Deutsch-land	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	745	708	831	456	691	681	566	810	761	728	735	890	950	745	885	673	747
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 966	1 772	2 171	1 697	2 201	1 908	1 636	1 897	2 229	1 947	1 926	2 002	1 976	2 101	2 243	1 817	2 273
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	926	873	947	917	1 012	908	998	996	1 001	930	920	894	976	903	994	703	1 003
Ohne Diagnoseangabe	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0

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.

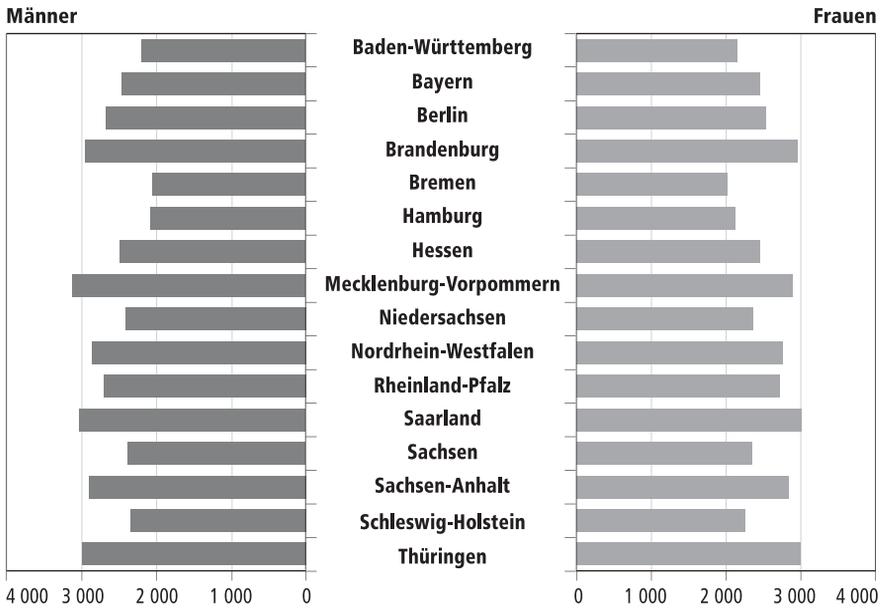
Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Abbildung 17-7

Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) mit Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bundesländern (Wohnort) 2006



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

tienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 1914 wird insbesondere von den Ländern Hamburg (1 568) und Baden-Württemberg (1 638) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosengruppe sind psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99). Insgesamt acht Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 267 Patienten. Mit 1 585 Fällen je 100 000 Einwohner liegt das Saarland an der Spitze und damit über 25% über dem Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein (1 523) und Bremen (1 502) liegen weit über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber stehen Baden-Württemberg und Sachsen mit 13,7% und 7% unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland.

17.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2006

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 2006 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezo-

Tabelle 17-9
Die 20 Hauptdiagnosen mit den größten relativen Zuwächsen und Rückgängen 2006/2001 *

Rang	ICD-Pos.	Beschreibung	Anzahl							Veränderung in Prozent				
			2006	2005	2004	2003	2002	2001	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	06/01
1	O70	Dammriss unter der Geburt	109 393	110 459	106 387	82 105	43 820	3 474	-1,0	3,8	29,6	87,4	1161,4	3048,9
2	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	33 954	33 551	30 576	22 991	11 248	1 174	1,2	9,7	33,0	104,4	858,1	2792,2
3	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	19 974	19 940	20 015	15 887	8 688	1 611	0,2	-0,4	26,0	82,9	439,3	1139,9
4	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	20 449	19 429	13 447	8 306	4 760	2 629	5,2	44,5	61,9	74,5	81,1	677,8
5	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	11 185	11 222	10 006	9 209	7 193	1 841	-0,3	12,2	8,7	28,0	290,7	507,6
6	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	28 769	24 073	17 571	8 927	5 741	4 832	19,5	37,0	96,8	55,5	18,8	495,4
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetal distress) (fetaler Gefahrenzustand)	65 953	64 336	61 499	47 132	29 850	12 205	2,5	4,6	30,5	57,9	144,6	440,4
8	O99	Sonst. Krankh. der Mutter, d. anderenorts klassifizierbar sind, d. jed. Schwang., Geb. u. Wochenb. kompl.	23 508	20 177	17 158	14 086	8 826	5 353	16,5	17,6	21,8	59,6	64,9	339,2
9	O42	Vorzeitiger Blasensprung	56 496	57 062	56 651	48 719	33 069	13 638	-1,0	0,7	16,3	47,3	142,5	314,3
10	O63	Protrahierte Geburt	24 591	24 546	23 227	17 557	11 614	6 367	0,2	5,7	32,3	51,2	82,4	286,2
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	81 589	70 323	56 046	33 329	27 892	21 636	16,0	25,5	68,2	19,5	28,9	277,1
12	O64	Geburthindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten	24 201	24 615	23 630	17 997	12 013	6 495	-1,7	4,2	31,3	49,8	85,0	272,6
13	O65	Geburthindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	16 851	17 191	16 232	12 505	7 975	4 736	-2,0	5,9	29,8	56,8	68,4	255,8
14	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	40 750	25 674	20 271	16 302	14 687	13 433	58,7	26,7	24,3	11,0	9,3	203,4
15	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	25 652	21 153	15 697	10 677	9 795	9 449	21,3	34,8	47,0	9,0	3,7	171,5
16	O48	Übertragene Schwangerschaft	33 634	36 383	36 317	40 127	29 327	13 616	-7,6	0,2	-9,5	36,8	115,4	147,0

Tabelle 17-9

Fortsetzung

Die 20 größten relativen Zuwächse 2006/2001														
Rang	ICD-Pos.		Anzahl							Veränderung in Prozent				
			2006	2005	2004	2003	2002	2001	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	06/01
17	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermutterter Anomalie der Beckenorgane	34 397	30 816	27 947	27 035	19 697	14 357	11,6	10,3	3,4	37,3	37,2	139,6
18	M48	Sonstige Spondylopathien	59 208	51 793	44 215	38 784	31 732	25 041	14,3	17,1	14,0	22,2	26,7	136,4
19	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	22 494	20 215	15 090	9 979	10 088	9 552	11,3	34,0	51,2	-1,1	5,6	135,5
20	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	16 021	18 561	22 553	22 531	17 073	6 899	-13,7	-17,7	0,1	32,0	147,5	132,2
Die 20 größten relativen Rückgänge 2006/2001														
Rang	ICD-Pos.		Anzahl							Veränderung in Prozent				
			2006	2005	2004	2003	2002	2001	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	06/01
1	O80	Spontangeburt eines Einlings	65 305	73 325	99 198	168 757	298 970	451 471	-10,9	-26,1	-41,2	-43,6	-33,8	-85,5
2	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	25 884	31 567	41 384	69 871	84 485	99 374	-18,0	-23,7	-40,8	-17,3	-15,0	-74,0
3	O82	Geburt eines Einlings d. Schnittbindung (Sectio caesarea)	27 320	32 305	43 403	61 601	86 287	101 077	-15,4	-25,6	-29,5	-28,6	-14,6	-73,0
4	N95	Klimakterische Störungen	14 243	15 969	21 656	39 144	46 218	48 611	-10,8	-26,3	-44,7	-15,3	-4,9	-70,7
5	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	14 097	16 894	25 154	40 892	45 311	47 697	-16,6	-32,8	-38,5	-9,8	-5,0	-70,4
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	25 818	27 738	36 555	57 146	61 835	63 766	-6,9	-24,1	-36,0	-7,6	-3,0	-59,5
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	202 502	206 133	249 629	355 264	433 786	480 661	-1,8	-17,4	-29,7	-18,1	-9,8	-57,9
8	H26	Sonstige Kataraktformen	18 998	17 131	19 791	26 764	33 895	44 358	10,9	-13,4	-26,1	-21,0	-23,6	-57,2
9	D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	21 066	23 669	32 976	43 872	48 636	48 600	-11,0	-28,2	-24,8	-9,8	0,1	-56,7
10	H25	Cataracta senilis	96 115	112 670	139 404	176 522	194 330	199 981	-14,7	-19,2	-21,0	-9,2	-2,8	-51,9
11	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	20 879	22 227	25 028	34 583	37 028	40 372	-6,1	-11,2	-27,6	-6,6	-8,3	-48,3

Tabelle 17-9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Anzahl							Veränderung in Prozent					
		2006	2005	2004	2003	2002	2001	06/05	05/04	04/03	03/02	02/01	06/01	
12	H91	21 183	19 542	21 739	26 617	33 926	38 821	8,4	-10,1	-18,3	-21,5	-12,6	-45,4	
13	N84	14 002	14 460	16 933	25 491	25 105	23 851	-3,2	-14,6	-33,6	1,5	5,3	-41,3	
14	O47	26 383	30 118	35 583	53 244	50 076	44 782	-12,4	-15,4	-33,2	6,3	11,8	-41,1	
15	N85	12 992	13 622	15 234	21 120	21 545	21 992	-4,6	-10,6	-27,9	-2,0	-2,0	-40,9	
16	I83	107 192	114 499	134 963	161 867	168 627	177 069	-6,4	-15,2	-16,6	-4,0	-4,8	-39,5	
17	J35	145 413	148 092	171 129	203 854	223 631	240 175	-1,8	-13,5	-16,1	-8,8	-6,9	-39,5	
18	T50	10 931	14 265	14 657	18 782	22 015	17 918	-23,4	-2,7	-22,0	-14,7	22,9	-39,0	
19	C85	22 558	24 790	26 454	29 964	34 118	36 445	-9,0	-6,3	-11,7	-12,2	-6,4	-38,1	
20	M22	14 563	16 788	19 602	23 534	23 482	21 825	-13,3	-14,4	-16,7	0,2	7,6	-33,3	

*nur Diagnosen mit mindestens 10 000 Fällen im Jahr 2006

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

© Statistisches Bundesamt 2008/2009

Wido

gen, die im Jahr 2006 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden die 20 Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsraten vom Jahr 2006 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 17–9 werden die 20 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 allem das DRG-Patientenklassifikationssystem erfordert. Methodische Hintergründe darüber findet man im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 8.

Die größten Veränderungsraten weisen wie im Jahr zuvor Krankenhausaufenthalte, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen (O00 bis O99), auf. In der Liste der 20 Diagnosen mit den größten positiven Veränderungsraten seit 2001 gehörten im Jahr 2006 insgesamt zwölf der 20 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 3 048,9% ist bspw. 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) sowie die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen (O69) sind um 2 792,2% und 1 139,9% angestiegen. 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 der Ergebnissen der DRG-Statistik, die in Kapitel 20 aufgezeigt werden.

Die Anzahl der Fälle der Position Z45 (Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes) hat auch im Jahr 2006 wieder kräftig zugenommen: Im Vergleich zum Jahr 2001 ist 2006 mit 678% eine hohe Steigerungsrate zu verzeichnen.

17.6 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.

Eine Erweiterung der traditionellen Krankenhausstatistik konnte durch die Lieferung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) erzielt werden (DRG-Daten). Durch die zusätzlichen Angaben aus der DRG-Statistik wird die traditionelle Krankenhausdiagnosestatistik komplettiert und stellt einen wichtigen Mehrwert für den gesamten Bereich der Krankenhausstatistik dar. Beide Statistiken zusammen ermöglichen nun 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.

This page intentionally left blank

18 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis des § 21 Krankenhausentgeltgesetz

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht seit dem Jahr 2005 eine weitere wichtige Datenquelle neben den Grund- und Kostendaten sowie den Diagnosedaten der Krankenhäuser für die Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung. Zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2006, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern, sind Gegenstand des Beitrags. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.

The DRG data according to § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) have been available to users of the data of the Federal Statistical Office since 2005, complimenting the information range of the official hospital statistics and hospital diagnosis statistics. The article presents significant data on hospital care for the year 2006. The article focuses on types and frequencies of operations and medical procedures as well as the most frequent main diagnoses and their respective secondary diagnoses of inpatients according to hospital unit.

18

18.1 Vorbemerkung

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

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen ab-

gerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis wurde die Fachserienreihe Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) aufgebaut. Sie wird entsprechend dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer kontinuierlich weiterentwickelt¹.

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren- und Diagnosestatistik 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.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2006 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 16 und 17 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

18.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Dies gilt ebenfalls für Einrichtungen der Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Sie übermitteln Daten spezieller Merkmale insbesondere zu ihren Ausbildungsstätten nach § 21 KHEntgG nur, soweit sie ausbilden (§ 17a Abs. 11 KHG).

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2006 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 701 Krankenhäusern und umfassen rund 16,2 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

¹ Die wichtigsten Ergebnisse der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden erstmals für das Jahr 2005 in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice (früher Statistik-Shop) des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet unter <http://www.destatis.de/publikationen/> heruntergeladen werden. Auch sind Sonderauswertungen auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich.

Jahr 2006 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 16 und 17) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (z.B. bei der Fallzahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin, deren Leistungen bis auf Weiteres über tagesgleiche Pflegesätze vergütet werden. Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

18.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Auf Basis der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2006 insgesamt rund 16,2 Mio. Patientinnen und Patienten² aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 158 600 Fällen 1 % mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,5 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Tage ab. 53,8 % der Behandelten waren weiblich und 46,2 % männlich. Durchschnittlich waren die Patienten 53 Jahre alt (Frauen 53 Jahre, Männer 52 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden rund 19 700 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter besonders hoch (Tabelle 18–1).

Wohnortbezogen³ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (22 575), im Saarland (22 207) und in Thüringen (22 032). Die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner waren in Hamburg (16 120 Fälle), Baden-Württemberg (16 674 Fälle) und Berlin (17 537 Fälle) zu verzeichnen.

Unter Einbezug des Wohn- und Behandlungsortes ließen sich die Patientinnen und Patienten aus Nordrhein-Westfalen (97,1 %), Bayern (96,9 %) und Sachsen (96,5 %) am häufigsten in Krankenhäusern ihres eigenen Bundeslandes behandeln. Am seltensten taten dies die Patientinnen und Patienten in Brandenburg (83,0 %),

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

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

Tabelle 18-1

Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner nach Alter

Alter von ... bis unter ... Jahren	2006	2005
	je 100 000 Einwohner	
Insgesamt	19 705	19 489
unter 1	128 135	127 472
1-5	12 534	11 900
5-10	7 074	7 028
10-15	6 743	6 799
15-20	9 423	9 389
20-25	10 825	10 834
25-30	12 507	12 456
30-35	12 715	12 538
35-40	10 709	10 564
40-45	10 631	10 612
45-50	12 725	12 773
50-55	16 067	16 074
55-60	20 402	20 231
60-65	25 277	25 282
65-70	31 236	31 318
70-75	39 836	40 053
75-80	48 499	48 197
80-85	55 898	55 659
85 und älter	61 383	60 769

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Rheinland-Pfalz (85,6%) und Schleswig-Holstein (86,6%). Die Brandenburger nutzten dabei zusätzlich zu dem Krankenhäusern im eigenen Land vor allem Einrichtungen in Berlin, die Rheinland-Pfälzer Einrichtungen in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen und die Schleswig-Holsteiner Einrichtungen in Hamburg (Tabelle 18-2).

Im Jahr 2006 gab es 453 200 sogenannte Stundenfälle, d. h. vollstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 2,8% der Behandlungsfälle. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 5,5 Mio. Ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug 33,8%.

Im Hinblick auf den Aufnahm Anlass erfolgte im Jahr 2006 bei 58,4% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärzt-

Tabelle 18–2

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort, Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner und Behandlung im eigenen Bundesland 2006

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100.000 Ein- wohner	Behandlung im eigenen Bundes- land in %
	Anzahl	Anzahl		
Baden-Württemberg	1 851 764	1 790 475	16 674	95,6
Bayern	2 469 241	2 412 324	19 332	96,9
Berlin	667 781	596 246	17 537	96,1
Brandenburg	495 901	559 758	21 928	83,0
Bremen	181 593	122 399	18 426	92,1
Hamburg	377 450	281 868	16 120	91,4
Hessen	1 146 526	1 175 133	19 331	90,5
Mecklenburg-Vorpommern	368 410	366 117	21 533	94,9
Niedersachsen	1 430 838	1 511 254	18 917	88,5
Nordrhein-Westfalen	3 792 048	3 746 434	20 766	97,1
Rheinland-Pfalz	786 888	828 692	20 439	85,6
Saarland	241 236	232 458	22 207	92,4
Sachsen	877 065	863 330	20 258	96,5
Sachsen-Anhalt	535 489	554 396	22 575	92,0
Schleswig-Holstein	497 077	504 259	17 802	86,6
Thüringen	511 100	511 782	22 032	92,4

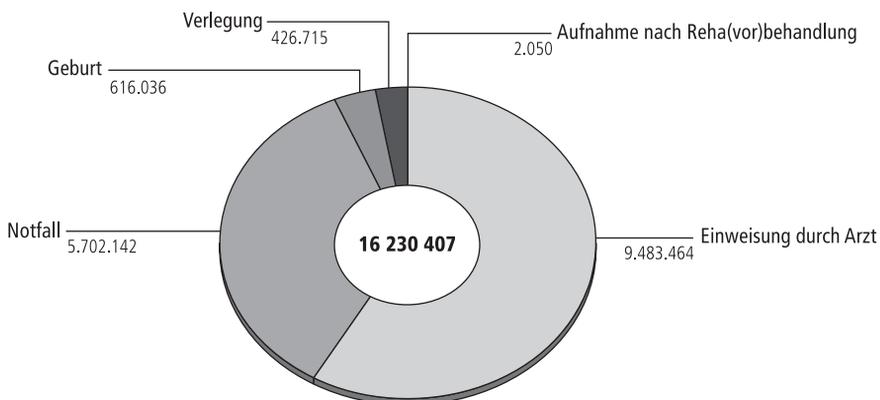
* auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

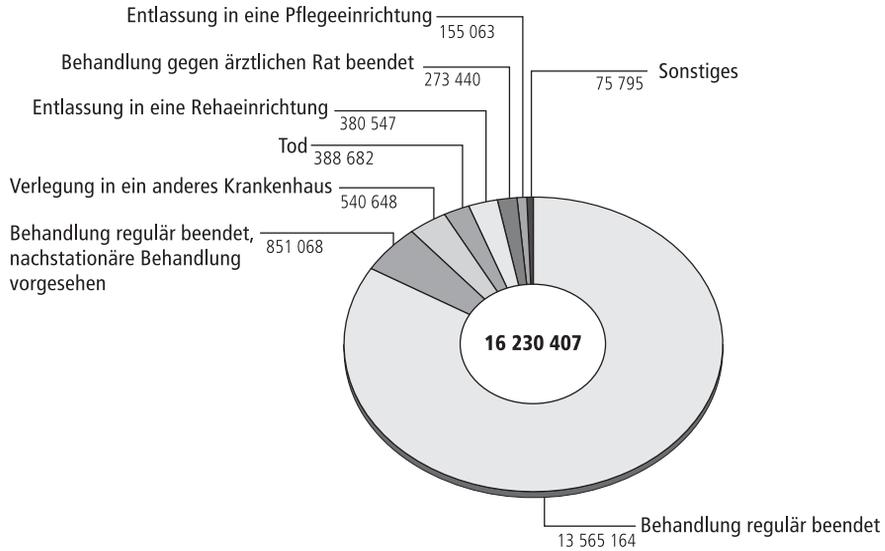
Abbildung 18–1

Krankenhausfälle nach Aufnahmeanlass 2006


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 18–2

Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2006

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

lichen Einweisung. Bei 35,1 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 18–1).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 83,6 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (5,2 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 1,7 % der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,3 % und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,0 % der Fälle (Abbildung 18–2).

18.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁴ die Diagnose angege-

⁴ 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

ben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁵ zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gilt eine Krankheit oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine therapeutische Maßnahme oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Sie 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 (2,5 Mio. Fälle) sowie von Neubildungen (1,8 Mio. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,7 Mio. Fälle) behandelt. Während bei den Männern diese Rangfolge unverändert bleibt, 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 Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen.

Ohne die Position „Gesunde Neugeborene“ (Z38) war die bei den Behandelten am häufigsten gestellte Hauptdiagnose mit 317 900 Fällen die Herzinsuffizienz (I50). Im Jahr zuvor war es noch die Herzerkrankung Angina pectoris (I20). 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 andere Operationen an Blutgefäßen (5-399), die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377) sowie die lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) (Tabelle 18–3).

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

Im Jahr 2006 wurden durchschnittlich 4,0 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Im Vorjahr waren es mit 3,9 im Schnitt noch etwas weniger. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur

Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können im Download-Bereich des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

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

Tabelle 18–3

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50		317 949	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnosen	Anzahl	in %
Insgesamt		2 556 885	100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	159 040	6,2
2	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	144 749	5,7
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	129 647	5,1
4	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	118 040	4,6
5	N18 Chronische Niereninsuffizienz	103 786	4,1
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt²⁾		31 354	100,0
1	5399 Andere Operationen an Blutgefäßen	5 714	18,2
2	5377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	5 371	17,1
3	5452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	1 846	5,9
4	5893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1 562	5,0
5	5378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 354	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

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

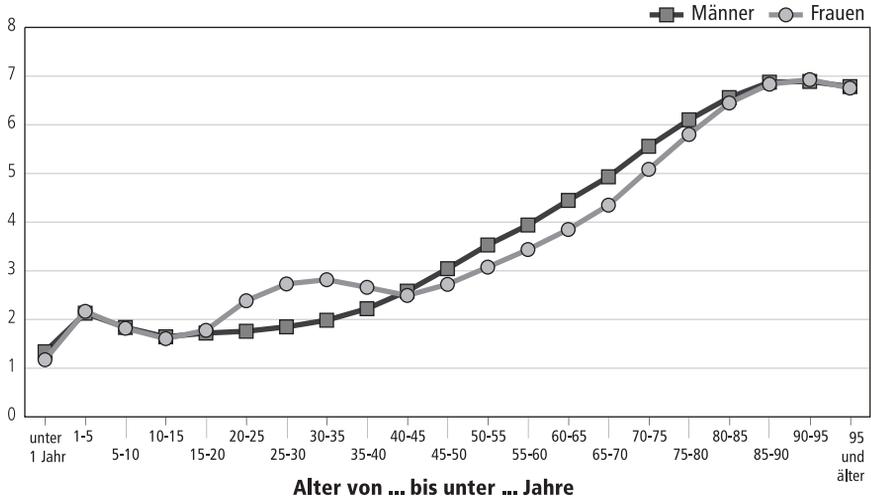
Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 18–3).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der ab 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter an. Regional nach dem Behandlungsort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen im Saarland (4,6), in Thüringen und Sachsen-Anhalt (jeweils 4,4) höher als in Bremen (3,6), Hessen (3,7) und Baden-Württemberg (3,8) (Abbildung 18–4).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an

Abbildung 18-3

Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2006

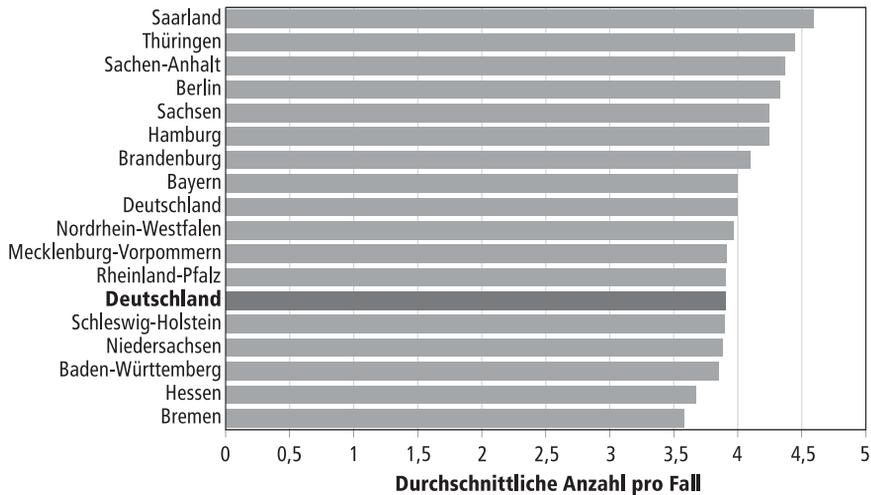


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 18-4

Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Bundesland 2006



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

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 auch bei den Männern, bei den Frauen liegt an zweiter Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) noch vor der Schwangerschaftsdauer (O09) und der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Insgesamt bilden die in Tabelle 18–4 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen bereits knapp 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

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

18.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Den deutlichsten 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 wurden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.⁶ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.⁷ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Im Berichtsjahr 2006 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 37,6 Mio. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 4,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,3 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern des Saarlandes (2,7), in Hamburg (2,6) und Berlin (2,5) behandelt wurden, am höchsten.

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

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

7 Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Tabelle 18–4

Die häufigsten Nebendiagnosen 2006

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			64 834 274	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 411 067	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 131 705	3,3
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	1 783 455	2,8
4	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 322 904	2,0
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 260 031	1,9
6	I50	Herzinsuffizienz	1 170 326	1,8
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 130 457	1,7
8	E66	Adipositas	1 112 019	1,7
9	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1 035 168	1,6
10	N18	Chronische Niereninsuffizienz	970 710	1,5
11	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	961 850	1,5
12	O09	Schwangerschaftsdauer	854 720	1,3
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	780 517	1,2
14	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	701 309	1,1
15	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	647 315	1,0
16	Z37	Resultat der Entbindung	643 237	1,0
17	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	642 574	1,0
18	E86	Volumenmangel	574 278	0,9
19	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	572 189	0,9
20	D62	Akute Blutungsanämie	523 816	0,8
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	508 999	0,8
22	R15	Stuhlinkontinenz	475 843	0,7
23	K29	Gastritis und Duodenitis	470 760	0,7
24	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	464 536	0,7
25	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	438 067	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

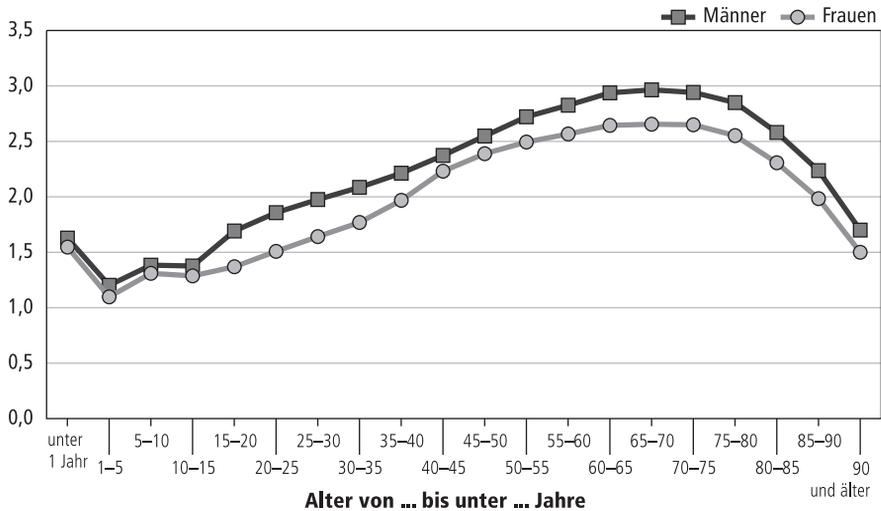
Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2006 bei den 65- bis unter 70-Jährigen mit durchschnittlich 2,7 Operationen und Prozeduren pro Patientin sowie 3,0 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei den Kindern und Jugendlichen.

Abbildung 18-5

Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2006



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Im hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2006 bei den über 90-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 25-Jährigen.

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

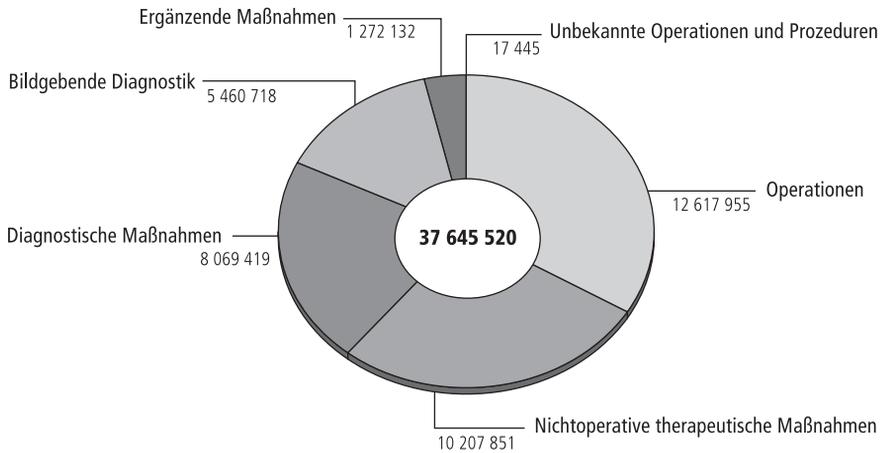
Auf Ebene der Kapitel gliedert sich der OPS in fünf Bereiche: Diagnostische Maßnahmen (z. B. Biopsie, Endoskopie), Bildgebende Diagnostik (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), Operationen (z. B. an den Bewegungsorganen), Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (z. B. Maßnahmen für den Blutkreislauf, Patientenmonitoring) und Ergänzende Maßnahmen (z. B. geburtsbegleitende Maßnahmen, psychotherapeutische Therapie).

Nach dieser Gliederung entfielen 27,1% aller Eingriffe auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (10,2 Mio), 21,4% auf diagnostische Maßnahmen (8,1 Mio.) und 14,5% auf die bildgebende Diagnostik (5,5 Mio.). Am häufigsten aber wurden Operationen (12,6 Mio.) mit einem Anteil von 33,5% veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der bildgebenden Diagnostik mit einem Zuwachs von 7,6% (Abbildung 18-6).

Generell wurden Operationen und ergänzende Maßnahmen häufiger bei Frauen und die bildgebende Diagnostik sowie nichtoperative therapeutische und diagnostische Maßnahmen häufiger bei Männern durchgeführt. Im Vergleich der in den verschiedenen Altersgruppen angewandten Maßnahmen dieser Art wurde die bildgebende Diagnostik bei den über 40-jährigen Frauen und Männern am häufigsten an-

Abbildung 18–6

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel 2006



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

gewandt. Bei den ergänzenden Maßnahmen verhielt es sich umgekehrt. Während etwa jede fünfte Prozedur bei den unter 20-Jährigen eine ergänzende Maßnahme darstellte, waren sie mit Ausnahme der unter 40-jährigen Frauen und der unter 20-jährigen Männer in allen anderen Altersgruppen für beide Geschlechter nur von sehr geringer Bedeutung. Operationen waren mit Abstand die häufigste Prozedur bei den 20- bis unter 40-Jährigen. Rund die Hälfte der Maßnahmen bei Frauen und Männern in dieser Altersgruppen entfiel auf Operationen. Auch im Vergleich mit den anderen Altersgruppen dominierten die Operationen bei den 20- bis unter 40-Jährigen, sehr stark ebenfalls aber auch noch bei den 40- bis unter 60-Jährigen. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen waren die häufigste Prozedur bei den über 85-Jährigen und wurden im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich häufiger durchgeführt. Diagnostische Maßnahmen spielten bei den über 40-Jährigen eine vergleichsweise größere Rolle (Abbildung 18–7).

Werden die erfolgten Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen insgesamt durchgeführten Eingriffen dieser Art auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften wie auch im Jahr zuvor die Operationen an den Bewegungsorganen (3,3 Mio.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2 Mio.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (0,9 Mio.).

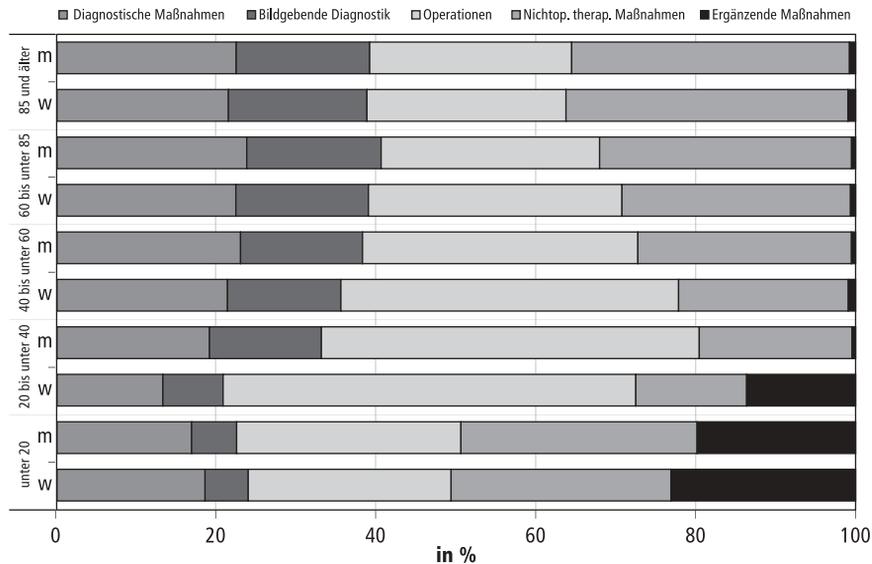
Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen⁸ Allgemeine Chirurgie (28,8%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (13,0%) sowie der Orthopädie (8,8%) erbracht (Tabelle 18–5 und Abbildung 18–8).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt war bei Frauen die häufigste Maßnahme die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammiss

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

Abbildung 18–7

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht 2006



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

(224 400 Fälle), die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (146 400 Fälle) sowie andere Operationen am Darm (141 000). Im Jahr zuvor wurde am dritthäufigsten noch die Episiotomie (Dammschnitt) und Naht durchgeführt, die nun Platz 6 der Rangskala der häufigsten Operationen im Jahr 2006 bei den Frauen belegt. Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch; 153 600 Fälle), an zweiter Stelle wie bei den Frauen die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (135 500 Fälle) sowie an dritter Stelle andere Operationen an Blutgefäßen (121 300 Fälle). Die chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe rutschte von Platz 3 im Jahr 2005 auf Platz 4 der häufigsten Operationen bei den Männern. Tabelle 18–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die knapp 40% aller durchgeführten Operationen ausmachen. Eine differenzierte Übersicht für die Patienten insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 18–e bis 18–g) zu finden.

Tabelle 18–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2006 erbracht wurden. Diese decken fast 70% aller operativen Eingriffe ab.

Auf Ebene der Viersteller gab es die größten Anstiege im Vergleich zum Vorjahr mit 104,6% bei anderen Operationen an der Retina, mit 70,2% bei anderen gelenkplastischen Eingriffen sowie mit 39,7% bei der Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule. Die stärksten Rückgänge waren mit 62,0% bei verstärkenden Eingriffen an einem geraden Augenmuskel, mit 26,0% bei der

Tabelle 18-5
Operationen nach Bereichsüberschriften 2006

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt		Weiblich		Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Männlich Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Weiblich
		Männlich Anzahl	Weiblich Anzahl	Männlich Anzahl	Weiblich Anzahl			
5	Operationen	12 617 955	5 798 749	6 818 545	4,0	4,1	4,0	4,0
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	513 785	264 511	249 261	7,1	6,7	7,5	7,5
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	170 187	46 777	123 401	8,1	8,0	8,2	8,2
5-08-5-16	Operationen an den Augen	479 946	221 626	258 259	4,4	5,0	4,0	4,0
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	135 478	76 621	58 824	-3,1	-2,2	-4,2	-4,2
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	399 718	247 567	152 098	-8,8	-9,2	-8,1	-8,1
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	325 664	174 158	151 452	0,1	0,9	-0,8	-0,8
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	105 713	70 677	35 032	1,4	1,3	1,7	1,7
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	114 954	74 350	40 603	7,4	8,3	5,9	5,9
5-35-5-37	Operationen am Herzen	313 561	203 899	109 637	0,5	0,5	0,6	0,6
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	689 974	377 746	312 162	11,8	15,1	8,2	8,2
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	117 865	45 166	72 696	12,5	4,9	17,8	17,8
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 014 056	1 021 797	992 196	1,5	2,1	0,8	0,8
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	514 079	328 547	185 503	1,3	2,0	0,0	0,0
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	222 734	222 559	175	0,3	0,3	100,0	100,0
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	644 913	-	644 913	3,1	-	3,1	3,1
5-72-5-75	Geburthilfliche Operationen	728 813	-	728 813	2,2	-	2,2	2,2
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	65 640	41 457	24 179	4,9	6,1	3,0	3,0
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 309 239	1 530 732	1 778 317	5,9	5,4	6,4	6,4

Tabelle 18-5

Fortsetzung

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt		Insgesamt		Männlich Anzahl	Weiblich	Insgesamt	Männlich Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Weiblich
		Insgesamt	Weiblich	Männlich	Weiblich					
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	176 471	171 377	5 089	171 377			0,2	-5,2	0,4
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	943 723	424 442	519 242	424 442			5,5	5,9	4,7
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	631 492	305 205	326 228	305 205			10,4	9,0	11,9

¹⁾ Ohne Duplikate

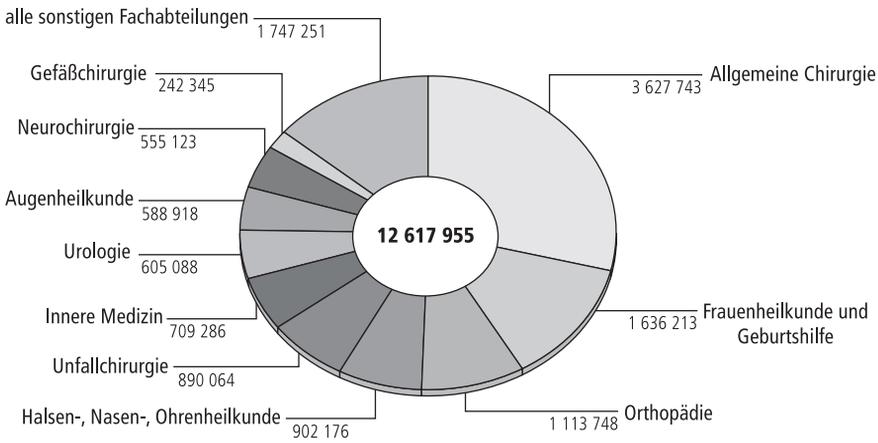
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Abbildung 18–8

Operationen nach Fachabteilungen 2006



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 18–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ nach Vierstellern 2006

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt^{1) 2)}	12 617 955	100,0
1	5812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	281 943	2,2
2	5469 Andere Operationen am Darm	231 960	1,8
3	5758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	224 404	1,8
4	5399 Andere Operationen an Blutgefäßen	210 755	1,7
5	5893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	209 075	1,7
6	5820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	199 040	1,6
7	5511 Cholezystektomie	188 510	1,5
8	5513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	185 382	1,5
9	5032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	184 999	1,5
10	5787 Entfernung von Osteosynthesematerial	184 830	1,5
11	5530 Verschluss einer Hernia inguinalis	175 445	1,4
12	5790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	159 786	1,3
13	5794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbe-reich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	154 481	1,2
14	5385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	152 822	1,2

Tabelle 18–6

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
15	5749 Andere Sectio caesarea	138 030	1,1
16	5683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]	137 786	1,1
17	5810 Arthroskopische Gelenkrevision	137 558	1,1
18	5470 Appendektomie	135 800	1,1
19	5822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	135 393	1,1
20	5738 Episiotomie und Naht	133 872	1,1
21	5811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	133 407	1,1
22	5831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	130 781	1,0
23	5144 Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	124 958	1,0
24	5215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	124 319	1,0
25	5793 Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	119 232	0,9
26	5892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	117 677	0,9
27	5800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	116 614	0,9
28	5452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	113 104	0,9
29	5573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	106 901	0,8
30	5788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	102 462	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 2008/2009

WIdO

Tabelle 18–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ nach Dreistellern 2006

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen^{1) 2)}	12 617 955	100,0
1	581 Arthroskopische Gelenkoperationen	675 889	5,4
2	578 Operationen an anderen Knochen	624 104	5,0
3	589 Operationen an Haut und Unterhaut	563 006	4,5
4	579 Reposition von Fraktur und Luxation	543 308	4,3
5	582 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	426 019	3,4
6	551 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	392 324	3,1
7	583 Operationen an der Wirbelsäule	387 618	3,1
8	539 Andere Operationen an Blutgefäßen	345 577	2,7
9	538 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	344 347	2,7
10	546 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	301 649	2,4
11	553 Verschluss abdominaler Hernien	281 673	2,2

Tabelle 18–7

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
12	503 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	276 842	2,2
13	580 Offen chirurgische Gelenkoperationen	272 793	2,2
14	521 Operationen an der Nase	266 947	2,1
15	545 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	261 922	2,1
16	575 Andere geburtshilfliche Operationen	258 946	2,1
17	557 Operationen an der Harnblase	245 655	2,0
18	590 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	242 533	1,9
19	574 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	233 776	1,9
20	573 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	197 958	1,6
21	528 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	196 949	1,6
22	568 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	186 582	1,5
23	585 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	184 494	1,5
24	515 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	168 936	1,3
25	565 Operationen am Ovar	163 433	1,3
26	506 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	162 736	1,3
27	554 Andere Operationen in der Bauchregion	152 879	1,2
28	547 Operationen an der Appendix	152 318	1,2
29	537 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	149 612	1,2
30	549 Operationen am Anus	146 111	1,2

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Inzision der Bauchwand sowie mit 25,9% bei Operationen an der Stirnhöhle zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigt sich der stärkste Zuwachs bei anderen Operationen an Lunge und Bronchus (26,1%), bei Operationen an Vagina und Douglasraum (25,6%) sowie anderen Operationen an Blutgefäßen (22,6%). Zu den operativen Eingriffen mit dem höchsten Rückgang gehörten die Operationen an den Nasennebenhöhlen (12,2%) und Augenmuskeln (10,6%) sowie mikrochirurgische Operationen am Mittelohr (10,6%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 18–h und 18–i) zu finden.

18.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen

durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.⁹

Danach durchliefen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 1,1 verschiedene Fachabteilungen. 92,3 % der Behandelten wurden dabei ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 91,4 % und bei den Frauen 93,0 %. In zwei verschiedenen Fachabteilungen wurden 6,9 % der Fälle behandelt. Die häufigsten Verlegungen gab es dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und der Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 0,8 % nur noch sehr selten (Tabelle 18–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,1 Mio. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,2 Mio. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mio. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 7,0 und 6,9 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,7 Tagen (Abbildung 18–9).

Neben der Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ war die Fachabteilung „Orthopädie“ die einzige Abteilung, in der im Jahr 2006 mit deutlichem Abstand mehr Frauen als Männer behandelt wurden.

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie sich während ihrer vollstationären Behandlung am längsten aufgehalten haben, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 4,5 Mio. Fällen (27,5 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,7 Mio. Fällen (16,9 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mio. Fällen (12,5 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,7 Tage, in der Chirurgie ebenfalls 7,7 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,9 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 248 400 Fällen Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,6 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,6 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, knapp 90 % der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

An zweiter Stelle in der Inneren Medizin folgte eine weitere Herzkrankheit, und zwar Angina Pectoris (I20) mit 171 000 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,8 % aller Fälle in dieser Abteilung und betraf mit rund 64 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen aber auch noch mit 31,8 % die 45- bis unter 65-jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 5,2 Tagen.

Die Pneumonie (Lungenentzündung) mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J18) war für 3,1 % der Behandlungsfälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 11 Tage im Krankenhaus. Der weitaus größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (74,7 %).

⁹ Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 18–8

Durchlaufene Fachabteilungen nach Geschlecht 2006

Durchlaufene Fachabteilungen	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	14 973 269	92,3	6 856 969	91,4	8 115 130	93,0
Zwei Fachabteilungen	1 122 199	6,9	577 148	7,7	544 988	6,2
Drei und mehr	134 939	0,8	71 055	0,9	63 881	0,7

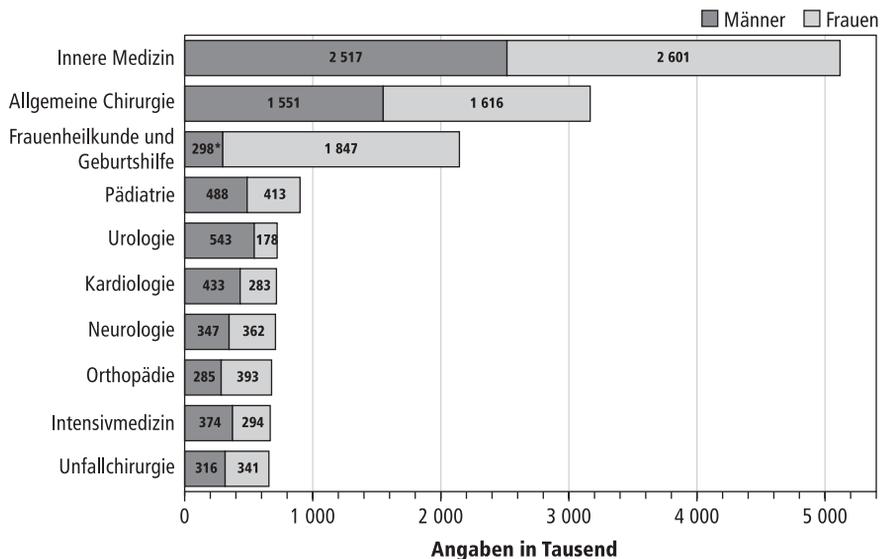
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 8,6 Mio. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 709 300 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die Endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der Lokalen Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes (5-452) und anderen Operationen an Blutgefäßen (5-399). Zwischen 61,8% und 72,7% der Patientinnen und Patienten mit diesen

Abbildung 18–9

Die 10 patientenstärksten Fachabteilungen¹⁰ nach Geschlecht 2006

Krankenhaus-Report 2008/2009

WiDO

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

Tabelle 18-9
Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2006

ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					Anzahl
		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0-15	15-45	45-65 und älter	
Innere Medizin							
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt		7,9	4 467 829	10 553	584 987	1 100 872	2 771 415
1	I50 Herzinsuffizienz	11,6	248 390	1	1 951	24 348	222 090
2	I20 Angina pectoris	5,2	171 009	1	7 732	54 433	108 843
3	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11,0	138 846	280	12 724	22 101	103 741
4	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	6,1	136 954	7	10 208	39 327	87 412
5	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	7,0	132 204	2	5 051	31 902	95 249
6	I21 Akuter Myokardinfarkt	9,0	126 703	0	5 407	33 186	88 110
7	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	10,3	110 965	17	2 436	25 821	82 691
8	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	11,4	109 343	3	4 740	28 033	76 567
9	R55 Synkope und Kollaps	5,8	100 023	288	15 375	19 537	64 823
10	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,6	93 528	958	45 527	38 969	8 074
11	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	5,0	83 907	0	2 043	27 134	54 730
12	K29 Gastritis und Duodenitis	5,7	76 745	90	16 461	20 064	40 130
13	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	8,0	76 113	0	1 834	28 454	45 825
14	I63 Hirninfarkt	11,8	68 233	0	887	8 853	58 493
15	G47 Schlafstörungen	1,8	64 527	45	9 191	33 414	21 877
16	R07 Hals- und Brustschmerzen	3,1	57 233	35	15 125	21 620	20 453

Tabelle 18–9

Fortsetzung

ICD- Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0–15	15–45	45–65 65 und älter	
		Anzahl					
Innere Medizin							
17	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,1	53 790	277	14 391	10 354	28 768
18	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	7,4	52 285	2	1 060	7 034	44 189
19	A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,4	52 071	725	16 952	9 577	24 816
20	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,6	51 036	71	3 678	5 272	42 015
Allgemeine Chirurgie							
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt		8,1	2 736 851	93 969	701 175	802 720	1 138 985
1	K80 Cholelithiasis	6,8	151 589	182	41 795	55 700	53 912
2	K40 Hernia inguinalis	4,0	150 903	1 955	30 902	52 856	65 190
3	K35 Akute Appendizitis	5,8	100 952	16 866	58 403	16 188	9 495
4	S06 Intrakranielle Verletzung	2,7	88 863	12 579	36 338	15 022	24 924
5	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes	9,5	86 771	3 148	28 506	29 843	25 274
6	S72 Fraktur des Femurs	16,1	77 789	744	3 867	8 025	65 153
7	S52 Fraktur des Unterarmes	5,1	68 991	6 726	11 883	18 231	32 151
8	E04 Sonstige nichttoxische Struma	4,7	68 649	32	19 939	33 051	15 627
9	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,5	64 080	1 352	10 052	14 629	38 047
10	M17 Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	11,2	63 248	6	2 315	18 673	42 254
11	K57 Divertikulose des Darms	12,4	63 060	6	7 353	24 875	30 826

Tabelle 18–9

Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
		Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0–15	15–45	45–65 und älter	
		Anzahl					
Allgemeine Chirurgie							
12	I70 Atherosklerose	15,6	60 882	3	764	16 373	43 742
13	I83 Varizen der unteren Extremitäten	4,0	57 095	5	10 530	25 427	21 133
14	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	9,2	49 697	2 901	8 979	11 267	26 550
15	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	16,7	45 468	11	1 205	11 084	33 168
16	M23 Binnenschädigung d. Kniegelenkes (internal derangement)	3,2	45 361	166	11 525	19 218	14 452
17	K43 Hernia ventralis	7,8	42 638	104	6 117	15 779	20 638
18	M16 Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	14,8	41 533	0	764	10 511	30 258
19	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	2,6	38 260	6 655	20 847	5 413	5 345
20	I84 Hämorrhoiden	3,8	36 011	26	12 437	14 571	8 977

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Tabelle 18-10
Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2006

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾					
		in %	Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
				0-15	15-45	45-65	65 und älter
Innere Medizin			Anzahl				
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 582 459	7 230	818 989	2 309 166	5 447 070
Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	709 286	291	43 948	169 309	495 738
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	16,4	116 480	7	9 652	27 033	79 788
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	10,3	72 893	4	2 169	17 732	52 988
3	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	9,6	68 212	9	3 501	22 538	42 164
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	6,9	49 229	0	757	6 012	42 460
5	5-469 Andere Operationen am Darm	5,4	38 185	4	2 228	9 572	26 381
6	5-431 Gastrostomie	4,8	34 333	6	783	4 247	29 297
7	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,6	25 252	5	2 317	9 722	13 208
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,3	23 169	1	1 463	5 598	16 107
9	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	3,0	21 123	12	870	4 996	15 245
10	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,9	20 823	0	364	2 264	18 195
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			6 524 971	81 201	1 169 590	2 012 764	3 261 414
Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	3 627 743	61 231	803 047	1 196 458	1 567 005
1	5-511 Cholezystektomie	4,7	172 266	177	43 395	62 327	66 367

Tabelle 18-10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾				davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0-15	15-45	45-65	65 und älter		
Allgemeine Chirurgie									
2	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	4,3	155 050	2 276	31 428	54 214	67 132		
3	5-469 Andere Operationen am Darm	3,4	125 054	691	18 633	39 027	66 703		
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,4	123 059	577	28 811	53 075	40 596		
5	5-470 Appendektomie	3,3	118 029	19 178	69 371	18 302	11 178		
6	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	94 053	1 306	18 538	26 044	48 165		
7	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,3	84 073	9	16 401	39 297	28 366		
8	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	2,3	83 488	47	6 956	25 750	50 735		
9	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	2,3	82 747	1 669	24 087	28 480	28 511		
10	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,3	82 380	875	14 912	25 606	40 987		

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 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 18–9 und 18–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,7 Mio. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 8,1 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 Gallensteinleidens (K80) stationär behandelt (151 600 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 6,8 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (36,7%) bzw. 65 Jahre und älter (35,6%).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von ebenfalls 5,5% und 150 900 Fällen der Leistenbruch (K40). Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre waren hiervon kaum betroffen, dagegen waren 43,2% 65 Jahre und älter, 35,0% 45 bis unter 65 Jahre und noch 20,5% 15 bis unter 45 Jahre alt.

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war mit 3,7% die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 101 000 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,8 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (57,9%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 6,5 Mio. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 3,6 Mio. 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 53,3% und 38,5% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

This page intentionally left blank

19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen 2006

Thomas Graf

Abstract

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2006 dargestellt. Neben den Krankenhäusern gehören sie ebenfalls zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird durch eine sachliche, eine personelle und eine fachlich-medizinische Komponente bestimmt. Informationen über diese Leistungskomponenten liefern die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Aussagen über den Umfang der Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen können ebenfalls anhand der Grunddaten getroffen werden. Darüber hinaus stehen ab 2003 differenziertere Ergebnisse zur Diagnose- und Patientenstruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten zur Verfügung. Im Rahmen der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht zur Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt.

The article presents data on the supply and utilization of rehabilitation facilities in Germany for the year 2006. Like the hospitals, they are obliged to report data for the official hospital statistics. The supply of rehabilitation facilities is determined by material and staff resources as well as medical components. The basic data on rehabilitation facilities supply information on these service components. The data also yield information on the utilization of the in-patient rehabilitation sector. Beyond that, more differentiated data on the diagnosis and patient structure in rehabilitation facilities with more than 100 beds are available starting from 2003. With the first amendment of the hospital statistics regulation, the obligation to report diagnosis data was expanded to include rehabilitation facilities.

19

19.1 Vorbemerkung

Neben den Krankenhäusern gehören auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Seit 2005 wird diesem Bereich ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem sowohl die Ausstattung der Ein-

richtungen als auch die Patientenstruktur behandelt werden. Aussagen über die Patientenstruktur können jedoch nur für Einrichtungen mit über 100 Betten gemacht werden, da nur diese Diagnosedaten an die amtliche Statistik übermitteln müssen.

Der Umfang der erhobenen Merkmale ist bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen etwas geringer als bei den Krankenhäusern. Insbesondere werden keine Kostendaten erhoben. Demnach gliedert sich das Erhebungsprogramm in nur zwei Teile: die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und die Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten.¹

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder erheben seit 1991 auf Basis der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) bundeseinheitlich Informationen über die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Rechtsgrundlage wurde erstmals 2001 novelliert, um die Erhebung an veränderte Gegebenheiten anzupassen. Diese Änderungen traten größtenteils 2002 in Kraft. Die Erweiterung des Berichtskreises in der Diagnosestatistik um Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen folgte ein Jahr später.²

19.2 Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Tabelle 19–1 gibt einen ersten Überblick über wesentliche Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2006 und die Entwicklung gegenüber den Vorjahren.

Die Entwicklung im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich am besten anhand einiger zentraler Indikatoren. Abbildung 19–1 veranschaulicht deren zeitliche Entwicklung. Im Vergleich zum Basisjahr 1996 sind alle Indikatoren rückläufig. Allerdings war das in diesem Zeitraum kein linearer Trend. 1997 gab es einen deutlichen Einbruch bei der Fallzahl, den Pflgetagen und auch bei der Anzahl der Vollkräfte. Ursache hierfür war, dass in diesem Jahr das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz sowie das Beitragsentlastungsgesetz in Kraft traten. Durch diese gesetzlichen Änderungen wurden die Zuzahlungen erhöht, Übergangsgelder gekürzt, die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen generell von vier auf drei Wochen verkürzt und Rehabilitationsleistungen auf Personen beschränkt, die noch nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

1 Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfolgt in der Fachserie 12 (Gesundheitswesen) des Statistischen Bundesamtes. Die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden in der Reihe 6.1.2, die Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Reihe 6.2.2 publiziert. Beide Veröffentlichungen stehen kostenlos beim Publikationsservice des Statistischen Bundesamts unter <http://www.destatis.de/publikationen> zur Verfügung.

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 BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer 2005; 291–310.

Tabelle 19–1

Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung (in %) 2006 zu		
	2006	2005	2001	1996	2005	2001	1996
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	1 255	1 270	1 388	1 404	-1,2	-9,6	-10,6
Aufgestellte Betten							
– Anzahl	172 717	174 479	189 253	189 888	-1,0	-8,7	-9,0
– je 100 000 Einwohner	210	212	230	232	-0,9	-8,7	-9,5
Vollstationäre Fälle							
– Anzahl	1 836 681	1 813 990	2 096 904	1 916 531	1,3	-12,4	-4,2
– je 100 000 Einwohner	2 230	2 200	2 547	2 340	1,4	-12,4	-4,7
Pflegedage in 1 000	47 011	46 774	53 514	57 839	0,5	-12,2	-18,7
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	26	26	26	30	-0,8	0,4	-15,2
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	75	73	78	83	1,6	-3,7	-10,3
Personal							
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	113 913	113 436	119 709	118 364	0,4	-4,8	-3,8
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	90 489	91 547	99 296	102 247	-1,2	-8,9	-11,5
darunter: – Ärztlicher Dienst	8 117	8 073	8 441	8 534	0,5	-3,8	-4,9
– Pflegedienst	20 724	20 889	21 773	19 057	-0,8	-4,8	8,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

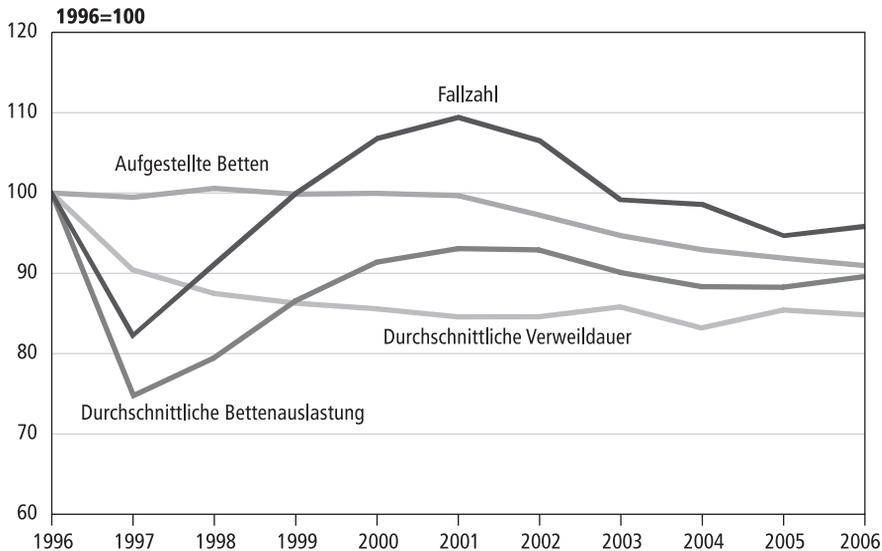
Bis zum Jahr 2001 war jedoch wieder ein kontinuierlicher Anstieg der genannten Kenngrößen zu beobachten. Insbesondere die Fallzahl stieg markant über den Wert des Basisjahrs 1996 an.

Von 2001 an waren allerdings wieder gegenläufige Tendenzen zu beobachten, auch hier sticht die Fallzahl mit dem höchsten Rückgang heraus. Ab 2003 stabilisierten sich alle Indikatoren auf Werten, die unter dem Ausgangswert von 1996 lagen. Allerdings kam es erstmals 2006 bei der Fallzahl wieder zu einer kleinen Steigerung der Werte. Ob sich hier wieder eine Trendwende abzeichnet, muss in den nächsten Jahren beobachtet werden.

Die durchschnittliche Verweildauer sank ohne große Schwankungen seit 1995 bis zu einer Annäherung an die Drei-Wochen-Grenze und hat sich dort seit 2000 weitestgehend stabilisiert.

Abbildung 19–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1996–2006



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

19.3 Das Angebot von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen setzt sich aus einer sachlichen, einer personellen und einer fachlich-medizinischen Komponente zusammen. Die sachliche Ausstattung umfasst die Einrichtungs- und Bettenzahl und die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 19.32.1). Zur personellen Ausstattung gehören die Ärzte und die Beschäftigten im Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst usw. (siehe 19.3.2). In fachlich-medizinischer Hinsicht bestimmen die Fachabteilungen das Leistungsangebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (siehe 19.3.3).

19.3.1 Sachliche Ausstattung

Die Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen war 2006 weiter rückläufig. Am 31.12.2006 gab es in Deutschland 1255 Einrichtungen, 1,2% weniger als im Vorjahr. Es gab in diesem Jahr keine eklatanten Veränderungen in einzelnen Bundesländern. In den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie in Brandenburg gab es 2006 ebenfalls eine Einrichtung weniger. Diese Veränderung wurde im Ländervergleich nicht berücksichtigt, da die Grundge-

samtheit mit vier Einrichtungen im Jahr 2005 für aussagekräftige Veränderungs-raten zu gering war.

Bezogen auf die Bevölkerung standen in Deutschland durchschnittlich 1,5 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 000 Einwohner zur Verfügung. Die höchste Einrichtungsdichte hatten die klassischen „Kurländer“ an Nord- und Ostsee. In Mecklenburg-Vorpommern war sie mit durchschnittlich 3,7 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 000 Einwohner am höchsten, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 2,7 Einrichtungen. An dritter und vierter Stelle folgten südliche Länder. In Bayern standen 2,4 Einrichtungen und in Baden-Württemberg 2,1 Einrichtungen je 100 000 Einwohner zur Verfügung.

Höchste Bettendichte im Norden

Entsprechend des Einrichtungsrückgangs sank auch die Zahl der aufgestellten Betten. Mit rund 173 000 Betten gab es gut 1 000 Betten (1,1 %) weniger als im Vorjahr. Allerdings war dieser Rückgang nicht einheitlich. Während in Bayern 4,3 % der Betten des Vorjahres abgebaut wurden, war in fünf Bundesländern ein Zuwachs von ca. 0,5 % zu verzeichnen.

Der leichte Rückgang bei den aufgestellten Betten wirkte sich natürlich auch auf die Bettendichte je 100 000 Einwohner aus. Im Jahr 2006 standen durchschnittlich 210 Betten je 100 000 Einwohner zur Verfügung und damit zwei Betten (0,9 %) weniger als 2005. Die Bettendichte war in Norddeutschland besonders hoch und lag in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 621 Betten je 100 000 Einwohner fast dreimal so hoch wie der Bundesdurchschnitt und in Schleswig-Holstein mit 398 Betten je 100 000 Einwohner noch fast doppelt so hoch (Tabelle 19–2).

Fusionen bei mittleren Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wahrscheinlich

In einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung waren 2006 durchschnittlich 138 Betten aufgestellt. Damit blieb die Durchschnittsgröße in den letzten fünf Jahren annähernd konstant und lag lediglich um drei Betten über der von 1996. Der Vorsorge- und Rehabilitationsbereich zeichnet sich durch viele kleine Einrichtungen aus. In 2006 besaßen 46 % aller Einrichtungen weniger als 100 Betten. Hier gab es auch die größten Veränderungen. Während die Einrichtungen mit einer Bettenausstattung von 50–99 Betten um 4,6 % abnahmen, verzeichneten die Einrichtungen mit 100–149 Betten einen Zuwachs von 6,0 %. Das gleiche Bild zeigt sich bei der Anzahl der aufgestellten Betten. Diese gingen in den kleineren Einrichtungen um 5,7 % zurück, während die Einrichtungen der nächsthöheren Größenklasse um 5,3 % zulegten. Das deutet auf eine Zunahme der Fusionen bei Einrichtungen im mittleren Bereich hin (Tabelle 19–3).

Die Trägerstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt unverändert

Im Gegensatz zu den Krankenhäusern verhält sich die Trägerstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen seit Jahren statisch. Die meisten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen waren in privater Trägerschaft. Die Privaten stellten einen Anteil 56,4 % aller Träger, gefolgt von den freigemeinnützigen Trägern mit 25,3 % und den öffentlichen mit 18,2 % von. Diese Werte haben sich im

Tabelle 19-2
Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Ländern 2006

Bundesland	Vorsorge- oder Reha- bilitationseinrichtungen		Aufgestellte Betten je 100000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl		Durchschnittliche Verweildauer	
	2006 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2006 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2006 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2006 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2006 in Tagen	Veränderung zum Vorjahr in %
Deutschland	1 255	-1,2	210	-0,7	74,6	1,5	1 836 681	1,3	25,6	-0,7
Baden-Württemberg	222	0,5	260	0,4	70,7	-1,2	291 681	-0,1	24,7	-0,6
Bayern	298	-1,3	251	-4,3	71,7	4,8	334 865	0,9	24,4	-0,4
Brandenburg	27	-3,6	210	-3,4	88,3	5,4	60 822	-0,5	28,4	1,9
Hessen	110	-0,9	290	-0,6	71,5	0,7	167 775	-0,1	27,5	-0,0
Mecklenburg-Vorpommern	63	-1,6	621	-0,9	75,0	3,4	116 945	0,9	24,7	0,8
Niedersachsen	135	-0,7	223	0,6	77,0	0,6	204 544	3,1	24,5	-1,9
Nordrhein-Westfalen	135	-2,9	113	0,4	80,3	0,0	215 553	0,3	27,8	-0,1
Rheinland-Pfalz	66	0,0	200	-0,3	78,6	0,6	84 791	4,4	27,4	-4,1
Saarland	19	0,0	292	0,5	72,0	-1,5	27 222	-0,1	29,5	-1,5
Sachsen	45	0,0	212	0,9	74,4	0,0	92 869	1,8	26,4	-1,3
Sachsen-Anhalt	20	0,0	150	1,5	78,7	2,0	42 600	6,9	24,8	-4,2
Schleswig-Holstein	76	-3,8	398	-0,7	75,6	3,2	134 844	2,6	23,1	
Thüringen	36	0,0	264	-0,4	68,4	2,3	58 666	2,8	26,2	-1,8
Staatsstaaten zusammen:										
Berlin, Bremen, Hamburg	3	-25,0	7	-2,9	79,0	-1,7	3 508	-4,2	33,5	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Tabelle 19-3
 Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Größenklassen 2006

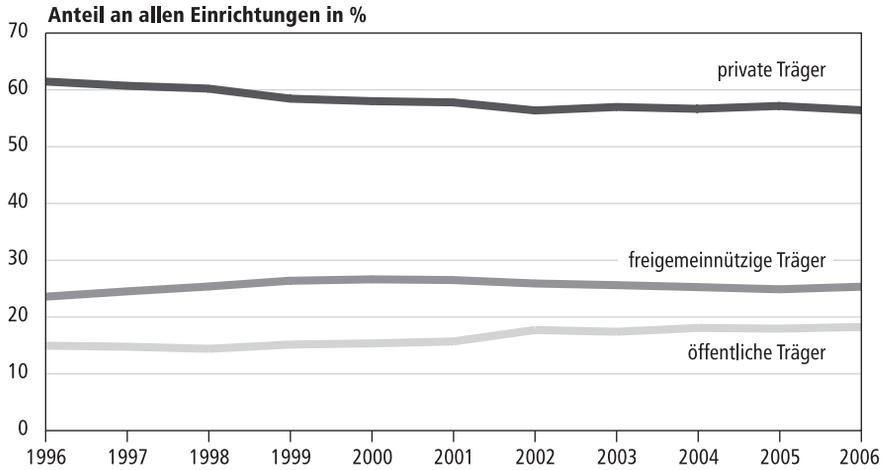
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Bettengrößenklassen	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen		Aufgestellte Betten		Bettenauslastung		Fallzahl		Durchschnittliche Verweildauer	
	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %	2006	Veränderung zum Vorjahr in %
Einrichtungen insgesamt	1 255	-1,2	1 727 17	-1,0	74,6	1,5	1 836 681	1,3	25,6	-0,7
VR bis 49 Betten	280	-2,1	8 465	-0,9	68,5	1,3	69 207	1,8	30,6	-1,3
VR mit 50 bis 99 Betten	292	-4,6	20 528	-5,7	65,4	-0,7	183 595	-4,2	26,7	-2,3
VR mit 100 bis 149 Betten	177	6,0	21 708	5,3	75,8	0,2	231 910	7,2	25,9	-1,5
VR mit 150 bis 199 Betten	187	-0,5	32 691	-0,4	78,4	0,8	366 910	1,6	25,5	-1,2
VR mit 200 bis 249 Betten	167	-1,8	37 214	-1,9	76,3	1,6	407 697	0,2	25,4	-0,5
VR mit 250 und mehr Betten	152	-0,7	52 111	-1,3	75,0	3,1	577 362	1,3	24,7	0,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 19–2

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach der Trägerschaft 1996–2006

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

10-Jahres-Vergleich kaum geändert. 1996 waren 61,5 % der Einrichtungen in privater, 23,6 % in freigemeinnütziger und 15,0 % in öffentlicher Trägerschaft (Abbildung 19–2).

Medizinisch-technische Großgeräte

In der Krankenhausstatistik werden auch medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen, wie z. B. Dialysegeräte, Computer- und Kernspin-Tomographen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Quantitativ haben sie jedoch nicht die gleiche Bedeutung wie in den Krankenhäusern. Der Vollständigkeit halber gibt Tabelle 19–4 einen Überblick über die Geräte und Sondereinrichtungen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, um so die medizinisch-technische Ausstattung in der stationären Versorgung insgesamt darzustellen. Am 31.12.2006 waren 148 medizinisch-technische Großgeräte in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellt. Damit ging der Bestand im Vergleich zum Vorjahr um acht Geräte zurück (5,1 %).

19.3.2 Personelle Ausstattung**Erstmals kein Personalabbau seit 2001**

Am 31.12.2006 waren insgesamt gut 114 000 Personen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Erstmals seit 2001 ging die Anzahl der Beschäftigten nicht zurück, sondern legte leicht um 0,4 % zu, und das in allen Personalbereichen des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes. Den höchsten Zuwachs verzeichnete der ärztliche Dienst mit 1,2 %. Im Pflegedienst war ein Zuwachs von 1,0 % zu verzeichnen.

Tabelle 19–4

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2006

Medizinisch-technisches Großgerät/Sondereinrichtung	2006 Anzahl	Veränderung gegenüber 2005 in %
Insgesamt	148	-5,1
Computer-Tomographen	31	3,3
Dialysegeräte	69	7,8
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	9	12,5
Gamma-Kameras	2	-33,3
Herz-Lungen-Maschinen	7	-65,0
Kernspin-Tomographen	13	-7,1
Koronarangiographische Arbeitsplätze	14	0,0
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	–	–
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	–	–
Stoßwellenlithotripter	3	0,0
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Um die Auswirkungen unterschiedlicher (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung) und kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse entsprechend zu berücksichtigen, geben die befragten Einrichtungen die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) an. Insgesamt gab es 90 500 Vollkräfte, von denen ca. 8 100 im ärztlichen Dienst und 82 400 im nichtärztlichen Dienst beschäftigt waren. Hier zeigt sich ein anderes Bild als bei den Kopfzahlen: Die Gesamtzahl der Vollkräfte ging im Vergleich zu 2005 um 1,2 % zurück, nur der ärztliche Dienst legte um 0,5 % zu.

Diese Diskrepanz zwischen Zuwachs der Kopfzahlen und Rückgang der Vollkräfte erklärt sich u. a. durch die Entwicklung der teilzeit-/oder geringfügig Beschäftigten. Der Anteil dieser Personalgruppe stieg von 37,4% im Jahr 2005 auf 39,0% im Jahr 2006 an. Dieser Trend ist seit mehreren Jahren, insbesondere beim nichtärztlichen Personal zu beobachten. 1996 waren nur 24,4 % aller Beschäftigten in Teilzeit tätig.

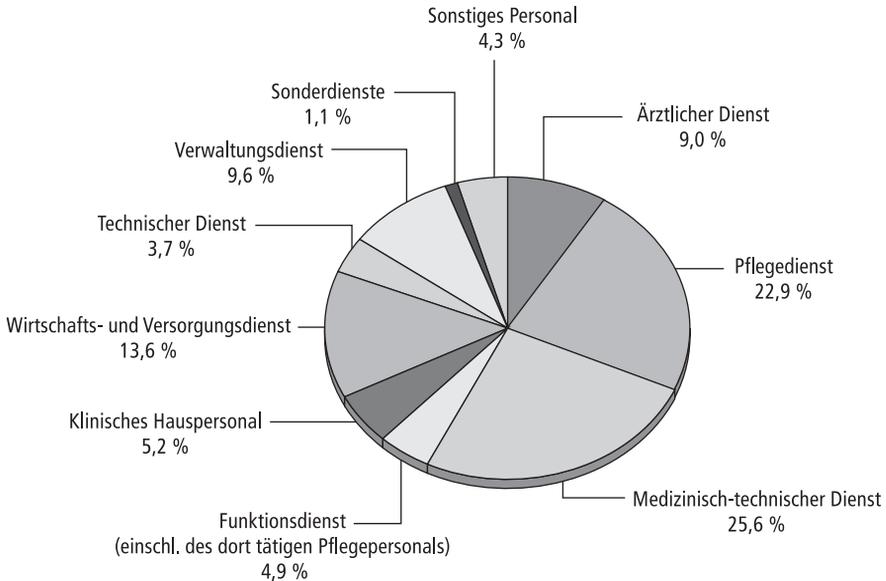
Jeder vierte Beschäftigte arbeitete im medizinisch-technischen Dienst

In den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen hat der ärztliche Dienst eine nicht so starke Bedeutung wie in den Krankenhäusern. 2006 waren 9,0% aller Vollkräfte im ärztlichen Dienst beschäftigt. Mit 25,6% stellte der medizinisch-technische Dienst die größte Personalgruppe. Zu ihr gehören beispielsweise Krankengymnasten, Logopäden und Diätassistenten. An zweiter Stelle folgte der Pflegedienst (22,9%).

Einen Überblick über die Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2006 gibt Abbildung 19–3. Grundlage der Darstellung sind die 90 489 Vollkräfte.

Fast die Hälfte des ärztlichen Personals war 2006 weiblich (47,0%). Der Anteil der weiblichen Beschäftigten hat sich damit gegenüber 2005 um 1,3 Prozentpunkte

Abbildung 19–3

Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2006 (Vollkräfte)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

gesteigert. Mit steigender Hierarchie nahm der Frauenteil des ärztlichen Personals ab. 2006 waren 59,6% aller Assistenzärzte weiblichen Geschlechts, bei den leitenden Ärzten waren es nur noch 19,7%. Aber auch hier erhöht sich der Frauenanteil langsam. 1996 waren lediglich 16,2 % aller leitenden Ärzte weiblichen Geschlechts.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergeben sich auch bei Betrachtung der Beschäftigungsverhältnisse. 21,1 % aller hauptamtlichen Ärzte waren 2006 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Der Anteil der Frauen in diesen Beschäftigungsverhältnissen lag bei 69,7%.

Die Geschlechtsstruktur des nichtärztlichen Personals unterscheidet sich doch grundlegend von der im ärztlichen Personal. Innerhalb des nichtärztlichen Personals war der Frauenanteil viel höher: Die Frauen stellten hier mit 78,2% den größten Anteil der Beschäftigten. Dies zog sich durch nahezu alle Berufsgruppen. Nur im technischen Dienst dominierten die männlichen Beschäftigten.

19.3.3 Fachlich-medizinische Ausstattung

Der fachlich-medizinische Schwerpunkt der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen lag auf den Fachabteilungen Orthopädie und Innere Medizin. Gemessen an der Bettenzahl kam diesen beiden Fachgebieten im Jahr 2006 die größte Bedeutung zu. In der Orthopädie waren 26,8% und in der Inneren Medizin 26,2% der insgesamt knapp 173 000 Betten aufgestellt. Die Anzahl der Fachabteilungen zeigte eine

Tabelle 19-5
 Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2006

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt		Aufgestellte Betten		Durchschnittliche Bettenauslastung		Durchschnittliche Verweildauer	
	2006	Veränderung zum Vorjahr	2006	Veränderung zum Vorjahr	2006	Veränderung zum Vorjahr	2006	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	in %	in %	in Tagen	in %
Fachabteilungen insgesamt	1 804	-0,4	172 717	-1,0	74,6	1,5	25,6	-0,7
Allgemeinmedizin	47	4,4	3 876	24,3	61,3	-2,5	20,5	-2,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15	15,4	823	18,2	85,5	26,8	23,3	-0,3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	36	-5,3	1 608	2,6	56,2	1,2	25,9	-0,9
Innere Medizin	475	-1,9	45 267	-3,5	73,9	2,5	22,7	0,1
Kinderheilkunde	58	-1,7	5 819	-4,1	67,7	-3,1	28,3	0,1
Neurologie	157	4,7	17 191	2,3	83,5	2,3	31,6	-1,4
Orthopädie	357	0,3	46 367	-0,5	78,7	3,4	22,1	-1,2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	36	2,9	2 311	35,5	52,0	-11,4	24,0	-2,0
Psychiatrie und Psychotherapie	189	-1,6	12 598	-0,7	86,0	-1,4	64,9	2,3
Psychotherapeutische Medizin	146	5,0	13 272	5,1	78,4	-0,9	40,5	-0,9
Sonstige Fachbereiche	288	-4,0	23 585	-8,3	60,1	-0,9	21,4	-2,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

ähnliche Verteilung, wobei hier die Innere Medizin an erster Stelle lag (Tabelle 19–5).

Anhand der prozentualen Veränderung zum Vorjahr können kurzfristige Entwicklungen innerhalb der Fachabteilungen analysiert werden. Hier sticht mit einer Steigerung von 35,5 % gegenüber dem Vorjahr die Physikalische und Rehabilitative Medizin heraus. Auch in der Fachabteilung Allgemeinmedizin waren 24,3 % mehr Betten aufgestellt. Die Rückgänge der aufgestellten Betten in den einzelnen Fachabteilungen fielen in 2006 alle einstellig aus. Den stärksten Rückgang gegenüber dem Vorjahr hatten mit 8,3 % die sonstigen Fachabteilungen. Darunter sind alle Fachabteilungen zu verstehen, die nicht zu der in Tabelle 19–5 aufgezeigten Gliederung passen. Bei den Einzelfachabteilungen hatte die Kinderheilkunde mit 4,1 % den stärksten Rückgang. Die Bettenauslastung schwankte in den Fachabteilungen von 52,0 % in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin bis zu 86,0 % in der Psychiatrie und Psychotherapie. Somit steht dem größten Zuwachs an aufgestellten Betten in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin die geringste Bettenauslastung gegenüber.

19.4 Die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Angaben zu vollstationären Behandlungsfällen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden sowohl in den Grunddaten als auch seit 2003 in der Diagnosestatistik erfasst. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen beiden Erhebungen: Bei den Grunddaten handelt es sich um eine Vollerhebung, während die Diagnosestatistik als Teilerhebung konzipiert wurde. Es sind nur Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten dazu verpflichtet, Angaben über ihre Patienten zu machen. Diese Einschränkung erfolgte, um den zusätzlichen Erhebungsaufwand durch die erste Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung gering zu halten. Das Kriterium galt im Jahr 2006 für 54 % aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Zusammen behandelten diese 86,2 % aller vollstationären Vorsorge- oder Rehabilitationspatienten. Der Anteil hat sich gegenüber dem Vorjahr um 4,3 Prozentpunkte erhöht. Es ist zu vermuten, dass aufgrund des Ausschlusses kleiner Einrichtungen ein spezifisches Leistungsspektrum der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht abgebildet werden kann. Dies ist bei der Interpretation der Diagnoseergebnisse stets zu beachten.

In die Darstellung der Ergebnisse gehen beide Erhebungsbereiche ein. Zunächst werden auf Grundlage der Vollerhebung Aussagen zum Gesamtvolumen und zur zeitlichen Entwicklung der Inanspruchnahme von vollstationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gemacht (siehe 19.4.1). Die Diagnosestatistik ergänzt diese Angaben um Informationen über die Patienten- und Diagnosestruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (siehe 19.4.2).

19.4.1 Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten)

Mehr Behandlungsfälle und kürzere Verweildauer

Die Anzahl der vollstationär behandelten Fälle stieg im Jahr 2006 um 1,3 % gegenüber dem Vorjahr. Gleichzeitig ging die durchschnittliche Verweildauer um 0,7 % zurück und lag durchschnittlich bei 25,6 Tagen. Sie reichte von gut 24 Tagen in Bayern bis zu knapp 34 Tagen in den Stadtstaaten. Diese gegenläufige Entwicklung von Fällen und Verweildauer bewirkte eine Steigerung der Bettenauslastung um 1,5 % auf 74,6 %. Sie stieg damit zum ersten Mal seit 2001 wieder an.

Einen Überblick über die restlichen Länderergebnisse bietet Tabelle 19–2.

19.4.2 Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Seit 2003 werden in der Krankenhausdiagnosestatistik auch Angaben zu den Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten erhoben. Es handelt sich um eine jährliche Teilerhebung, für die Auskunftspflicht besteht.

Von den insgesamt 1,8 Mio. Behandlungsfällen³ wurden aufgrund der Einschränkung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2006 rund 1,5 Mio. (82,3 %) in der Diagnosestatistik erfasst. Der Erfassungsgrad lag 2005 noch bei 81,9 %. Auch hier zeigt sich, dass eine Konzentration hin zu den größeren Einrichtungen stattfindet, denn dadurch wird auch der Erfassungsgrad der Patienten in der Diagnosestatistik größer. Tabelle 19–6 gibt einen Überblick über einige Eckdaten der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Alle folgenden Berechnungen wurden **ohne** Patienten mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Alter und unbekanntem Geschlecht vorgenommen, um die Ergebnisse in Relation zur Durchschnittsbevölkerung Deutschlands setzen zu können.

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 56 Jahren

Im Jahr 2006 betrug das Durchschnittsalter der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 56 Jahre. Mit 55 Jahren waren die männlichen Patienten im Durchschnitt etwas jünger als die weiblichen Patienten (56 Jahre). Im Gegensatz zu den Patienten in den Krankenhäusern konzentriert sich die Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht auf Patienten in den sehr hohen, sondern in den mittleren bis hohen Altersgruppen. Die Behandlungshäufigkeit war bei den Patienten im Alter von 45 bis unter 85 Jahren am höchsten. Allerdings steigt auch in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Anzahl der Hochbetagten (85 Jahre und älter). Ihr Anteil stieg von 1,3 % aller Behandelten im Jahr 2003 auf 1,9 % im Jahr 2006. Auf je 100 000 Einwohner berechnet kam es in dieser Altersgruppe zu einer Steigerung um 32,9 % in diesem Zeitraum. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Patienten insgesamt je 100 000 Einwohner nur um 2,5 % angestiegen.

Hier spiegelt sich der demographische Wandel unserer Gesellschaft wider.

³ Die Begriffe „Behandlungsfälle“ und „Patienten“ werden im Folgenden anstelle der korrekten Bezeichnung „aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit mehr als 100 Betten im Berichtsjahr entlassene Patienten (einschl. Sterbefälle)“ verwendet.

Tabelle 19–6

**Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
2006**

Gegenstand der Nachweisung	2006	2005	2004	2003
Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen¹⁾				
Patienten insgesamt	1 508 597	1 485 254	1 463 633	1 482 847
Patienten ohne Personen mit ausländischem/ unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter				
Zusammen	1 497 645	1 473 764	1 433 035	1 462 839
nach Geschlecht				
Männer	697 839	689 912	674 404	703 762
Frauen	799 806	783 852	758 631	759 077
Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner				
- unter 15 Jahre	747	684	758	724
- 15 bis unter 45 Jahre	786	787	809	875
- 45 bis unter 65 Jahre	2 762	2 767	2 759	2 871
- 65 bis unter 85 Jahre	3 452	3 425	3 271	3 143
- 85 Jahre und mehr	1 813	1 700	1 484	1 364
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)				
Insgesamt	56	56	54	53
Männer	55	55	54	53
Frauen	56	56	55	55
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)				
	25,5	25,6	25,8	26,1

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bestimmten das Behandlungsgeschehen

Das Behandlungsspektrum der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen hat sich seit dem Beginn der Erhebung 2003 kaum verändert. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-Pos. M00-M99) waren auch 2006 die häufigste Ursache für einen Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. 34,0% aller Patienten wurde aufgrund einer entsprechenden Hauptdiagnose behandelt. Es folgten Krankheiten des Kreislaufsystems (15,8%), Neubildungen (11,9%) sowie psychische und Verhaltensstörungen (11,1%). Zusammen entfielen fast drei Viertel aller Behandlungsfälle auf diese vier Diagnosekapitel (Tabelle 19–7).

Patienten mit psychischen Erkrankungen verbrachten mit durchschnittlich 39 Tagen die längste Zeit in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Demgegenüber hatten Patienten, die aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit 21 Tagen die kürzeste Verweildauer.

Tabelle 19-7

Behandlungsanlässe der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2006

Pos.-Nr. der ICD-10	Diagnoseklasse/Behandlungsanlass	Patienten und Patientinnen ¹⁾		Durchschnittliche Verweildauer in Tagen			
		Insgesamt	Anzahl Männer Frauen	Insgesamt	Männer Frauen		
Insgesamt		1 508 597	702 786	805 669	25,5	25,9	25,1
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4 696	2 347	2 348	25,8	26,3	25,4
C00-D48	Neubildungen	1 78 794	82 180	96 610	23,7	23,4	24,0
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	9 643	4 216	5 423	22,2	22,4	22,0
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	41 615	21 511	20 099	25,3	25,0	25,6
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 66 896	60 950	1 05 909	39,0	45,5	35,3
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	44 714	22 404	22 307	29,8	29,9	29,7
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1 182	552	630	25,1	25,7	24,5
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4 242	2 269	1 973	27,7	27,7	27,7
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 38 851	150 403	88 447	25,5	25,1	26,1
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	70 233	37 048	33 170	23,8	24,0	23,6
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	18 213	8 241	9 971	23,1	23,1	23,0
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	20 486	9 619	10 859	24,8	25,0	24,6
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	512 475	215 914	296 518	22,5	22,8	22,3
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	4 288	1 560	2 727	22,8	22,5	23,0
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	58	–	58	22,2	–	22,2
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	431	248	183	24,1	25,4	22,4
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3 814	1 682	2 132	25,5	25,3	25,6
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	13 625	4 800	8 824	23,5	24,2	23,1
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	97 663	40 860	56 797	24,9	26,6	23,6

Tabelle 19-7

Fortsetzung

Pos.-Nr. der ICD-10	Diagnoseklasse/Behandlungsanlass	Patienten und Patientinnen ¹⁾		Durchschnittliche Verweildauer	
		Insgesamt	Anzahl Männer Frauen	Insgesamt	Männer Frauen in Tagen
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	74 650	35 046 39 594	21,3	21,4 21,1
	Ohne Diagnoseangabe	2 013	928 1 083	23,4	23,5 23,4

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Das Diagnosespektrum variierte je nach Lebensphase

Die häufigste Einzeldiagnose bei den unter 15-Jährigen war Asthma (ICD-Pos. J45) mit 13 200 Behandlungsfällen. Damit wies auch 2006 fast jedes siebte Kind, das in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurde, die Diagnose Asthma auf. An zweiter Stelle folgte die Neurodermitis (ICD-Pos. L20) mit 7 600 Behandlungsfällen und an dritter Stelle der Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel (ICD-Pos. D80) mit 7 500 Behandlungsfällen.

In der Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen waren es vor allem Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, derentwegen eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Anspruch genommen wurde. Insbesondere die Rückenleiden stellten einen Schwerpunkt da. Fast jeder sechste Patient dieser Altersgruppe wurde wegen Bandscheibenschäden (ICD-Pos. M51) und Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) behandelt. Diese beiden Diagnosen waren die häufigsten in dieser Altersgruppe.

Auch bei den 45- bis unter 65-Jährigen dominierten die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes das Behandlungsgeschehen. Die häufigste Einzeldiagnose waren die Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) mit 53 500 Behandlungsfällen. Bei mehr als jedem elften Patienten in dieser Altersgruppe wurde diese Hauptdiagnose gestellt. Die zweithäufigste Diagnose war die Arthrose des Hüftgelenks (Koxarthrose M16).

Bei den 65- bis unter 85-Jährigen rückten die Arthrosen des Kniegelenks (Gonarthrose M17) und des Hüftgelenks (Koxarthrose M16) in den Vordergrund. Jeder vierte Patient dieser Altersgruppe wurde wegen einer dieser Diagnosen behandelt. Dies hängt vermutlich mit den häufig in dieser Altersgruppe durchgeführten Einsetzungen von künstlichen Hüft- bzw. Kniegelenken zusammen.

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen ist die Fraktur des Femurs (Oberschenkelbruch) (ICD-Pos S72) die zentrale Einzeldiagnose aller Behandlungsfälle. Bei jedem fünften Patienten war dies der Grund für den Aufenthalt in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Tabelle 19–8).

Tabelle 19–8

Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter 2006

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
unter 15 Jahre					
		Insgesamt	86 746	25,3	6,8
1	J45	Asthma bronchiale	13 210	26,6	6,6
2	L20	Neurodermitis (Atopisches Ekzem)	7 609	24,5	5,3
3	D80	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel	7 510	21,9	5,5
4	E66	Adipositas	6 160	33,9	11,1
5	Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	4 628	21,1	5,4

Tabelle 19–8

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
15 bis unter 45 Jahre					
Insgesamt			263 151	29,5	36,1
1	M54	Rückenschmerzen	22 484	23,6	37,9
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	21 765	23,4	37,0
3	F48	Andere neurotische Störungen	20 473	22,1	35,9
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	12 394	33,6	36,0
5	F32	Depressive Episode	9 579	36,2	36,5
45 bis unter 65 Jahre					
Insgesamt			599 989	26,3	54,6
1	M54	Rückenschmerzen	53 469	23,8	53,4
2	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	33 999	22,2	56,8
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	32 097	23,4	53,2
4	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	31 373	22,5	57,1
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	30 518	22,7	55,8
65 bis unter 85 Jahre					
Insgesamt			529 753	22,7	72,9
1	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	68 803	20,8	73,1
2	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	66 209	20,7	72,9
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	38 435	20,8	72,4
4	I63	Hirinfarkt	35 562	30,4	73,8
5	S72	Fraktur des Femurs (Oberschenkelbruch)	21 664	22,2	76,1
85 Jahre und älter					
Insgesamt			28 855	23,1	87,2
1	S72	Fraktur des Femurs (Oberschenkelbruch)	5 411	23,1	88,2
2	I63	Hirinfarkt	2 860	27,8	87,1
3	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	2 664	21,0	86,7
4	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	1 972	21,4	86,5
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1 093	21,0	86,5

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 19–9

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Männern und Frauen 2006

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
Insgesamt			702 786	25,9	55
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	54 142	21,8	63
2	M54	Rückenschmerzen	42 086	23,6	51
3	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	42 005	21,4	65
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	35 135	23,2	50
5	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	34 738	21,6	65
6	I63	Hirninfarkt	33 559	31,2	65
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	30 871	22,9	65
8	I21	Akuter Myokardinfarkt	14 843	21,7	61
9	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	13 292	21,1	65
10	J45	Asthma bronchiale	13 206	25,5	24
Frauen					
Insgesamt			805 669	25,1	56
1	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	70 055	21,3	69
2	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	64 772	21,3	68
3	M54	Rückenschmerzen	44 107	23,3	52
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	43 593	23,7	59
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	29 816	22,7	52
6	I63	Hirninfarkt	25 681	31,1	70
7	F48	Andere neurotische Störungen	23 749	22,6	39
8	S72	Fraktur des Femurs	23 632	22,6	76
9	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	21 217	23,6	51
10	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	19 953	21,1	70

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
 a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

© Statistisches Bundesamt 2008

Unterschiedliches Behandlungsspektrum bei Männern und Frauen

Bei Betrachtung der häufigsten Hauptdiagnosen zeigen sich auch Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Im Jahr 2006 wurden 54 100 und damit die meisten Männer wegen der chronischen ischämischen Herzkrankheit (ICD-Pos. I25) in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Im Durchschnitt waren sie 63 Jahre alt und verbrachten 22 Tage in der Einrichtung. Zwei Tage länger wurden die männlichen Patienten mit Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) behandelt, der zweithäufigsten Diagnose. Bei ihr lag das Durchschnittsalter der insgesamt 42 100 Männer mit 51 Jahren unter dem aller behandelten Männer (Tabelle 19–9).

Die häufigsten Hauptdiagnosen bei den Frauen waren Arthrosen des Kniegelenks (ICD-Pos. M17) und des Hüftgelenks (ICD-Pos. M16). Patientinnen mit diesen Arthrosen waren im Durchschnitt 69 bzw. 68 Jahre alt. Männer, die wegen derselben Hauptdiagnosen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, waren zwischen drei und vier Jahren jünger.

Teil V

Krankenhaus-Directory

(Kapitel 20)

This page intentionally left blank

20 Krankenhaus-Directory 2007

DRG-Krankenhäuser im dritten Jahr der Budgetkonvergenz

Auch in diesem Jahr stellt das Directory deutscher Krankenhäuser Eckdaten aus den Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor. Den nachfolgenden Darstellungen liegen Vereinbarungsdaten und nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtungen zugrunde. Insgesamt finden 1 601 Krankenhäuser Eingang, von denen 45 Krankenhäuser keine DRG-Entgelte zur Abrechnung bringen, da sie zu den besonderen Einrichtung zählen.

In den Abbildungen werden auch die Ergebnisse aus den Directories der vergangenen zwei Jahre dargestellt. Sie liefern Orientierungswerte für die Veränderungsrichtung und Dynamik der Kennzahlen im Zeitverlauf. Dabei ist zu beachten, dass die Grundgesamtheit zwischen den Jahren variiert¹. Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2007 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 2007, andernfalls aus den Vorjahren.

Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 bilden mit 38% der hier dargestellten Einrichtungen die größte Gruppe, gefolgt von der Größenklasse 100 bis unter 200 mit 26% und kleiner 50 mit 20%. 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 Vgl. Krankenhaus-Report 2006 und 2007.

ö für öffentlich
 fg für freigemeinnützig
 p für privat.

Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 41 % der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen mit 38 %. Die restlichen 21 % befinden sich in privater Trägerschaft.

BFW (Basisfallwert)

Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, der multipliziert mit der Bewertungsrelation den Preis einer DRG-Fallpauschale festlegt. Bei den hier ausgewiesenen Basisfallwerten aus dem Jahr 2007 handelt es sich um den Wert ohne Ausgleiche und Berichtigungen (BFWoA). Dieser entspricht in der Regel nicht dem tatsächlichen Zahlbetrag, welcher Ausgleiche aus Vorperioden und Korrekturbeträge bei unterjährigem Inkrafttreten beinhaltet.

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2007 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2007, und es somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz in diesem Jahr ausgenommen ist.

Vereinbarungsergebnisse auf Krankenhausebene können während der Konvergenzphase erst mit vorliegendem DRG-Katalog und Landesbasisfallwert erzielt werden. Der erste vereinbarte Landesbasisfallwert für die Budgetrunde 2007 wurde im Mai 2006 in Berlin festgelegt. Bis Ende 2006 waren mit sechs erst mehr als ein Drittel

Abbildung 20–1

Umsetzungszeitpunkte der Vereinbarungen 2007

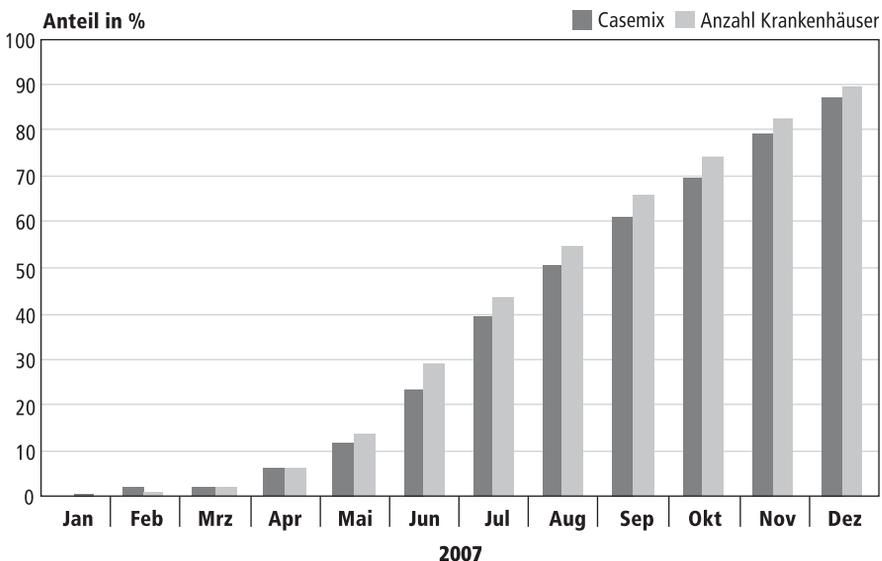
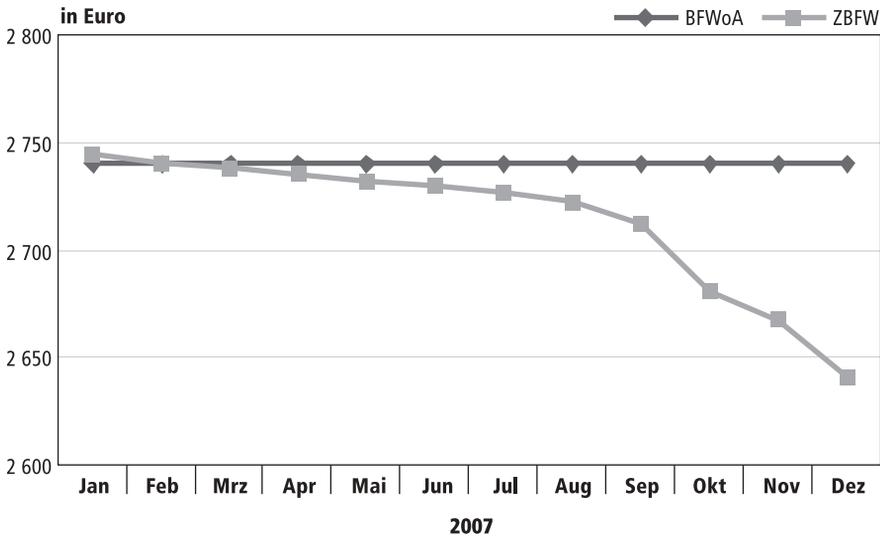


Abbildung 20–2

Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwerte und Basisfallwert ohne Ausgleich für Vereinbarungen 2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

aller Landesbasisfallwerte vereinbart und im April 2007 lagen mit den Vereinbarungen aus Hessen und Sachsen auch die letzten Werte vor. Zu 90% der hier beobachteten Einrichtungen bzw. 87% des DRG-Casemixes konnten die Vereinbarungen unterjährig umgesetzt werden. Die übrigen erfolgten retrospektiv (Abbildung 20–1).

Aufgrund des negativen Saldos der vereinbarten Ausgleichs für Vorperioden i. H. v. –747 Mio Euro und der überwiegenden Zahl an Budgetabschlüssen in der zweiten Jahreshälfte sinkt der Zahlbasisfallwert (ZBFW) für die hier dargestellten Krankenhäuser im Verlauf des Jahres 2007 kontinuierlich ab (Abbildung 20–2). Der Casemix-gewichtete BFWoA liegt für die untersuchten DRG-Krankenhäuser bei 2739,06 Euro, der Zahlbasisfallwert sinkt ausgehend vom Januarwert 2743,74 auf 2640,98 Euro im Dezember. Im Mittel liegt der Zahlbasisfallwert 26 Euro bzw. –1,0% unterhalb des vereinbarten ohne Ausgleiche.

Budget-Konv. in %

Im Rahmen der Konvergenzphase von 2005 bis 2009 werden Basisfallwert und Budget von DRG-Krankenhäusern stufenweise an den jeweiligen landesweiten Basisfallwert (LBFW) angepasst. 2007, also in der dritten Stufe, erfolgt eine Konvergenz um 30,8% des rechnerischen Anpassungsbetrags. Die negative Anpassung ist für das Jahr 2007 auf eine Obergrenze von 2,0% des Krankenhausbudgets begrenzt, für positive Anpassungsbeträge existiert keine Obergrenze². In der Spalte wird die prozentuale Budgetanpassung durch die Konvergenz gegen den landesweiten Ba-

² Die Regelungen finden sich im Detail in § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes.

sisfallwert dargestellt. Beträgt der Wert $-2,0$, so handelt es sich um ein Krankenhaus, für das die Obergrenzenregelung gegriffen hat.

Krankenhäuser, die 2007 einen positiven Anpassungsbetrag vereinbart haben, werden im Weiteren als Konvergenzgewinner bezeichnet, solche mit einem negativen als Konvergenzverlierer. Krankenhäuser, die aufgrund der Obergrenzenregelung nicht den kompletten Anpassungsbetrag als Budgetminderung hinnehmen mussten, gelten als geschonte.

Mit 64 % der hier dargestellten Einrichtungen überwiegt der Anteil der Konvergenzgewinner gegenüber dem der Konvergenzverlierer. Mit 34 % wurde zudem ein relevanter Anteil der Konvergenzverlierer von der vollständigen Budgetanpassung geschont. Somit ist der Anteil der Konvergenzgewinner gegenüber dem Directory des Vorjahres gestiegen und der Anteil der geschonten Verlierer rückläufig: Dort wurde der Anteil der Gewinner mit 60 % festgestellt, der Anteil der Geschonten betrug 43 %.

Dabei sind mehr Budgeterhöhungen bei den Gewinnern angefallen, als die Verlierer abgeben mussten: Das bundesweite Saldo der durch die Konvergenz umverteilten Budgets beträgt 2007 +282 Millionen Euro. Im Jahr 2006 betrug der Wert noch +144 Millionen Euro und 2005 +4 Millionen Euro.

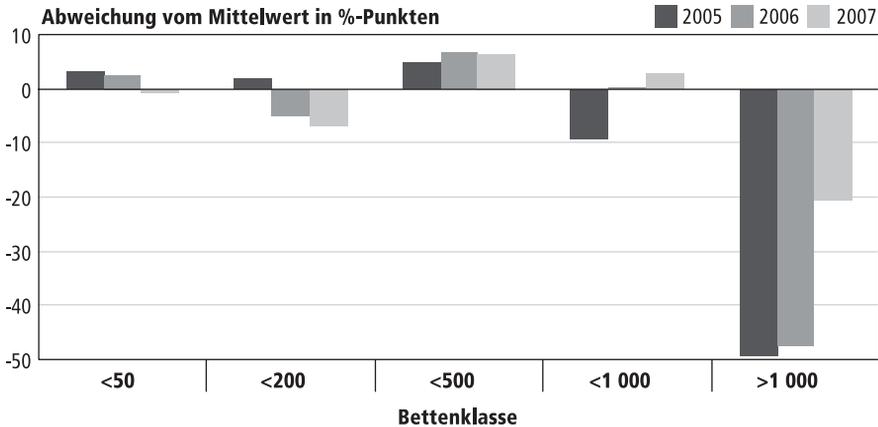
Tabelle 20–1 illustriert die Konvergenzwirkungen nach Bundesländern. Der Anteil der Konvergenzgewinner variiert z. Zt. zwischen 83 % in Bremen und 47 % in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 20–1

Konvergenzwirkungen nach Bundesländern in im Jahr 2007

	LBFW	Anzahl VB	Anzahl BE KH	Anzahl DRG-KH	Konvergenz Gewinner in %	Konvergenz Verlierer in %	davon: geschont in %
Brandenburg	2 719	47	1	46	54	43	15
Berlin	2 930	38	0	38	68	24	0
Baden-Württemberg	2 805	203	7	196	57	43	44
Bayern	2 787	301	26	275	72	27	40
Bremen	2 849	12	0	12	83	17	100
Hessen	2 775	114	0	114	67	33	29
Hamburg	2 830	25	0	25	80	20	0
Mecklenburg-Vorpommern	2 664	26	0	26	65	35	11
Niedersachsen	2 766	173	0	173	56	43	41
Nordrhein-Westfalen	2 687	360	7	353	66	34	37
Rheinland-Pfalz	2 956	72	0	72	76	24	35
Schleswig-Holstein	2 666	49	2	47	64	30	21
Saarland	2 934	24	0	24	58	42	20
Sachsen	2 736	75	1	74	50	50	27
Sachsen-Anhalt	2 750	43	0	43	47	53	39
Thüringen	2 731	39	1	38	63	37	14

Abbildung 20-3

Anzahl Konvergenzgewinner nach Bettenklassen

Quelle: BBR und Wido

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

Für Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 Betten lässt seit 2005 durchgängig ein überdurchschnittlicher Anteil an Konvergenzgewinnern feststellen, während Krankenhäuser mit über 1 000 Betten überdurchschnittlich viele Konvergenzverlierer aufweisen. Der Anteil der Gewinner unter Einrichtungen mit hohen Bettenzahlen steigt aber von 2005 bis 2007 deutlich an (Abbildung 20-3).

Innerhalb der Gruppe der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft ist der Anteil der Konvergenzgewinner überdurchschnittlich, in den übrigen unterdurchschnittlich. Am niedrigsten ist der Anteil der Konvergenzgewinner in der Gruppe der privaten Krankenhäuser. Seit dem Jahr 2005 steigt der Anteil an Gewinnern unter den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft an (Abbildung 20-4).

Die Darstellung nach Regionstypen verdeutlicht, dass Konvergenzgewinner in ländlichen Regionen überrepräsentiert sind und dieser Trend sich im Zeitverlauf verstärkt, während sie in Agglomerations- und verstärkerten Räumen durchgängig unterdurchschnittliche Anteile aufweisen (Abbildung 20-5). Für Krankenhäuser in Agglomerationsräumen ist 2007 erstmals ein leicht überdurchschnittlicher Anteil an Konvergenzgewinnern festzustellen.

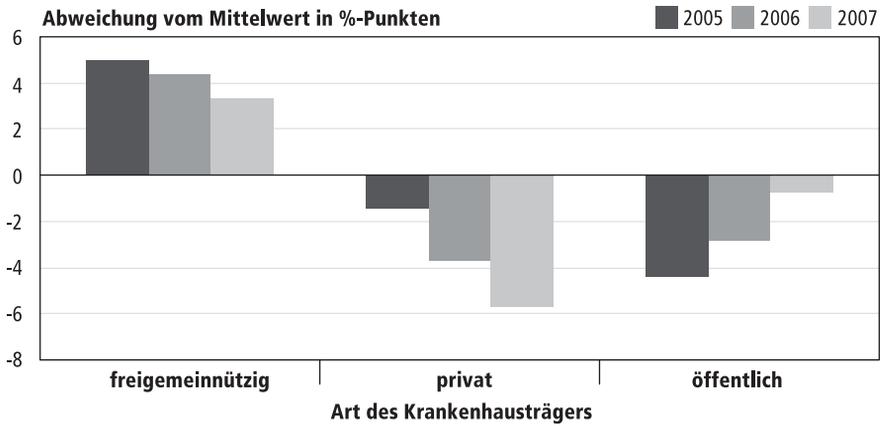
Casemix

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:

- <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.

Abbildung 20-4

Anteil Konvergenzgewinner 2005–2007 nach Trägerarten



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

CMI (Casemix-Index)

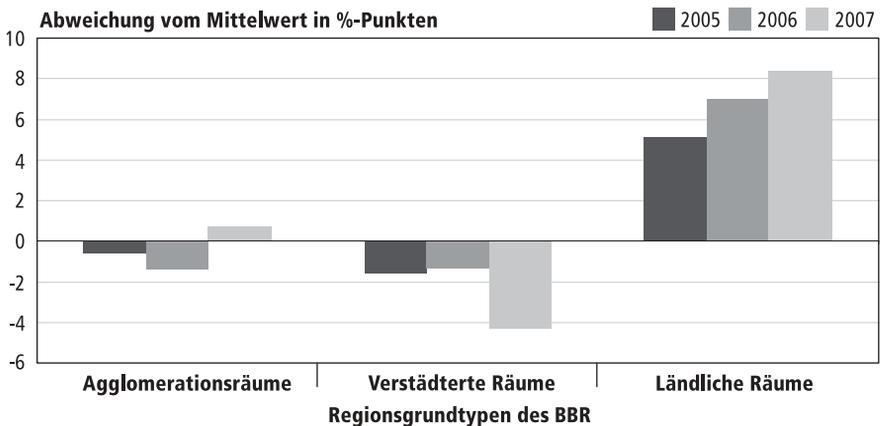
Der Casemix-Index (CMI) beschreibt die mittlere Fallschwere eines Krankenhauses. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Casemix (Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses) und der Gesamtzahl der über DRGs abgerechneten Fälle eines Krankenhauses.

Abw. CMI Land (nur im Internetportal)

Für jede Einrichtung erfolgt ein Vergleich zwischen individuellen CMI mit dem entsprechenden Landeswert (siehe im Internetportal unter www.krankenhaus-

Abbildung 20-5

Anteil Konvergenzgewinner 2005–2007 nach den Regionstypen des BBR



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

report-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 2007 existieren 554 Basis-DRGs.

Im Internetportal befindet sich eine zusätzliche Spalte für die Zahl der Basis-DRGs zu 75 % aller Leistungen.

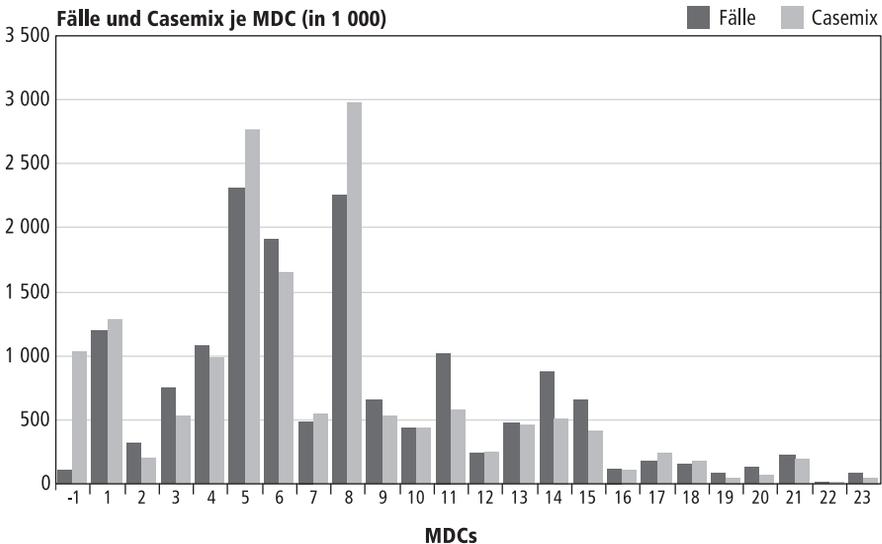
TOP 3 MDC (Major Diagnostic Category)

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 dokumentiert³. Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 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

³ Im Internetportal findet sich die erweiterte Darstellung der TOP 5 MDCs.

Abbildung 20–6

Verteilung von Fällen und Casemix auf MDCs 2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

- 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.

Abbildung 20–6 stellt dar, wie sich Fälle und Casemix anteilig auf die einzelnen MDCs verteilen.

Partitionen in % (Verteilung über die Partitionen)

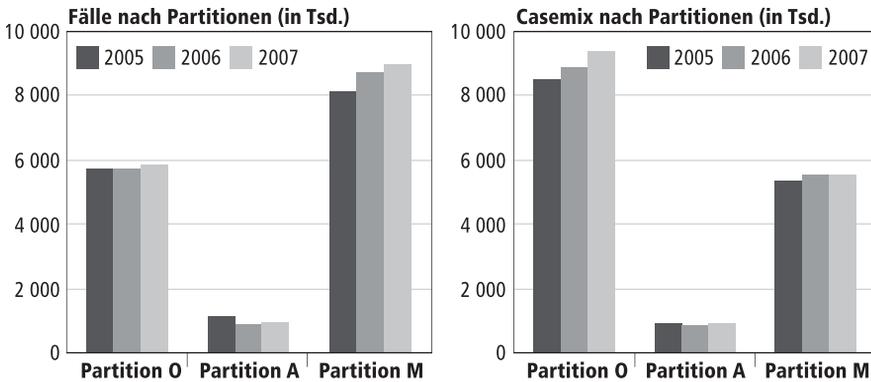
Eine MDC kann in drei Partitionen aufgeteilt sein:

- 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

Abbildung 20–7

Verteilung von Fällen und Casemix auf Partitionen 2005–2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

In den betrachteten Krankenhäusern wurden insgesamt 15 747 906 DRG-Fälle vereinbart. Diese entfallen zu 37% auf die operative Partition, zu 6% auf die andere Partition und zu 57% auf die medizinische Partition (Abbildung 20–7). Für die operative Partition bleibt die vereinbarte Fallzahl über den Zeitraum 2005 bis 2007 relativ konstant, während die durchschnittliche Fallschwere (CMI) und damit der Casemix deutlich ansteigen. In der medizinischen Partition wachsen dagegen die Fallzahlen bei rückläufigem CMI, sodass in der Summe der vereinbarte Casemix auf ähnlichem Niveau verbleibt.

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.

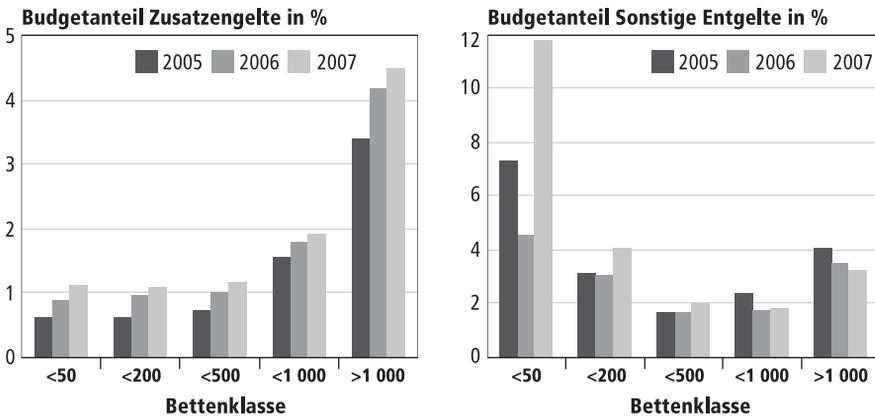
Budget-Anteile ZE/SE

Für Leistungen, die mit DRGs noch nicht sachgerecht vergütet werden, können die Vertragspartner individuelle Leistungskomplexe und Entgelte vereinbaren. Dazu gehören im Jahr 2007 u. a. 46 DRGs, zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrichtungen und teilstationäre Behandlung⁴. 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 (ZE) können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 59 vom InEK kalkulierten und bundeseinheitlich vergüteten hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Im Zeitraum von 2005 bis 2007 hat sich die Zahl solcher Entgelte im Katalog kontinuierlich erhöht. Abbildung 20–8

⁴ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Abbildung 20–8

Budgetanteile Zusatz- und sonstige Entgelte 2005–2007 nach Bettenklassen

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

beschreibt den Anteil der bundesweiten und hausindividuellen Zusatzentgelte am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten.

Der Budgetanteil der Zusatzentgelte wächst 2007 mit steigender Bettenzahl von 1,1 % für Krankenhäuser mit bis zu 50 Betten bis auf 4,5 % für solche mit über 1 000 Betten. Dagegen ist der Budgetanteil der sonstigen Entgelte in Häusern bis zu 50 Betten – bedingt durch den hohen Anteil an besonderen Einrichtungen – am höchsten (11,7 %). Für die übrigen variiert er zwischen 1,9 % und 4,1 % (Abbildung 20–8).

Bes. Leist. (B/N/H/P)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern sind Leistungsbereiche vereinbart, die nach FPVBE 2007 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2007 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB) vereinbart wurden. Verglichen mit den 82 Krankenhäusern, die im Jahr 2005 eine Vereinbarung über mindestens eine NUB-Leistung getroffen haben, ist der Wert 2007 auf 297 stark angestiegen.

„H“ kennzeichnet Krankenhäuser, in denen Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. Von den hier beobachteten Krankenhäuser haben 22 eine solche Leistung vereinbart, 2005 waren es noch neun. „P“ markiert Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung.

Abw. Ist: Fälle/CMI/Casemix

Zu 1 346 Einrichtungen liegen neben den Vereinbarungen auch IST-Daten für das gesamte Jahr 2007 vor. Für diese Einrichtungen werden die Abweichungen von Fallzahl, CMI und Casemix gegenüber den vereinbarten Werten mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

Tabelle 20–2

Abweichung der IST-Werte gegenüber der Vereinbarung zu 1 346 Einrichtungen

	Fallzahl	Casemix	CMI
Überschreitung	67 %	66 %	45 %
keine Abweichung	1 %	1 %	1 %
Unterschreitung	31 %	34 %	54 %

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

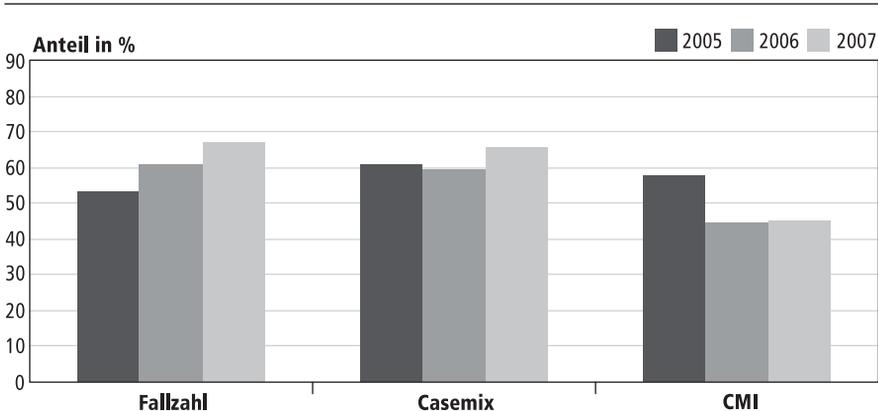
- +++ = Abweichung zur Vereinbarung von über 20 %
 ++ = Abweichung zur Vereinbarung von 10 % bis unter 20 %
 + = Abweichung zur Vereinbarung über 0 % bis unter 10 %
 = keine Abweichung
 – = Abweichung zur Vereinbarung unter 0 % bis über –10 %
 – – = Abweichung zur Vereinbarung von –10 % bis über –20 %
 – – – = Abweichung zur Vereinbarung von unter –20 %.

Mit 67 % hat die Mehrzahl der betrachteten 1 346 Krankenhäuser demnach 2007 die vereinbarte Fallzahl überschritten. Eine Überschreitung des vereinbarten Casemix ist für 66 % festzustellen, des CMI für 45 % (Tabelle 20–2 und Abbildung 20–9).

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 20–3).

Abbildung 20–9

Anteil der Krankenhäuser mit IST-Überschreitung der Vereinbarung 2005–2007

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Tabelle 20-3
Budgetanteile 2007 nach Bundesländern

	Anzahl Krankenhäuser	CMI	Partitionen in %			Leistungsdichte Basis DRGS		Top 3 MDC			Budget- anteile in %			Bes. Leistungen		
			O	A	M	25 %	50 %	1	2	3	ZE	SE	B	N	H	P
Brandenburg	47	1,006	35	7	58	13	46	5:16 %	8:15 %	6:12 %	2,2	1,4	3	11	0	16
Berlin	38	1,051	41	7	53	13	50	5:14 %	8:13 %	6:11 %	2,4	2,2	0	6	2	10
Baden-Württemberg	203	1,013	39	5	56	13	46	5:14 %	8:14 %	6:11 %	2,1	3,5	13	44	2	39
Bayern	301	1,01	39	6	56	14	47	8:16 %	5:15 %	6:12 %	2,8	5,6	56	68	12	41
Bremen	12	0,975	36	5	59	11	43	8:14 %	5:12 %	6:11 %	2,8	3,8	0	2	1	3
Hessen	114	1,031	37	7	56	13	47	5:15 %	8:14 %	6:12 %	1,6	2,9	6	12	2	16
Hamburg	25	1,067	42	7	52	12	44	8:15 %	6:13 %	5:12 %	1,0	5,8	2	5	0	3
Mecklenburg-Vorpommern	26	0,998	36	6	58	13	46	5:16 %	8:13 %	6:11 %	2,2	2,5	0	2	0	5
Niedersachsen	173	1,021	38	5	57	13	44	5:15 %	8:14 %	6:12 %	1,6	1,7	1	28	0	14
Nordrhein-Westfalen	360	0,978	36	6	58	11	43	5:15 %	8:14 %	6:12 %	1,8	2,0	28	61	3	60
Rheinland-Pfalz	72	0,929	35	6	59	11	41	5:16 %	8:14 %	6:13 %	1,5	2,4	7	1	0	15
Schleswig-Holstein	49	1,067	38	7	56	14	47	8:16 %	5:16 %	6:12 %	2,4	2,6	5	13	0	5
Saarland	24	0,96	32	6	62	9	37	5:15 %	11:13 %	6:11 %	2,1	1,4	1	2	0	7
Sachsen	75	1,047	38	5	57	14	46	5:15 %	8:14 %	6:13 %	2,2	1,4	1	17	0	20
Sachsen-Anhalt	43	1,029	34	6	59	13	45	5:15 %	8:13 %	6:13 %	2,2	2,5	0	12	0	12
Thüringen	39	1,066	36	7	57	14	47	5:16 %	8:15 %	6:13 %	2,3	1,2	1	13	0	2

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	DKG	5:29%	1:18%	6:13%			O	ZE	SE	B	N	H	P
Krankenhaus Ebersteinburg	Baden-Baden	<50	fg	2891	-1,65	<5000	0,839	2	7	5:29%	1:18%	6:13%	0	0,0	0,0				nb	nb	nb	
Rheumazentrum Baden-Baden gGmbH	Baden-Baden	<500	p	2728	1,49	<5000	1,114	1	2	8:93%	1:1%	4:1%	1	4,1	60,5							
Stadtklinik	Baden-Baden	<500	ö	2642	2,85	<20000	0,929	11	36	6:17%	8:13%	1:10%	35	1,0	0,3							
Neurologische Klinik Seizer	Baden-Baden	<200	p	BE																		
Kreislinik Balingen Kreiskasse Zollernalbkreis	Baiersbronn	<500	ö	2786	0,27	<10000	0,891	8	22	8:23%	5:15%	6:14%	25	0,3	0,0							
Klinikverbund Kreiskliniken Biberach GmbH	Balingen	<1000	ö	2748	0,90	<50000	0,906	10	32	8:16%	5:15%	6:13%	35	0,4	0,1							
Krankenhaus Bietigheim	Biberach	<500	ö	2790	0,06	<20000	0,894	8	27	6:18%	5:14%	8:10%	34	0,6	0,1							
Kreiskrankenhaus	Bietigheim-Bissingen	<200	ö	3217	-2,00	<5000	0,731	6	22	6:15%	8:13%	5:11%	35	0,0	0,0							
Gefäßklinik Dr. Berg GmbH	Blaubeuren	<50	p	2113	14,32	<1000	0,515	1	1	5:92%	6:7%	9:1%	98	0,0	0,0							
Kreiskrankenhaus Brackenheim	Blaubeuren	<200	ö	2970	-2,00	<5000	0,827	7	21	6:22%	5:16%	8:13%	35	0,0	0,0							
HELOS Rosmann Klinik Breisach	Brackenheim	<200	p	2834	-0,44	<5000	1,138	5	19	8:51%	6:11%	5:8%	49	0,8	0,0							
Rechbergklinik	Breisach	<500	ö	2757	0,85	<10000	0,876	9	29	6:15%	5:15%	8:14%	28	0,3	0,3							
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal	Bretten	<500	ö	2630	3,03	<20000	0,910	10	33	6:17%	5:16%	8:10%	36	0,2	0,0							
Kreiskrankenhaus Buchen Krskas. Neckar-Odenwaldkreis	Bruchsal	<500	ö	2749	0,86	<10000	0,773	8	25	5:17%	6:14%	8:10%	30	0,9	0,0							
Kreiskrankenhaus Bühl	Buchen	<500	ö	2828	-0,35	<10000	0,896	7	22	8:21%	5:15%	6:11%	32	0,1	0,1							
Kreiskrankenhaus Calw	Bühl	<500	ö	2863	-0,60	<10000	0,858	7	26	5:20%	8:17%	6:11%	32	0,5	0,1							
Landesklinik Nord-schwarzwald	Calw	<500	ö	4301	-2,00	<1000	0,776	1	3	1:45%	8:36%	19:12%		0,0	2,6							
Kreiskrankenhaus Crailsheim	Calw	<500	ö	2858	-1,54	<10000	0,804	8	23	6:17%	5:14%	8:11%	27	0,4	0,0							
Kreiskrankenhaus Eberbach	Crailsheim	<200	ö	2809	0,17	<5000	0,913	9	26	6:15%	5:14%	8:13%	43	0,1	0,0							
Kreiskrankenhaus	Eberbach	<200	ö	2936	-1,62	<10000	0,777	7	24	6:13%	8:12%	5:12%	31	0,4	0,0							
St. Anna-Virginund-Klinik Ellwangen	Ehingen	<500	ö	2738	1,06	<10000	0,825	8	30	6:16%	8:12%	5:10%	37	0,0	0,0							
Neurologische Klinik Elzach	Ellwangen	<50	fg	3845	-2,00	<1000	1,845	1	2	1:97%	21:3%			0,0	80,8							
Kreiskrankenhaus Emmendingen	Elzach	<500	ö	2779	0,59	<10000	0,771	6	22	5:17%	6:13%	8:10%	30	0,8	0,0							
AERPAH Klinik Esslingen	Emmendingen	<50	fg	3127	-2,00	<1000	1,219	4	9	5:23%	1:19%	8:18%		0,4	0,0							
Städtische Kliniken Esslingen	Esslingen	<1000	ö	2684	2,18	<50000	0,921	4	22	5:18%	11:15%	6:10%	32	1,8	0,4							
Filderklinik	Esslingen	<500	fg	2750	1,00	<10000	0,726	2	11	14:22%	15:17%	6:11%	18	2,3	3,2							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	O	ZE			SE	B	N	H	P	Fälle	CM
Thoraxklinik – Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<500	ö	2585	3,88	<20000	1,304	1	1	4:92%	6:1%	23	3,0	1,4				+	+	+
Klinikum Heidenheim	Heidenheim	<1000	ö	2757	0,73	<20000	0,713	1	14	11:33%	5:11%	24	1,3	0,2	P			+	+	-
Dr. med. E. Klein GmbH	Heilbronn	<50	p	2762	-0,50	<1000	0,666	1	3	11:54%	12:40%	81	0,0	0,0				-	-	+
Dr. med. Rudolf Glöckner Dr. med. Frido Mütlich	Heilbronn	<50	p	2614	1,65	<1000	0,522	1	3	6:56%	5:13%	100	0,0	0,0				+	-	-
Klinikum Heilbronn GmbH	Heilbronn	<1000	ö	2705	1,57	<50000	0,938	8	38	6:11%	5:10%	38	1,0	0,4	N			+	+	+
Kreiskrankenhaus Herrenberg	Herrenberg	<500	ö	2711	1,37	<10000	0,831	5	21	5:17%	6:16%	32	0,2	0,1				+	-	-
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Isny/Leutkirch	Isny	<200	fg	3104	-2,00	<5000	0,933	9	24	8:32%	5:17%	35	0,2	0,0				+	+	+
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach	Karlsbad	<1000	p	3363	-2,00	<20000	1,461	6	19	8:45%	5:20%	44	7,4	24,5	B N H P			+	+	-
Evangelische Diakonissenanstalt	Karlsruhe	<500	fg	2855	-0,61	<20000	0,945	5	28	6:13%	3:11%	48	0,8	0,1	P			+	-	-
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH	Karlsruhe	<50	p	2988	-2,00	<20000	4,522	1	3	5:94%	-1:4%	97	1,4	0,0				+	+	+
Paracelsus-Klinik	Karlsruhe	<200	p	2733	-0,18	<10000	0,977	10	27	8:29%	6:19%	49	0,3	0,0				nb	nb	nb
St. Vincentius Krankenhaus	Karlsruhe	<1000	fg	2647	2,76	<50000	0,956	7	29	8:15%	5:14%	57	0,7	0,0				-	+	+
Städtisches Klinikum gGmbH	Karlsruhe	>1000	ö	2779	0,58	>50000	0,954	8	37	11:18%	5:12%	34	2,7	1,5	B N P			+	+	+
Epilepsiezentrum Kork	Kehl	<200	fg	BE									0,0	100,0	B			nb		
Krankenhäuser d. Ortenaukreis, Kreis Krankenhaus Kehl	Kehl	<200	ö	3002	-2,00	<5000	0,817	9	30	6:14%	5:12%	28	0,3	0,0				+	+	-
Herzentrum Bodensee GmbH Klinik für kardiologische Herz- und Gefäßchirurgie	Konstanz	<50	p	2872	-0,32	<10000	2,305	2	5	5:98%	18:1%	62	1,4	0,0				++	+	-
Klinikum Konstanz	Konstanz	<500	ö	3163	-2,00	<20000	0,861	7	34	11:13%	6:12%	37	0,5	1,0				-	+	+
Vincentius-Krankenhaus AG Konstanz	Konstanz	<50	fg	2834	-0,76	<5000	2,094	1	2	8:99%	21:0%	93	0,0	0,0				+	-	-
Hohenloher Krankenhaus GmbH*	Künzelsau	<200	ö	2968	-1,42	<5000	0,941	9	25	8:22%	5:17%	35	0,1	0,1				nb	nb	nb
Herzentrum Lahr/Baden	Lahr	<50	ö	3081	-2,00	<20000	2,968	2	5	5:96%	-1:3%	66	2,2	0,0				+	+	-
Klinikum Lahr	Lahr	<500	ö	2897	-1,31	<20000	1,024	12	35	5:19%	8:13%	41	1,1	0,4	N P			+	+	-
Kreiskrankenhaus	Langensau	<50	ö	2797	0,12	<5000	0,796	3	11	8:23%	5:17%	51	0,7	0,0				+	+	+
Kreiskrankenhaus Leonberg	Leonberg	<500	ö	2838	-0,68	<20000	0,969	10	33	5:18%	6:15%	35	0,5	0,0				+	-	-
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH	Lörrach	<500	ö	2814	0,22	<20000	1,060	10	29	5:21%	6:21%	30	1,1	0,1	N			-	-	-
St. Elisabethen-Krankenhaus	Lörrach	<500	fg	2980	-2,00	<10000	0,592	3	10	14:19%	15:13%	31	0,1	0,4	P			-	+	+
Klinik Löwenstein	Löwenstein	<500	ö	2652	3,03	<10000	1,087	1	3	4:80%	5:5%	16	1,2	1,9				nb	nb	nb

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	1	2			3-97%	21-2%	1-1%	B	N	H
HNO-Fachklinik Dr. med. Herbert Bauer	Ludwigsburg	<50	p	2405	5,56	<1000	0,435	1	2	3-97%	21-2%	1-1%	0,0	0,0				-	-
Klinikum Ludwigsburg	Ludwigsburg	>1000	ö	2778	0,40	<50000	0,977	10	34	5-15%	6-14%	1-13%	2,1	1,0	P			-	+
Diakonekrankenhaus	Mannheim	<1000	fg	2751	0,55	<20000	0,996	8	28	5-12%	14-10%	14-10%	0,2	0,6				-	+
Klinikum Mannheim gGmbH	Mannheim	>1000	ö	2757	0,92	>50000	1,141	14	46	6-12%	1-11%	8-11%	3,2	5,3	B	N		+	+
Therienkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH	Mannheim	<1000	fg	2724	1,41	<50000	0,915	9	33	5-19%	8-14%	6-13%	0,6	0,3	N			+	+
Krankenhaus Marbach	Marbach	<200	ö	2855	-1,02	<5000	0,917	3	13	8-23%	1-22%	6-15%	0,1	0,0				+	-
Orthopädische Klinik Markgröningen GmbH	Markgröningen	<500	ö	2627	3,08	<10000	1,502	3	7	8-96%	1-3%	21-0%	3,0	4,4	N			-	+
Kinderzentrum Maulbronn GmbH	Maulbronn	<50	fg	BE									0,0	100,0	B			nb	nb
St. Lukas-Klinik gGmbH	Meckenbeuren	<50	fg	2534	4,86	<1000	0,882	1	3	3-35%	1-18%	19-10%	0	14,8	0,0	P		nb	nb
Kreiskrankenhaus Möckmühl	Möckmühl	<50	ö	2898	-1,56	<5000	0,825	8	22	8-26%	5-20%	6-17%	0,0	0,0				+	+
Johannes-Anstalten Mosbach	Mosbach	<50	ö	2593	2,33	<1000	0,682	4	12	4-18%	8-12%	6-11%	14,5	0,0				P	--
Kreiskrankenhaus Mosbach	Mosbach	<500	ö	2826	-0,21	<10000	0,815	7	23	8-17%	5-16%	6-12%	0,4	0,0				+	+
Steinlach-Klinik Dr. med. B. Eissler	Müßingen	<50	p	2675	2,05	<1000	0,835	4	12	8-54%	6-11%	9-10%	0,0	0,0				+	+
Enzkreis-Kliniken	Mühlacker	<500	ö	2837	-0,54	<10000	0,818	6	23	8-13%	6-13%	14-13%	0,7	0,0	N			-	+
HELIOS Klinik Müllheim	Müllheim	<200	p	3077	-2,00	<5000	0,824	9	28	6-18%	8-9%	1-8%	0,0	0,0				+	+
Altklinik Münsingen	Münsingen	<200	ö	2900	-0,69	<5000	0,949	9	27	8-20%	6-18%	5-15%	0,2	0,0				+	+
Kreiskrankenhaus Nagold Kreisasse Calw	Nagold	<500	ö	2754	1,22	<10000	0,886	8	29	6-19%	11-11%	5-10%	0,2	0,1				+	+
Fachkrankenhaus Neckargemünd gGmbH	Neckargemünd	<200	fg	2513	5,11	<5000	1,340	2	3	5-50%	11-28%	8-15%	7,8	30,0				--	+
Fachkrankenhaus Neresheim	Neresheim	<50	fg	BE									0,0	100,0	B			nb	nb
Kreiskrankenhaus Neuenbürg Landratsamt Enzkreis	Neuenbürg	<200	ö	2806	0,19	<5000	0,948	9	25	6-23%	5-17%	8-15%	0,0	0,0				+	-
Klinik Öschelbronn	Niefem-Öschelbronn	<50	fg	2809	-0,81	<5000	0,785	2	5	9-18%	6-18%	4-13%	0	8,9	0,5			-	-
Klinikum Kirchheim-Nürtingen	Nürtingen	<1000	ö	2902	-0,85	<20000	0,970	10	29	6-15%	5-15%	8-14%	0,7	0,3	N	P		+	+
Kreiskrankenhaus St. Bernhard	Oberkirch	<200	ö	2903	-1,58	<5000	0,780	5	17	8-20%	5-13%	6-13%	0,0	0,0				+	-
Städtisches Krankenhaus Stadtkasse	Oberndorf	<200	ö	2827	-0,14	<5000	0,807	8	25	6-21%	5-18%	8-13%	0,5	0,1				+	+
Klinikum Offenburg	Offenburg	<500	ö	2758	0,81	<20000	0,800	2	20	11-31%	6-8%	1-8%	3,0	2,6	0,8	N	P	+	+
St. Josef-Krankenhaus	Offenburg	<500	fg	2823	-0,22	<10000	0,837	5	20	6-16%	5-14%	14-11%	0,1	0,2				-	-
Hohenloher Krankenhaus GmbH	Öhringen	<500	ö	2912	-1,32	<5000	0,730	2	15	14-17%	5-15%	15-14%	0,0	0,1				nb	nb

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	DKG	8:15 %	5:13 %	11:11 %				O	ZE	SE
Paracelsus-Krankenhaus Rüt	Ostfildern	<500	p	2680	2,24	<20000	0,935	8	28	8:15 %	5:13 %	11:11 %	48	0,6	0,2	N	nb	nb	nb
Arcus-Sportklinik	Pforzheim	<50	p	2780	0,42	<5000	1,208	1	3	8:100 %	18:0 %	21:0 %	99	0,3	0,0	N	nb	nb	nb
Zentralklinik GmbH & Co KG Dr. Dittmann/Dr. Stein	Pforzheim	<50	p	2408	5,89	<5000	0,517	1	4	8:38 %	5:28 %	6:11 %	78	0,0	0,0	N	nb	nb	nb
Krankenhaus Slobach	Pforzheim	<500	fg	2672	2,20	<20000	0,925	8	28	5:17 %	6:15 %	8:14 %	38	1,1	0,0		+	+	+
Krankenhaus St. Trudpert	Pforzheim	<200	fg	2680	2,28	<5000	0,829	3	12	3:34 %	11:28 %	12:13 %	58	0,5	0,0	P	+	+	+
Städtisches Klinikum	Pforzheim	<1000	ö	2808	0,00	<20000	0,900	7	27	5:16 %	1:14 %	6:12 %	26	1,7	0,1	N	nb	nb	nb
Klinik GmbH Sigmaringen Krankenhaus Pfullendorf	Pfullendorf	<200	ö	2685	2,04	<5000	0,780	6	20	5:24 %	6:15 %	14:9 %	40	0,2	0,0		-	+	+
Kreiskrankenhaus Plochingen	Plochingen	<200	ö	3315	-2,00	<5000	0,763	6	18	6:28 %	5:18 %	4:9 %	22	0,4	0,1	P	-	-	-
Kreiskrankenhaus Rastatt	Rastatt	<500	ö	2767	0,67	<20000	0,929	9	28	5:24 %	8:12 %	6:11 %	29	1,1	0,0		-	+	+
Oberschwaben-Klinik GmbH St. Elisabethen-Krankenhaus	Ravensburg	<1000	fg	2628	3,29	<50000	1,127	12	41	8:17 %	5:13 %	1:12 %	42	1,8	0,4	N	-	+	+
Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“	Ravensburg	<500	ö	2855	-0,52	<1000	0,914	2	5	1:56 %	8:30 %	19:5 %	1	0,3	52,6	N	P	-	+
Chirurgische Klinik Dr. Decker/Dr. Kübel	Reutlingen	<50	ö	2473	6,35	<1000	0,549	3	5	8:63 %	6:21 %	5:7 %	98	0,0	0,0		+	-	-
Klinikum am Steinberg	Reutlingen	<1000	ö	2715	1,85	<50000	0,970	7	32	5:16 %	6:12 %	8:11 %	38	1,2	0,4	N	+	+	+
Frauenklinik Rheinfelden GmbH & Co	Rheinfelden	<50	p	2698	1,79	<5000	0,720	2	5	9:39 %	14:22 %	13:20 %	61	0,0	0,0		+	+	+
Kreiskrankenhaus Rheinfelden	Rheinfelden	<200	ö	2943	-2,00	<5000	1,145	5	16	8:50 %	5:12 %	1:8 %	39	0,4	0,1		+	+	-
Winghofer Medicum	Rottenburg	<50	p	2636	3,05	<1000	1,261	1	3	8:98 %	6:1 %	5:1 %	99	2,8	0,0	N	+	+	+
Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH	Rottweil	<500	ö	2651	2,40	<10000	0,845	6	26	14:15 %	6:13 %	8:11 %	31	0,9	0,1		-	-	-
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH	Rottweil	<500	fg	2637	2,64	<1000	0,849	2	4	1:62 %	8:25 %	19:6 %	0	1,4	3,4	P	-	-	-
Kinderklinik Schömburg	Schömburg	<50	fg	BE										0,0	100,0	B	nb		
Spital Schönaue im Schwarzwald	Schönaue	<50	ö	3114	-2,00	<1000	0,760	3	9	1:22 %	5:14 %	19:12 %		0,0	0,0		-	-	-
Kreiskrankenhaus Schopfheim Kliniken des Landkreises	Schopfheim	<200	ö	3259	-2,00	<5000	0,905	3	14	10:22 %	8:16 %	5:15 %	30	0,0	0,0		-	+	+
Kreiskrankenhaus Schorndorf	Schorndorf	<500	ö	2826	-0,28	<10000	0,910	8	28	6:16 %	5:16 %	8:13 %	33	0,2	0,0		+	+	+
Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH	Schramberg	<200	ö	2857	-1,03	<5000	0,770	5	20	8:14 %	14:14 %	5:12 %	32	0,1	0,1		-	-	-
Klinikum Schwäbisch Gmünd – Margareten-Hospital	Schwäbisch Gmünd	<500	ö	2699	1,44	<20000	0,903	7	28	6:14 %	8:13 %	5:12 %	32	0,4	0,2		-	-	+
Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall	<1000	fg	2791	0,28	<20000	0,954	10	37	8:13 %	6:12 %	5:12 %	39	1,0	1,5	P	+	+	+
Fachklinik für Neurologie Dietenbrunn GmbH	Schwendi	<50	p	2916	-1,58	<5000	0,959	1	1	1:85 %	8:9 %	19:2 %	0	0,2	1,8		-	-	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25%	50%	5:20%	8:17%			6:14%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle
Kreiskrankenhaus Sigmaringen	Schwetzingen	<500	ö	2610	3,61	<20000	0,927	11	32	5:20%	8:17%	6:14%	40	0,6	0,0				+	+	+	
Klinik GmbH Sigmaringen Kreiskrankenhaus Sigmaringen	Sigmaringen	<500	ö	2782	0,63	<20000	0,985	10	31	6:13%	5:12%	8:11%	39	0,5	0,1				P	+	+	+
Klinikum Sindelfingen-Böblingen gGmbH	Sindelfingen	<1000	ö	2751	0,84	<50000	1,015	8	32	8:15%	6:13%	5:13%	37	1,1	0,2				N	+	+	+
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Singen	<1000	ö	2806	0,22	<50000	0,898	9	33	5:14%	6:13%	8:10%	33	1,5	0,1				N	+	+	+
Kreiskrankenhaus Sinsheim	Sinsheim	<500	ö	2738	1,11	<10000	0,878	7	26	6:15%	8:14%	5:13%	36	0,1	0,0					+	-	-
Klinik St. Blasien	St. Blasien	<50	p	2304	8,99	<5000	1,195	1	2	4:88%	5:4%	-1:3%	4	0,0	14,8					-	+	+
Krankenhaus Stockach	Stockach	<50	ö	2752	0,85	<5000	0,744	8	20	8:20%	5:19%	6:18%	31	0,0	0,2					-	+	+
Charlotten-Klinik für Augenranke	Stuttgart	<50	fg	2473	4,98	<5000	0,728	1	2	2:100%			92	0,0	0,0					+	-	-
Diakonie-Klinikum	Stuttgart	<500	fg	2687	1,98	<20000	1,082	5	18	8:24%	10:13%	5:9%	55	3,4	0,1				N	P	+	+
Karl-Olga-Krankenhaus GmbH	Stuttgart	<500	p	2744	1,02	<20000	1,105	9	28	8:29%	5:17%	6:12%	53	1,1	0,0				N	-	+	+
Klinikum Stuttgart	Stuttgart	>1000	ö	3076	-2,00	>50000	1,110	13	48	6:11%	3:11%	8:10%	44	2,8	2,7				N	P	+	+
Krankenhaus Bethesda	Stuttgart	<200	fg	2759	0,77	<5000	1,061	8	22	8:20%	5:19%	6:16%	43	0,2	0,2					nb	nb	nb
Krankenhaus vom Roten Kreuz	Stuttgart	<50	fg	2812	-0,01	<5000	0,759	2	8	4:39%	5:19%	6:9%	3	2,8	0,9					+	++	+
Marien-Hospital	Stuttgart	<1000	fg	2652	2,46	<50000	1,023	12	39	3:16%	6:15%	8:12%	51	1,3	4,0				B	N	+	+
Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart	<1000	fg	2688	1,95	<50000	1,173	3	16	4:30%	5:19%	6:9%	29	4,1	1,7				N	P	-	+
Sana-Herzchirurgische Klinik Stuttgart GmbH	Stuttgart	<50	p	2758	0,71	<10000	4,880	1	3	5:91%	-1:4%	15:2%	97	1,9	0,0					+	-	-
Sport-Klinik Stuttgart	Stuttgart	<50	fg	2398	8,16	<5000	1,008	2	3	8:99%	18:0%	21:0%	99	1,4	0,0					+	+	+
St.-Anna-Klinik	Stuttgart	<200	fg	2956	-2,00	<5000	0,481	2	7	14:26%	13:18%	15:18%	60	0,0	0,0					nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim	Tauberbischofsheim	<500	ö	2787	0,40	<5000	0,923	10	26	8:20%	5:18%	6:18%	36	0,1	0,0					P	+	+
Klinik Tettnang GmbH	Tettnang	<200	ö	2657	2,46	<10000	0,962	7	28	8:18%	6:12%	14:11%	49	0,1	0,0					+	+	+
HELOS Klinik Triisee-Neustadt	Triisee-Neustadt	<200	p	2895	-1,43	<5000	0,845	6	24	8:16%	6:14%	14:13%	34	0,0	0,0					+	+	+
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen	Tübingen	<500	ö	2772	0,49	<10000	1,539	5	16	8:65%	3:14%	1:6%	86	1,2	13,2				N	+	+	+
Kasse der Univ.-Kliniken alle Fachkliniken Tübingen	Tübingen	>1000	ö	2854	-0,59	>50000	1,261	11	48	11:11%	5:10%	1:9%	46	5,2	3,8				N	H	P	+
TropenKlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen	Tübingen	<200	fg	2973	-2,00	<5000	0,863	4	14	5:19%	6:15%	1:13%	0	0,6	0,6					-	+	+
Kreiskrankenhaus Tuttlingen	Tuttlingen	<500	ö	2926	-1,75	<20000	0,816	9	27	5:15%	6:14%	8:13%	33	0,5	0,5					+	-	-
Krankenhaus Überlingen GmbH	Überlingen	<500	ö	2668	2,63	<10000	0,907	11	29	8:22%	6:13%	5:10%	47	0,0	0,0					nb	nb	nb

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %		Besondere Leistungen		Abweichung Ist-Werte						
								25%	50%	1:23%	5:17%	4:15%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CM
Bethesda Geriatriische Klinik GmbH	Ulm	<50	fg	2897	-1,00	<5000	1,468	4	12	1:23%	5:17%	4:15%	2	0,0	0,0				+	+	-	
Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Ulm	<500	ö	2290	10,61	<20000	1,029	11	41	3:18%	8:15%	6:11%	58	2,1	0,8	N			-	-	+	
Chirurg. und Orthop. Klinik Dr. Georg Bertele KG	Ulm	<500	p	2577	3,93	<10000	1,227	1	3	8:97%	9:1%	1:1%	90	0,8	0,0				nb	nb	nb	
Rehabilitationskrankenhaus Ulm gGmbH	Ulm	<500	p	2647	3,25	<10000	1,601	4	10	8:52%	1:38%	5:2%	46	1,8	21,0	N			++	+	+	
Uni-Klinik Ulm	Ulm	>1000	ö	2842	-0,24	>50000	1,330	13	50	5:13%	8:9%	3:8%	44	4,7	2,2	N			+	+	--	
Krankenhaus Vaihingen	Vaihingen	<200	ö	3393	-2,00	<5000	0,791	6	22	5:29%	6:17%	8:11%	28	0,1	0,0				-	-	-	
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH	Villingen-Schwenningen	<1000	ö	2744	1,12	<50000	1,087	14	45	8:17%	5:16%	6:13%	43	2,0	0,5	N			+	+	+	
Krankenhaus Dr. Ley GmbH	Vogtsburg	<200	p	3460	-2,00	<5000	0,743	1	7	20:28%	5:19%	4:12%	2	0,0	0,0				nb	nb	nb	
Chirurgische Privatklinik Waiblingen GmbH	Waiblingen	<50	p	2402	6,45	<5000	0,652	2	5	8:77%	3:8%	6:8%	93	0,0	0,0				-	--	--	
Kreiskrankenhaus Waiblingen	Waiblingen	<500	ö	2944	-2,00	<20000	0,777	4	17	6:17%	5:12%	14:10%	23	0,2	0,0				+	+	+	
Bruder-Klaus-Krankenhaus	Waldkirch	<200	fg	3089	-2,00	<5000	0,991	8	24	8:28%	6:20%	5:14%	38	0,2	0,4				+	+	+	
Krankenhaus-Spitalfond Waldshut-Tiengen	Waldshut-Tiengen	<500	fg	2684	2,38	<10000	0,818	13	36	6:16%	5:13%	8:13%	36	0,5	0,1				+	+	+	
Fachklinik Wangen	Wangen	<200	p	2636	2,82	<5000	1,093	2	3	4:86%	-1:4%	5:2%	15	3,5	19,4				+	+	-	
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Wangen	Wangen	<500	fg	2829	-0,27	<10000	0,847	8	29	6:15%	14:9%	8:9%	44	0,8	0,7				-	+	+	
Städtisches Krankenhaus Vierzehn Nothelfer	Weingarten	<200	ö	2664	2,66	<5000	0,710	4	16	6:16%	14:15%	5:12%	34	0,0	0,0				nb	nb	nb	
Kreiskrankenhaus Weinheim	Weinheim	<500	ö	2558	4,47	<10000	0,855	7	23	6:21%	5:18%	8:12%	35	0,1	0,0				+	+	+	
Zentrum für Psychiatrie Weinsberg	Weinsberg	<1000	ö	2640	3,76	<5000	0,865	2	4	1:81%	8:7%	19:3%	0	0,9	1,1				P	+	+	
Städtisches Krankenhaus	Wertheim	<500	ö	2633	2,67	<10000	0,869	8	28	5:17%	6:17%	8:9%	32	0,2	0,1				+	+	+	
Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Winnenden	Winnenden	<500	ö	3232	-2,00	<5000	0,969	2	4	1:76%	8:8%	3:4%	0	0,9	0,7	N			P	+	+	
Kreiskrankenhaus Wolfach	Wolfach	<200	ö	2797	-0,03	<5000	0,762	7	21	5:18%	6:16%	8:14%	29	0,3	0,0				+	+	+	
Parkinson-Klinik Wolfach	Wolfach	<50	p	BE										0,0	100,0	B				nb		
Münsterklinik Zwielfalten Zentrum für Psychiatrie	Zwielfalten	<500	ö	BE										0,0	100,0	B				P	nb	
Bayern		249		2787	0,00		1,009	14	47	8:16%	5:15%	6:12%	39	2,8	5,6	56	68	12	41			
Krankenhaus Achach	Aichach	<200	ö	2695	1,53	<5000	0,798	7	25	8:18%	5:14%	6:13%	27	0,1	0,0				+	+	+	
Krankenhaus Nuemberger Land gGmbH	Altendorf	<50	ö	2718	1,13	<5000	0,770	2	11	6:23%	20:20%	5:18%	11	1,0	0,0				-	-	-	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	8:15 %	5:14 %		8:15 %	5:14 %	O	ZE	SE	B	N	H	P
Kreiskrankenhaus Alt-Neuötting	Altötting	<500	ö	2551	4,24	<20000	0,965	10	38	8:15 %	5:14 %	38	1,5	0,1				P	-	-	+
Kreiskrankenhaus Alzenau	Alzenau	<200	ö	2787	0,00	<5000	0,918	8	22	5:24 %	6:18 %	36	0,4	0,0					+	+	+
Vital-Klinik GmbH Alzenau	Alzenau	<50	p	3408	-2,00	<1000	0,990	1	2	9:67 %	5:29 %	39	0,0	0,0					nb	nb	nb
Klinikum St. Marien Amberg	Amberg	<1000	ö	2662	2,09	<50000	1,001	12	42	5:16 %	8:14 %	36	1,6	1,3	B	N			+++	+	---
Bezirksklinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	2876	-1,35	<5000	0,838	2	5	1:58 %	8:20 %	36	0,6	1,1				P	-	---	---
Klinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	2716	1,16	<20000	0,997	10	36	5:17 %	8:15 %	41	1,4	0,1					+	+	+
Rangauklinik Ansbach GmbH	Ansbach	<50	ö	2998	-2,00	<5000	0,695	1	2	4:91 %	3:2 %	2	0,0	24,2					+	+	-
Hofgartenklinik Aschaffenburg	Aschaffenburg	<50	p	2719	1,11	<5000	0,659	1	2	3:45 %	5:32 %	96	0,0	0,0					-	+	+
Klinik am Ziegelberg Frauenklinik Aschaffenburg	Aschaffenburg	<50	p	2160	14,82	<5000	0,564	1	3	14:37 %	13:30 %	44	0,0	0,0					nb	nb	nb
Klinikum Aschaffenburg	Aschaffenburg	<1000	ö	2608	3,06	<50000	1,025	10	36	8:16 %	6:16 %	35	2,5	0,8	B	N	P		+	+	+
Orthopädische Kinderklinik	Aschau	<50	fg	2821	-0,53	<5000	1,198	1	1	8:98 %	1:1 %	41	0,0	0,0					nb	nb	nb
St. Johannes-Klinik Auerbach	Auerbach	<50	ö	2707	1,32	<1000	0,831	4	12	5:26 %	4:14 %	1	0,0	0,0					+	+	-
Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg	Augsburg	<200	fg	2463	6,20	<5000	0,738	5	16	5:26 %	11:19 %	58	0,6	0,0					+	+	-
Hessing Stiftung Fachklinik für Orthopädie	Augsburg	<500	fg	2766	0,33	<10000	1,389	2	6	8:97 %	1:2 %	74	0,1	0,0					+	+	+
Josefinum-Kinderkrankenhaus Entbindungsklinik	Augsburg	<500	fg	2491	5,57	<10000	0,600	2	6	14:27 %	15:21 %	26	0,1	0,3				P	+	-	-
Klinik Vincentinum Augsburg	Augsburg	<500	fg	2570	3,89	<10000	0,833	5	16	8:32 %	3:17 %	66	0,3	0,0					+	+	-
Krankenhauszweckverband Augsburg/Zentralklinikum	Augsburg	>1000	ö	2888	-1,51	>50000	1,165	17	53	5:15 %	6:13 %	37	2,5	0,7					+	+	-
Asklepios Klinikum Bad Abbach	Bad Abbach	<500	p	2651	2,30	<10000	1,550	3	6	8:95 %	1:1 %	66	2,5	3,6					+	+	-
Kliniken Harthausen GmbH & Co. KG	Bad Aibling	<50	p	2805	-0,28	<5000	1,377	2	4	8:94 %	1:4 %	60	1,7	0,0					nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus Bad Aibling	Bad Aibling	<200	ö	2671	1,95	<5000	0,801	8	26	8:18 %	6:17 %	30	0,1	0,1					+	+	-
Neurologische Klinik Bad Aibling	Bad Aibling	<50	p	BE									0,0	100,0	B				nb		
Franz von Prümmer-Klinik Träger: Deutsche Klinik GmbH	Bad Brückenau	<50	p	2912	-1,85	<5000	0,850	4	19	8:38 %	6:10 %	25	1,5	0,2					+	+	-
Simssee-Klinik GmbH	Bad Endorf	<200	ö	2631	1,71	<1000	0,950	1	2	8:93 %	1:3 %	0	0,0	38,4				P	+	+	-
Reha-Klinikum Johannesbad AG	Bad Füssing	<50	p	2186	0,76	<5000	0,976	1	2	8:87 %	1:13 %		0,0	0,0					++	+	-
Rheumaklinik Bad Füssing (Akutabteilung)	Bad Füssing	<50	ö	2787	0,00	<1000	0,866	1	2	8:100 %			3,7	0,0					---	---	---
Klinikum Passauer Wolf GmbH u. CoKG AkutKH	Bad Griesbach	<50	p	BE									0,0	100,0	B				nb		
Fachklinik Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn	<50	p	BE									0,0	100,0	B				nb		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	50%	6:20%	5:16%	8:9%			O	ZE	SE	B	N	H
St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Bad Kissingen	<500	p	2906	-1,75	<20000	0,880	9	30	6:20%	5:16%	8:9%	27	2,5	0,0	N			-	-	-
Herz- u. Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt	Bad Neustadt	<500	p	2915	-1,90	<50000	2,598	2	8	5:91%	1:3%	-1:2%	68	4,2	0,4	N			+	-	-
Klinik für Handchirurgie Herz- und Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt	Bad Neustadt	<50	p	3271	-2,00	<5000	0,896	1	1	8:77%	1:10%	21:7%	95	0,0	0,1				-	-	-
Krenskrankenhaus Bad Neustadt	Bad Neustadt	<200	ö	2572	3,83	<10000	0,941	8	25	6:18%	8:17%	5:9%	34	0,7	0,0				+	+	-
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale	Bad Neustadt	<50	p	2456	6,34	<5000	1,408	2	4	1:75%	8:15%	3:3%	1	1,4	53,6	N			+	+	-
Georg-von-Liebig-Krankenhaus	Bad Reichenhall	<50	p	2416	7,32	<1000	1,004	1	1	9:79%	23:6%	5:6%	14	0,0	0,0				-	-	-
Städtisches Krankenhaus Bad Reichenhall	Bad Reichenhall	<500	ö	2888	-1,52	<20000	0,911	11	34	6:16%	5:14%	8:12%	32	0,7	0,7				nb	nb	nb
Medical Park Bad Rodach GmbH Co. KG Phase B Akutbereich	Bad Rodach	<50	p	2787	0,00	<1000	1,829	1	2	1:98%	21:2%			0,0	81,4				nb	nb	nb
ASKLEPIOS Stadtklinik Bad Tölz	Bad Tölz	<500	p	2691	1,59	<10000	1,030	10	33	8:18%	6:13%	5:11%	40	1,1	0,4	N			+	-	-
Kiliani-Klinik Phase B akut	Bad Windsheim	<50	p	2787	0,00	<1000	2,218	1	1	1:98%	8:1%	21:1%		0,0	76,8				+	+	-
Klinik Bad Windsheim – Offenheim, Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch – Bad Windsheim	Bad Windsheim	<500	ö	2702	1,41	<10000	0,892	9	29	8:26%	6:18%	5:12%	44	0,3	0,0				+	-	-
Klinikum Bamberg	Bamberg	>1000	ö	2603	3,17	<50000	0,967	11	39	5:15%	6:13%	1:10%	31	2,9	1,4	B	N	P	+	+	+
Dr. med. Nikolaus Netzer Dr. med. Wolfgang Paa	Bayerisch Gmain	<50	p	BE										0,0	100,0	B			nb		
Bezirkskrankenhaus Bayreuth des Bezirks Oberfranken	Bayreuth	<500	ö	2666	2,02	<1000	0,760	3	6	1:63%	8:14%	4:7%		1,4	3,6				+	+	-
Klinik Herzoghöhe Bayreuth LVA Ober- u. Mittelfranken	Bayreuth	<50	ö	2884	-1,46	<1000	0,879	1	2	8:90%	1:2%	5:2%	1	0,9	0,0				nb	nb	nb
Klinikum Bayreuth	Bayreuth	<1000	ö	2764	0,36	<50000	1,120	8	32	5:27%	6:15%	8:9%	34	3,2	0,7	B			+	+	+
Krankenhaus Hohe Warte Bayreuth	Bayreuth	<500	ö	2757	0,48	<10000	1,132	4	12	1:37%	8:21%	11:15%	36	0,4	47,6	B			+	+	-
CID Asthmazentrum Berchtesgaden	Berchtesgaden	<50	fg	BE										0,0	100,0	B			nb		
Kreiskrankenhaus Berchtesgaden	Berchtesgaden	<200	ö	2721	1,08	<5000	1,144	7	21	8:49%	5:12%	6:8%	41	1,0	0,0				nb	nb	nb
Interne Klinik Dr. Agirov Kemptenhausen	Berg	<200	p	2857	-0,86	<5000	0,837	3	12	5:34%	8:15%	6:11%	7	34,0	0,0	H	P		-	-	+
Mariame-Strauss-Klinik Behandlungszentrum Kempten	Berg	<50	fg	BE										0,0	100,0	B			nb		
Medical Park Loptl GmbH Co. KG	Bischofswiesen	<50	p	BE										0,0	100,0	B			nb		
Städtisches Krankenhaus Bobingen	Bobingen	<200	ö	2729	0,94	<5000	0,714	7	21	8:36%	5:9%	14:9%	45	0,0	0,0				+	+	-
Kreiskrankenhaus Bogen	Bogen	<200	ö	2548	4,35	<5000	0,805	6	21	8:19%	6:13%	5:10%	37	0,3	0,0				+	+	+
CS Verwaltungsgesellschaft mbH & Co	Bramenburg	<50	p	BE										0,0	100,0	B			nb		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	7	23	8:28 %			6:18 %	5:15 %	B		N	H	P
Kreiskliniken Ostalgläu, Haus St. Josef-Buchloe	Buchloe	<200	ö	2587	3,56	<5000	1,021	7	23	8:28 %	6:18 %	5:15 %	39	0,0	0,0			-	-	+	
Therapiezentrum Burgau gGmbH	Burgau	<50	p	BE										0,0	100,0	B		nb			
Kreiskrankenhaus Burghausen	Burghausen	<500	ö	2501	5,31	<10000	0,904	8	22	8:16 %	6:15 %	1:15 %	32	0,7	0,0			+			-
Krankenhaus Burglengenfeld	Burglengenfeld	<200	ö	2721	1,08	<10000	0,889	8	26	6:17 %	5:16 %	8:10 %	33	0,5	0,6			+			-
Kreiskrankenhaus Cham	Cham	<200	ö	2676	1,86	<20000	0,800	10	28	5:17 %	6:14 %	8:12 %	30	0,4	0,2			-			-
Klinikum Coburg gGmbH	Coburg	<1000	ö	2421	7,12	<50000	1,118	6	28	5:31 %	6:13 %	1:7 %	38	2,5	0,2			-			+
Amperkliniken AG	Dachau	<500	ö	2708	1,30	<20000	0,959	11	34	5:15 %	8:14 %	6:10 %	37	1,4	1,6			+			+
Bezirkskrankenhaus Mainkofen	Deggendorf	<1000	ö	2532	4,63	<5000	1,002	2	4	1:80 %	19:5 %	8:4 %	1	0,6	50,7	B	N	P			+
Klinik Angermühle GmbH	Deggendorf	<50	p	BE												B		P			
Klinikum Deggendorf	Deggendorf	<500	ö	2607	3,11	<50000	1,139	9	31	5:15 %	6:13 %	8:12 %	37	2,6	0,5			+	+	+	+
Kreiskrankenhaus St. Elisabeth, Dillingen	Dillingen	<500	ö	2782	0,08	<10000	0,773	7	27	8:14 %	5:13 %	6:12 %	40	0,0	0,0			-			+
Kreiskrankenhaus Dingolfing	Dingolfing	<200	ö	2669	1,99	<5000	0,803	8	26	8:18 %	6:13 %	5:12 %	36	0,2	0,0			-			+
Verbundkrankenhaus Dinkelsbühl-Feuchtwangen	Dinkelsbühl	<500	ö	2637	2,58	<10000	0,873	9	27	8:18 %	5:17 %	6:16 %	31	0,1	0,0			+			+
Krankenhaus Donaustauf LVA Ndb.-Opf.	Donaustauf	<200	ö	2476	5,86	<5000	0,896	2	3	4:91 %	-1:3 %	5:2 %	4	0,6	2,2			-			+
Donau-Ries-Klinik Donaauwörth	Donaauwörth	<500	ö	2740	0,76	<10000	0,871	10	31	8:18 %	6:15 %	5:11 %	39	0,2	0,1			+			+
Donau-Ries-Klinik Oettingen	Donaauwörth	<200	ö	3160	-2,00	<5000	0,840	6	19	5:20 %	6:18 %	1:14 %	15	0,1	0,0			+	+	+	+
Bezirksklinikum Obermain	Ebersfeld	<500	ö	2640	2,50	<10000	1,202	2	8	4:51 %	8:38 %	5:3 %	34	1,8	5,8			P			+
Klinik Fränkische Schweiz gGmbH Ebermannstadt	Ebermannstadt	<50	ö	2658	2,19	<5000	1,061	4	13	5:53 %	6:12 %	1:9 %	18	0,0	0,1			+			+
Kreiskrankenhaus Ebern	Ebern	<50	ö	2839	-0,81	<5000	0,823	4	15	5:32 %	8:16 %	6:14 %	31	0,0	0,0			+	+	+	+
Kreisklinik Ebersberg gemeinnützige GmbH	Ebersberg	<500	ö	2655	2,24	<20000	0,923	9	30	8:21 %	5:13 %	6:11 %	40	1,2	2,4			N	P		-
Kreiskrankenhaus Eggenfelden	Eggenfelden	<500	ö	2598	3,33	<20000	0,870	8	29	5:15 %	8:14 %	4:14 %	32	0,1	0,0			+			+
Kreiskrankenhaus Eichstätt	Eichstätt	<200	ö	2917	-1,94	<10000	0,845	8	26	8:19 %	5:15 %	6:13 %	34	0,5	0,0			-			+
Frankenab-Klinik Engelthal	Engelthal	<200	ö	BE												B		P			
Kreiskrankenhaus Erding	Erding	<500	ö	2707	1,32	<20000	0,918	9	34	8:16 %	5:16 %	6:12 %	33	0,7	0,3			N			+
Klinikum am Europakanal	Erfangen	<1000	ö	2805	-0,28	<5000	1,117	2	4	1:71 %	8:19 %	19:3 %	0	0,4	61,2	B	N	P			-
Waldrankenhaus St. Marien Erlangen	Erfangen	<500	fg	2664	2,06	<20000	1,065	9	24	8:20 %	5:16 %	6:16 %	51	1,8	0,1			+			+
Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg	Erfangen	>1000	ö	2746	0,63	>50000	1,280	15	54	2:11 %	5:11 %	3:10 %	46	6,6	6,4	B	N	H	P		-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	5:22 %	8:14 %	6:14 %	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI
Krankenhaus Agatharied	Hausham	<500	ö	2723	1,04	<20000	0,969	8	28	5:22 %	8:14 %	6:14 %	32	1,1	0,0	+	+					
Kreiskrankenhaus Hemau	Hemau	<50	ö	2850	-0,97	<1000	0,616	4	13	5:26 %	4:15 %	6:13 %		0,0	0,0	-	+					
Privatklinik Dr. Schindlbeck	Herrsching	<200	p	2900	-1,67	<5000	1,009	6	15	5:34 %	6:13 %	1:9 %	7	3,1	0,0	nb	nb					
Porofso Therapiezentrum	Hersbruck	<50	p	2483	4,79	<5000	1,038	1	1	9:92 %	21:5 %	23:1 %	4	0,2	0,0	+++	+					
m&i-Klinikkongressgesellschaft in Herzogenaurach GmbH/Aktuarienhaus	Herzogenaurach	<50	p	BE										0,0	100,0	B	nb					
Kreiskrankenhaus Höchststadt	Höchststadt	<50	ö	2608	3,13	<5000	0,873	9	23	6:23 %	5:19 %	8:17 %	35	0,3	0,0	+	+					
Kliniken Hochfranken, Klinik Naila	Hof	<200	ö	2668	2,02	<5000	0,860	8	22	5:19 %	8:15 %	6:12 %	32	0,0	0,0	nb	nb					
Klinikum Hof	Hof	<500	ö	2610	3,00	<20000	0,996	10	32	6:15 %	5:12 %	8:10 %	28	3,1	0,3							
Fachklinik Ichenhausen	Ichenhausen	<50	p	2543	4,45	<5000	0,754	1	2	8:30 %	4:30 %	1:28 %	0	0,0	48,6							
Illertalklinik Illertissen	Illertissen	<200	ö	2787	0,00	<5000	0,599	2	12	14:18 %	15:15 %	5:14 %	20	0,0	0,0	--	--					
Klinikum Oberallgäu GmbH, Klinik Immenstadt	Immenstadt	<200	ö	2747	0,64	<10000	0,730	7	22	8:26 %	6:15 %	14:9 %	44	0,8	0,0	+	+					
Klinikum Ingoistadt	Ingoistadt	>1000	ö	2746	0,63	<50000	1,108	12	40	5:15 %	8:14 %	6:12 %	37	4,5	4,6	B	N	P				
Priv.-Klinik Dr. Maul	Ingoistadt	<50	p	2879	-1,40	<5000	0,647	6	16	8:24 %	13:24 %	6:22 %	74	0,0	0,0	+	+					
Priv.-Klinik Dr. Reiser	Ingoistadt	<50	p	2782	0,06	<1000	0,522	4	10	6:25 %	8:21 %	3:18 %	63	0,0	0,0	--	--					
Kreiskrankenhaus Karlstadt	Karlstadt	<50	ö	2762	0,39	<5000	0,614	6	18	6:18 %	5:17 %	8:14 %	31	0,3	0,0	++	+					
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	Kaufbeuren	<500	ö	2645	2,41	<5000	0,927	2	4	1:78 %	8:9 %	3:4 %		1,2	5,5	+	+					
Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu	Kaufbeuren	<500	ö	2775	2,00	<20000	0,976	9	33	8:16 %	6:15 %	5:14 %	34	1,0	0,1	+	+					
Kreiskrankenhaus Kellheim	Kellheim	<500	ö	2719	1,11	<10000	0,818	7	24	5:16 %	6:14 %	8:9 %	25	0,1	0,0	+	+					
Kreiskrankenhaus Kemnath	Kemnath	<50	ö	2595	3,39	<5000	0,905	6	20	8:26 %	5:18 %	6:16 %	38	0,1	0,0	+	+					
Klinikum Kempten-Oberallgäu GmbH	Kempten	<1000	ö	2806	-0,30	<50000	0,952	9	35	8:13 %	5:11 %	6:11 %	36	1,8	0,3	+	+					
Klinik Kipfenberg GmbH Neurochirurgische und	Kipfenberg	<50	p	BE										0,0	100,0	B	nb					
Kreiskrankenhaus Kitzingen	Kitzingen	<500	ö	2855	-1,05	<10000	0,788	9	30	6:17 %	5:16 %	8:11 %	30	0,3	0,0	+	+					
Kreiskrankenhaus Kösching	Kösching	<200	ö	2881	-1,42	<10000	0,835	7	28	5:16 %	6:16 %	8:16 %	34	1,0	0,0	+	+					
Krankenanstalt Kreuth Dr. Heinz May	Kreuth	<50	p	2644	2,46	<1000	0,876	3	6	6:17 %	5:16 %	4:10 %		0,0	2,0	-	--					
Frankenwaldklinik Kronach	Kronach	<500	ö	2709	1,28	<20000	1,030	9	27	5:21 %	6:17 %	8:10 %	35	1,0	0,0	+	+					
Kreiskrankenhaus Krumbach	Krumbach	<500	ö	2693	1,57	<10000	0,858	7	24	8:17 %	6:16 %	5:14 %	33	0,5	0,0	+	+					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG			TOP 3 MDC						Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25%	50%	50%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	B	N	H	P	Fälle	CM
Klinikum Kulmbach mit Fachklinik Stadtsteinach	Kulmbach	<500	ö	2572	3,80	<20000	0,984	10	33	8:23%	6:14%	5:13%	41	2,1	0,1	N								+	+	+
Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar	Landau	<500	ö	2712	1,23	<10000	0,814	11	30	6:18%	8:14%	5:12%	33	0,4	0,0									-	-	-
Kreis Krankenhaus Landsberg a. Lech	Landsberg	<500	ö	2820	-0,52	<10000	0,840	8	28	6:14%	8:13%	5:13%	28	0,6	0,5									+	+	+
Bezirkskrankenhaus Landshut	Landshut	<500	ö	BE																				nb	nb	nb
Kinderkrankenhaus St. Marien	Landshut	<200	fg	2685	1,70	<5000	0,701	2	8	6:25%	4:16%	1:12%	11	0,1	4,8									+	-	-
Klinikum Landshut	Landshut	<1000	ö	2678	1,79	<50000	0,862	6	28	11:21%	5:13%	8:12%	34	2,9	5,2	N								-	-	+
Krankenhaus Landshut-Achdorf	Landshut	<500	ö	2629	2,73	<20000	0,886	5	19	5:27%	14:12%	6:10%	36	2,3	2,7	B								+	+	+
Kreis Krankenhäuser Hersbruck und Lauf	Lauf	<500	ö	2721	1,09	<10000	0,867	8	25	5:17%	6:17%	8:14%	30	0,3	0,0									+	+	-
Schloßklinik Abtsee GmbH Fachklinik für Venen-erkrankungen	Laufen	<50	p	2312	3,33	<5000	0,776	1	1	5:100%			100	0,0	0,0									+	+	-
Fachklinik Lenggries für Neurologie und Physikalisch-	Lenggries	<50	p	BE																				nb	nb	nb
Kreis Krankenhaus Lichtenfels	Lichtenfels	<500	ö	2665	2,05	<20000	0,879	8	29	8:18%	5:16%	6:14%	34	0,6	0,0									+	+	-
Kreis Krankenhaus Lindau/Bodensee	Lindau	<200	ö	2655	2,24	<10000	0,965	11	34	8:17%	6:15%	5:12%	41	0,4	0,0									+	+	+
Dr. Otto Gessler-Krankenhaus	Lindenberg	<200	p	2658	2,20	<10000	0,853	9	26	8:22%	6:12%	5:11%	42	0,1	0,0	N								-	+	+
Kreis Krankenhaus Lohr	Lohr	<500	ö	2830	-0,67	<10000	0,914	10	28	8:26%	6:15%	5:14%	35	0,2	0,0									+	+	+
Kreis Krankenhaus Mainburg	Mainburg	<200	ö	2821	-0,53	<5000	0,711	7	23	5:16%	14:13%	6:12%	26	0,1	0,0									nb	nb	nb
Kreis Krankenhaus Mallersdorf	Mallersdorf-Pfaffenberg	<500	ö	2617	2,97	<10000	1,041	7	26	8:26%	5:15%	6:13%	42	0,1	0,1	N								+	-	-
Kreislinken Ostalggäu Haus Marktobendorf	Marktobendorf	<200	ö	2721	1,08	<5000	0,893	10	28	5:17%	8:14%	6:12%	38	0,0	0,0									-	-	-
Klinikum Fichtelgebirge	Marktredwitz	<500	ö	2867	-1,22	<20000	1,011	12	35	5:17%	6:13%	8:11%	36	0,4	0,0	N								+	+	-
Klinikum Memmingen	Memmingen	<1000	ö	2736	0,83	<20000	0,826	4	25	11:19%	6:14%	5:10%	26	1,2	0,6	N								+	+	+
Kreis Klinik Mindelheim	Mindelheim	<500	ö	2784	0,03	<10000	0,821	9	27	5:17%	6:15%	8:14%	26	0,2	0,0									-	-	-
Kreis Krankenhaus Mühldorf	Mühldorf	<500	ö	2575	3,79	<20000	0,903	11	37	6:13%	5:11%	8:11%	38	0,5	1,3	N								+	+	+
Kliniken Hochfranken, Klinik Münchenberg	Münchenberg	<500	ö	2495	0,85	<10000	1,035	6	21	8:39%	5:13%	6:12%	42	0,0	0,1									+	+	+
Roikreuzklinikum München	München	<500	fg	2733	0,89	<20000	0,820	3	18	14:21%	15:15%	8:12%	43	4,0	3,8	N								+	+	+
Arabellia-Privatklinik Dr. Peter Bommer	München	<50	p	2842	-0,85	<5000	0,459	1	3	3:69%	2:27%	9:2%	95	0,0	0,0									--	--	--
ARTEMED Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld	München	<50	p	2467	4,64	<5000	0,674	1	1	5:97%	9:1%	21:1%	98	0,0	0,0									+	+	+
Augenklinik Herzog Carl Theodor	München	<50	fg	3158	-2,00	<5000	0,554	1	2	2:100%	9:0%		97	0,0	0,0									nb	nb	nb

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25%	50%	8-47%	6-17%	9-10%			B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	
Chirurg. Klinik Dr. Rinecker	München	<500	p	3284	-2,00	<10000	1,504	7	18	8:47%	6:17%	9:10%	60	0,1	0,0				-	-	+	
Chirurgische PrivatKlinik Bogenhausen	München	<50	p	2525	4,81	<5000	1,069	3	9	8:53%	6:23%	12:8%	91	1,5	10,5	N			+	+	+	
Deutsches Herzzentrum München	München	<200	ö	3250	-2,00	<20000	2,006	1	5	5:97%	-1:1%	1:0%	58	15,6	16,0	B	N	H	+	+	-	
Diakoniewerk München-Maxvorstadt	München	<200	fg	2623	2,86	<5000	0,659	3	8	5:32%	6:31%	8:16%	85	0,0	0,0				-	-	-	
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	München	<50	p	2660	2,17	<5000	0,462	1	2	14:44%	15:38%	13:11%	34	0,0	0,0				+	+	-	
Frauenklinik Dr. med. W. Krüsmann KG	München	<50	p	2642	2,50	<5000	0,452	2	4	13:43%	14:31%	15:23%	57	0,0	0,0				+	+	-	
HNO-Klinik Bogenhausen Dr. Gaertner	München	<50	p	2450	6,51	<1000	0,433	1	2	3:96%	4:2%	19:1%	88	0,0	21,2				-	-	+	
Isar-Klinik Betriebs GmbH	München	<200	p	2646	2,41	<5000	0,917	3	9	8:64%	6:12%	5:9%	76	1,0	0,0				nb	nb	nb	
Kinderzentrum München Bezirk Oberbayern	München	<50	ö	BE												B						
Klinik Dr. Decker GmbH	München	<50	p	2833	-0,72	<5000	0,742	5	12	8:42%	5:12%	1:9%	49	0,0	3,5				-	-	-	
Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH	München	<200	p	3577	-2,00	<5000	0,850	4	16	8:47%	6:16%	5:7%	50	0,1	0,4				--	--	+	
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität	München	>1000	ö	2767	0,28	>50000	1,427	16	57	5:11%	8:10%	2:8%	47	12,7	4,5	B	N	H	P	-	-	+
Klinikum Rechts der Isar der technischen Universität	München	>1000	ö	2659	2,08	>50000	1,200	14	48	8:14%	2:9%	6:9%	48	6,2	6,1	N	H	P	+	+	+	
Krankenhaus der barmherzigen Brüder München	München	<500	fg	2662	2,12	<20000	1,192	9	31	8:24%	6:14%	11:13%	44	2,2	8,6	B			+	+	-	
Krankenhaus Dritter Orden	München	<500	fg	2670	1,96	<50000	0,926	5	24	6:15%	8:13%	5:11%	37	2,3	2,8	N	H		+	+	+	
Krankenhaus für Naturheilweisen	München	<200	fg	BE										0,0	100,0	B			nb			
Krankenhaus Martha-Maria gGmbH	München	<200	fg	2877	-1,37	<5000	0,953	1	3	10:53%	3:17%	6:14%	80	0,0	0,0				+	+	-	
Krankenhaus Neuwittelsbach	München	<200	fg	3257	-2,00	<5000	0,926	4	12	4:23%	5:16%	6:14%	0	2,6	6,4				+	-	-	
KreisKrankenhaus München Pasing	München	<500	ö	2657	2,21	<20000	1,019	9	31	5:19%	3:15%	6:13%	43	1,0	0,1	N			+	+	+	
KreisKrankenhaus München Perlach	München	<200	ö	2695	1,53	<10000	1,050	8	25	8:29%	5:14%	6:13%	33	0,6	0,0				+	+	-	
Maria-Theresia-Klinik München	München	<50	fg	2681	1,79	<5000	1,074	1	4	6:39%	10:35%	7:10%	93	0,0	0,0				+	+	-	
MediCare Flughafen München, Medizinisches Zentrum GmbH	München	<50	p	2755	0,51	<5000	0,806	2	7	8:68%	13:22%	11:4%	99	0,0	0,0				nb	nb	nb	
Neurolog. Krankenhaus München	München	<50	fg	BE										0,0	100,0	B			nb			
Orthopädische Klinik München-Heirfaching GmbH & Co BetriebsKG	München	<200	p	2618	2,94	<10000	1,318	2	6	8:89%	1:9%	9:1%	68	1,3	0,1	N			+	+	-	
Paracelsus-Parkhospital	München	<200	p	2669	1,99	<5000	0,552	2	5	8:29%	6:17%	14:17%	73	0,1	0,0				nb	nb	nb	
Privatklinik Dr. H. Müller	München	<200	p	2990	-2,00	<5000	0,900	3	11	5:53%	4:11%	6:11%	17	3,5	0,0				+	+	+	

20

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte							
								25%	50%	50%	6:32%	8:27%	5:12%			O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CM	CMI
Privatklinik Josefinum	München	<200	p	2.799	-0,19	<5000	0,739	4	14	6:32%	8:27%	5:12%	63	0,2	0,0								-	-	-	
Sana Klinik München-Solin GmbH	München	<200	p	2.870	-1,27	<10000	1,110	2	4	8:98%	21:1%	9:0%	96	0,9	0,0								nb	nb	nb	
Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach	München	<1000	ö	3.114	-2,00	<50000	1,053	8	25	6:28%	5:20%	7:6%	26	5,1	6,2	N							+	+	+	
Städtisches Krankenhaus München-Schwabing	München	>1000	ö	3.044	-2,00	<50000	1,017	9	33	5:12%	11:11%	1:9%	27	5,3	7,2	B	N	P					-	-	-	
Städtisches Krankenhaus München	München	<200	ö	2.716	1,05	<5000	0,790	2	4	9:70%	23:12%	5:4%	36	8,3	11,2	B	N						+	-	-	
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen	München	>1000	ö	2.897	-1,62	<50000	1,331	12	37	5:22%	8:21%	6:12%	41	3,5	14,9	B	N						-	-	-	
Städtisches Krankenhaus München-Harlaching	München	>1000	ö	2.926	-2,00	<50000	0,857	3	21	11:23%	6:10%	1:9%	24	3,7	8,5	B	N	P					--	--	++	
Stiftsklinik Augustinum	München	<200	fg	2.691	1,58	<10000	1,144	3	9	5:72%	6:7%	4:6%	33	5,8	0,8								+	+	+	
Klinik Michelsberg Murneinstadt	Murneinstadt	<200	ö	2.576	3,71	<5000	0,977	1	3	4:86%	23:9%	-1:2%	15	1,3	5,3								+	+	+	
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	Murnau	<500	ö	3.334	-2,00	<10000	1,510	3	9	8:74%	1:12%	9:4%	67	1,5	54,8	B	N						-	-	-	
Krankenhaus Nabburg	Nabburg	<200	ö	3.722	-2,00	<5000	0,594	1	9	4:37%	5:18%	6:10%	4	0,0	0,0								+	-	-	
Kliniken St. Elisabeth	Neuburg	<500	fg	2.746	0,66	<10000	0,852	5	26	6:16%	8:13%	4:9%	27	0,6	2,3								+	+	+	
DiaMed Centrum – Clinic Neuendettelsau	Neuendettelsau	<200	fg	2.678	1,84	<10000	0,926	9	26	8:23%	6:16%	5:12%	41	1,0	0,0								+	-	-	
Spezialklinik Neukirchen Inh. Dr. Gruia Ionescu	Neukirchen	<200	p	BE										0,0	100,0	B							nb			
Klinikum Landkreis Neumarkt i.d. OPf.	Neumarkt	<500	ö	2.500	5,27	<20000	1,000	13	38	5:16%	6:16%	8:13%	39	2,5	0,4								+	+	+	
Bezirkskrankenhaus Wöllershoffklinik für	Neustadt	<200	ö	BE												B							nb			
Klinik Neustadt	Neustadt	<200	ö	2.720	1,09	<10000	0,814	7	27	5:22%	6:13%	8:10%	33	0,8	0,0								+	-	-	
Krankenhaus Neustadt Inh. Dr. med. K.-H. Drogula	Neustadt	<50	p	2.853	-1,01	<5000	1,033	4	15	8:41%	6:18%	5:11%	48	0,4	0,1								+	+	+	
Donsauklinik Neu-Ulm	Neu-Ulm	<500	ö	2.663	2,10	<10000	0,834	6	21	6:18%	5:13%	8:9%	32	0,5	0,3								+	-	-	
Reha-Zentrum Nittenau GmbH	Nittenau	<50	p	BE										0,0	100,0	B							nb			
Stiftungskrankenhaus Nördlingen	Nördlingen	<200	ö	2.673	1,93	<10000	0,761	8	27	5:15%	6:15%	8:14%	34	0,4	0,2								-	-	-	
Cnopf-sche Kinderklinik	Nürnberg	<200	fg	2.734	0,85	<10000	0,869	3	11	6:20%	15:15%	3:13%	21	0,8	0,7								+	-	-	
Klinik Hallerwiese	Nürnberg	<200	fg	2.807	-0,32	<5000	0,535	2	4	14:36%	15:24%	13:10%	39	0,5	0,0								+	-	-	
Kliniken Dr. Eiler GmbH	Nürnberg	<500	p	2.629	2,73	<10000	1,232	5	11	8:76%	6:9%	9:5%	83	0,1	0,1								-	+	+	
Klinikum Nürnberg	Nürnberg	>1000	ö	2.972	-2,00	>50000	1,180	13	44	5:15%	4:11%	6:11%	33	3,1	5,1	B	N	H	P				+	+	+	
Krankenhaus Martha-Maria	Nürnberg	<500	fg	2.587	3,54	<20000	0,969	7	19	8:16%	5:12%	11:11%	63	0,5	0,0								+	+	+	
Maximilians-Augenklinik e.V.	Nürnberg	<50	fg	2.472	3,80	<5000	0,448	1	1	2:96%	3:4%		99	0,0	0,0								--	--	--	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25 %	50 %	5-43 %	11-17 %			10-10 %	O	ZE	SE	B	N	H	P
Privatklinik Dr. med. Steger	Nürnberg	<50	p	2470	5,19	<5000	1,457	3	8	5:43 %	11:17 %	10:10 %	14	3,1	0,0				-	+	+
Sana-Klinik Nürnberg GmbH am Birkenwald	Nürnberg	<50	p	2551	2,50	<5000	0,530	3	9	3:28 %	8:17 %	6:15 %	71	1,4	0,0				+	-	-
St. Theresien-Krankenhaus	Nürnberg	<50	fg	2797	-0,16	<20000	0,913	10	31	5:17 %	8:16 %	6:13 %	50	0,1	0,0				-	-	+
Waldburg-Zell-Kliniken Rheumaklinik Oberammergau	Oberammergau	<50	p	2943	-2,00	<5000	1,090	1	2	8:97 %	1:3 %	4:0 %	37	4,8	8,9				+	+	-
Klinik Bad Trissl	Oberaudorf	<50	p	3307	-2,00	<5000	1,385	2	4	6:25 %	13:22 %	9:17 %	21	17,5	1,5	B	H		-	-	+
Kreislinien Ostallgäu Haus Obergünzburg	Obergünzburg	<50	ö	2788	-0,01	<5000	0,995	7	19	8:27 %	6:22 %	5:16 %	51	0,0	0,1				+	+	-
Schloßgörling Oberstaufen GmbH	Oberstaufen	<200	p	BE										0,2	99,8	B	N	nb			
Kliniken Oberallgäu GmbH, Klinik Oberstdorf	Oberstdorf	<50	ö	2747	0,64	<5000	1,001	5	15	8:51 %	5:15 %	6:9 %	56	0,0	0,0				+	+	+
Krankenhaus Oberviechtach	Oberviechtach	<50	ö	2945	-2,00	<5000	0,736	6	20	5:16 %	6:14 %	8:11 %	24	0,2	0,0				-	-	-
Kreiskrankenhaus Ochsenfurt GmbH	Ochsenfurt	<200	ö	2597	3,34	<5000	0,891	8	26	8:28 %	6:11 %	5:10 %	48	0,3	0,0				+	+	-
Fachklinik für Amputationsmedizin	Osterhofen	<50	ö	BE										0,0	100,0	B		nb			
Kreislinik Ottobeuren	Ottobeuren	<200	ö	2737	0,80	<5000	0,913	8	25	5:25 %	8:18 %	6:17 %	30	0,6	0,0				+	+	+
Bezirkskrankenhaus Parsberg l/II	Parsberg	<50	ö	BE												B		nb			
Kreiskrankenhaus Parsberg	Parsberg	<50	ö	2756	0,50	<5000	0,731	3	10	5:30 %	4:21 %	6:15 %	1	0,0	0,8				+	-	-
Kinderklinik Dritter Orden	Passau	<50	fg	2516	5,02	<5000	0,743	3	9	6:21 %	3:16 %	4:14 %	10	0,2	4,7				+	-	-
Klinikum Passau	Passau	<1000	ö	2663	2,06	<50000	1,158	11	39	5:21 %	8:15 %	6:11 %	37	2,5	0,2	N		+++	+	+	+
Privatklinik Dr. Hellge	Passau	<50	p	2826	-1,71	<1000	0,700	6	17	8:28 %	6:22 %	5:14 %	48	0,0	0,0				---	---	---
Stadtkrankenhaus Pegnitz	Pegnitz	<200	ö	2416	7,27	<10000	0,817	7	24	8:17 %	6:15 %	5:13 %	36	1,3	0,0				-	-	-
Krankenhaus Peißenberg	Peißenberg	<50	ö	3162	-2,00	<5000	0,830	5	14	5:36 %	4:14 %	6:13 %	7	0,0	0,0				+	+	+
Krankenhaus Penzberg	Penzberg	<200	ö	3124	-2,00	<5000	0,842	9	25	8:17 %	5:16 %	6:16 %	31	0,0	0,0				-	-	-
Ilmtalklinik GmbH	Pfaffenhofen	<50	ö	2782	0,06	<10000	0,872	6	24	5:24 %	8:15 %	6:13 %	32	2,1	0,1				+++	+++	+++
Krankenhaus St. Vinzenz	Pfronten	<50	fg	2434	6,85	<5000	0,996	7	18	8:46 %	5:15 %	6:11 %	49	0,4	0,0				++	+	-
Urologische Klinik München Planegg	Planegg	<50	p	2556	4,16	<5000	1,201	2	4	11:49 %	12:47 %	23:1 %	79	2,8	0,0	N			-	-	-
Frauenklinik Prien GmbH Dr. Lehnert	Prien	<50	p	4036	-2,00	<1000	0,487	2	4	14:39 %	13:28 %	15:23 %	52	0,0	0,0				-	-	-
Bezirkskrankenhaus Regensburg	Regensburg	<1000	ö	2814	-0,41	<5000	1,045	2	4	1:84 %	5:2 %	17:2 %	2	2,0	54,6	B	N	H	P	+	+
Evangelisches Krankenhaus	Regensburg	<200	fg	2370	8,47	<5000	0,715	5	13	8:28 %	6:13 %	3:12 %	72	0,0	0,0				-	-	-
Klinikum der Universität Regensburg	Regensburg	<1000	ö	2727	0,94	<50000	1,576	11	43	5:17 %	3:12 %	2:11 %	52	6,1	1,8				-	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte					
								25 %	50 %	75 %	O	ZE	SE				B	N	H	P	Fälle	CM
Krankenhaus der barmherzigen Brüder	Regensburg	<1000	fg	2521	4,88	<50000	1,088	12	44	8:15%	5:13%	6:11%	38	1,4	2,3	B N				+	+	-
Krankenhaus St. Josef Regensburg	Regensburg	<500	fg	2623	2,83	<20000	0,996	9	31	6:17%	11:11%	14:10%	48	0,5	0,1	N				+	+	+
Klinikum Rosenheim	Rosenheim	<1000	ö	2840	-0,82	<50000	0,950	10	35	5:16%	6:12%	8:12%	32	1,1	2,6	N				-	+	+
Kreislinik Roth	Roth	<500	ö	2645	2,43	<10000	0,877	11	33	8:15%	8:15%	5:14%	38	0,1	3,5	B				+	+	+
Krankenhaus Rothenburg gGmbH	Rothenburg	<200	ö	2561	4,08	<10000	0,825	8	29	5:17%	6:14%	8:13%	35	0,4	0,0					+	+	+
Schloßklinik Rottenburg Fachklinik für innere	Rottenburg	<50	ö	2622	2,87	<10000	0,810	5	11	5:20%	4:15%	6:14%	2	0,0	0,0					+	+	+
Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH	Rothalmünster	<500	ö	2657	2,21	<10000	0,831	8	26	5:16%	6:14%	8:13%	30	0,0	0,0					+	+	-
Krankenhaus Vinzenzium Ruhpolding	Ruhpolding	<200	fg	3210	-2,00	<5000	0,819	4	12	5:25%	4:17%	6:13%	1	0,0	0,0					+	-	--
Juraklinik Scheßlitz	Scheßlitz	<500	ö	2828	-0,64	<10000	0,944	5	19	5:25%	8:19%	6:17%	44	0,1	0,0					+	+	+
Krankenhaus Schongau	Schongau	<500	ö	2902	-1,72	<10000	0,862	10	30	6:16%	8:15%	5:12%	35	1,1	0,0					-	-	-
Kreiskrankenhaus Schrobenhausen	Schrobenhausen	<200	ö	2708	1,29	<10000	0,946	9	27	5:18%	8:18%	6:11%	33	1,4	0,1					+	+	-
Stadtkrankenhaus Schwabach	Schwabach	<200	ö	2706	1,34	<10000	0,846	7	25	6:23%	8:14%	5:14%	29	0,1	2,1					+	-	-
Städtisches Krankenhaus Schwabmünchen	Schwabmünchen	<200	ö	2673	1,93	<5000	0,819	6	18	6:26%	5:18%	14:10%	38	0,1	0,0					+	+	+
Orthop.Klinik (BRK) Schwandorf	Schwandorf	<200	p	2612	3,05	<5000	1,601	3	6	8:98%	1:1%	9:0%	86	2,3	0,1					+	+	+
St. Barbara-Krankenhaus Schwandorf	Schwandorf	<500	fg	2553	4,23	<10000	0,839	11	33	6:16%	5:12%	8:12%	34	0,3	0,0					+	+	-
Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Schwarzach	<200	fg	2560	4,10	<5000	1,250	2	5	8:99%	1:0%	18:0%	69	0,0	0,0					-	+	+
Krankenhaus Rummelsberg Orthopädische Klinik Schwarzenbruck	Schwarzenbruck	<500	fg	2726	0,98	<20000	1,337	5	12	8:71%	1:15%	4:3%	53	2,1	0,9	N H				+	+	+
Krankenhaus St. Josef Schweinfurt	Schweinfurt	<500	fg	2582	3,65	<10000	0,822	7	27	5:16%	8:12%	6:11%	39	0,2	3,9	B				-	-	+
Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt gGmbH	Schweinfurt	<1000	ö	2687	-2,00	<50000	1,008	9	33	5:15%	6:14%	8:12%	30	1,8	1,4					+	+	+
Chirurgische Klinik Seefeld	Seefeld	<50	ö	2590	3,49	<5000	1,090	5	13	6:37%	8:34%	9:12%	69	0,0	0,0					-	-	-
Krankenhaus Simbach Abteilung Short Stay	Simbach	<50	ö	2464	4,60	<1000	0,634	1	3	2:33%	10:24%	6:23%	100	0,0	0,0					++	-	--
Kreiskrankenhaus Simbach/Inn	Simbach	<200	ö	2638	2,56	<5000	0,800	4	11	5:40%	4:13%	1:11%	3	0,0	0,0					P	-	-
Kliniken Oberallgäu gGmbH Klinik Sonthofen	Sonthofen	<200	ö	2747	0,64	<5000	0,717	4	10	5:26%	6:17%	1:14%	0	0,0	0,0					+	-	-
Walddauklinik Deuringen	Stadbergen	<50	p	2459	5,15	<1000	0,928	3	7	8:33%	5:20%	4:8%	0	0,7	1,9					+	+	-
Klinikum Staffelfein	Staffelfein	<50	p	2787	0,00	<1000	2,989	1	2	1:83%	-1:8%	21:7%	8	0,0	70,0					P	nb	nb
Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH	Starnberg	<500	ö	2637	2,58	<20000	0,767	4	21	8:15%	14:14%	15:12%	39	0,4	0,2					+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25%	50%	8:19%	8:18%			8:19%	8:18%	8:19%	8:18%	8:19%	8:18%	B	N
Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH	Straubing	<1000	fg	2720	1,08	<20000	0,995	11	33	8:19%	5:18%	6:10%	48	1,6	0,1	N			+	-	-
St. Anna Krankenhaus	Sulzbach-Rosenberg	<500	ö	2628	2,75	<10000	0,837	10	28	8:16%	6:15%	5:14%	30	0,1	0,1			+	+	-	-
Kreis Krankenhaus Tirschenreuth	Tirschenreuth	<200	ö	2738	0,79	<5000	0,824	5	22	6:14%	8:12%	14:11%	30	0,5	0,0			-	-	-	-
Klinikum Traunstein	Traunstein	<1000	ö	2677	1,82	<5000	1,042	11	37	5:18%	6:12%	8:11%	37	3,5	4,3	N		+	+	+	+
Stadtkrankenhaus Treuchtlingen	Treuchtlingen	<50	ö	3062	-2,00	<5000	0,707	7	20	5:18%	8:17%	6:16%	15	0,2	0,0			+	+	+	+
Kreis Krankenhaus Trostberg	Trostberg	<500	ö	2607	3,14	<10000	0,940	11	30	8:30%	6:15%	5:10%	38	1,5	1,1	N		+	+	+	-
Benedictus Krankenhaus Tutzing	Tutzing	<200	fg	2820	-0,50	<5000	1,176	8	29	8:35%	5:17%	1:10%	37	3,2	11,9			+	+	+	-
Krankenhaus St. Camillus	Ursberg	<50	ö	2656	1,09	<1000	0,753	2	6	1:16%	4:16%	3:16%		0,0	0,0	P		+	+	+	+
Kreis Krankenhaus Viechtach	Viechtach	<200	ö	2418	7,27	<10000	0,920	9	27	5:22%	6:17%	8:12%	41	0,1	0,7			+	+	+	-
Kreis Krankenhaus Vilsbiburg	Vilsbiburg	<200	ö	2586	3,57	<10000	0,822	7	23	8:22%	6:14%	5:9%	35	0,3	0,1			+	+	+	-
Landkreis Passau Krankenhaus g GmbH	Vilshofen	<200	ö	2542	4,47	<10000	0,979	11	29	8:21%	6:20%	5:14%	38	0,0	0,0			-	+	+	+
Behandlungszentrum Vogtareuth GmbH	Vogtareuth	<500	p	3037	-2,00	<10000	1,535	4	13	8:64%	1:12%	5:11%	73	0,9	28,5	B	N	+	+	+	+
HELIOS Klinik Volkach	Volkach	<50	p	3725	-2,00	<5000	0,600	2	4	8:41%	6:39%	5:9%	92	0,0	0,0			+	+	+	+
Kreis Krankenhaus Waldkirchen	Waldkirchen	<50	ö	2548	4,33	<5000	0,836	7	22	6:21%	5:17%	8:15%	27	0,6	1,7			+	+	+	+
Aklinik Waldmünchen Betriebs-GmbH	Waldmünchen	<50	p	BE												B		P	nb		
Kreis Krankenhaus Waldsassen	Waldsassen	<200	ö	2799	-0,18	<5000	0,838	7	21	5:26%	8:18%	6:12%	24	0,1	0,0			+	-	-	-
Klinik Wartenberg Rehabilitation und	Wartenberg	<50	p	3433	-2,00	<1000	0,911	1	3	6:37%	9:17%	4:14%	2	4,7	19,2	B		+	-	-	-
Bezirkskrankenhaus Gaberse	Wasserburg	<1000	ö	2742	0,71	<5000	0,907	2	5	1:76%	8:15%	3:2%		2,4	4,2	N	P	+	+	+	-
Kreis Krankenhaus Wasserburg	Wasserburg	<200	ö	2639	2,55	<5000	0,847	6	24	6:15%	8:15%	14:12%	29	0,4	0,4			+	+	+	-
Kreis Krankenhaus Wegscheid	Wegscheid	<50	ö	2841	-0,84	<5000	0,846	9	24	8:21%	5:18%	6:15%	35	0,0	0,0			+	-	-	-
Klinikum Weiden	Weiden	<1000	ö	2733	0,86	<50000	0,995	11	39	5:17%	6:15%	8:11%	32	1,8	1,1	N		-	-	-	-
Krankenhaus Weilheim	Weilheim	<200	ö	2738	0,78	<10000	0,917	9	29	5:21%	8:18%	6:13%	46	0,4	0,0			+	+	+	+
Kreis Krankenhaus Weißenburg	Weißenburg	<200	ö	2543	4,44	<10000	0,864	8	24	6:20%	5:14%	1:9%	33	0,0	0,0			+	+	+	-
Stiftungsklinik Weißenhorn	Weißenhorn	<200	ö	2780	0,11	<10000	0,882	10	26	8:21%	5:19%	6:18%	35	1,0	0,2			-	-	-	-
Krankenhaus Markt Werneck	Werneck	<50	ö	2577	3,74	<5000	0,659	3	10	8:43%	14:11%	6:9%	57	0,0	0,0			+	+	+	-
Orthopädisches Krankenhaus SchloßWerneck	Werneck	<200	ö	2765	0,34	<5000	1,671	2	5	8:99%	1:1%	4:0%	91	0,6	0,0			+	+	+	+
Kreis Krankenhaus Wertingen	Wertingen	<200	ö	2722	1,06	<5000	0,830	9	27	8:18%	5:17%	6:16%	33	0,4	0,0			-	-	-	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DRG	TOP 3 MDC			Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte						
									25 %	50 %	8:19%	6:15%	5:15%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI
Kreis Krankenhaus Wolftratshausen	Wolftratshausen	<500	ö	2772	0,23	<10000	0,926	11	29	8:19%	6:15%	5:15%	35	0,2	0,1				+	+	-		
Kreis Krankenhaus Würth	Würth	<200	ö	2452	6,46	<5000	0,992	8	23	5:26%	8:22%	6:15%	44	0,0	0,0				+	+	-		
Klinikum der Universität Würzburg	Würzburg	>1000	ö	2781	0,09	>50000	1,254	16	50	3:11%	2:11%	1:10%	40	4,3	5,1	N	H	P	+	+	+		
Missionsärztliche Klinik Würzburg	Würzburg	<500	fg	2627	2,74	<20000	0,871	5	22	6:14%	4:12%	15:10%	34	1,1	0,1				+	+	-		
Orthopädische Klinik Würzburg	Würzburg	<200	ö	2700	1,44	<10000	1,580	3	6	8:98%	21:1%	9:1%	93	1,6	0,0			H	+	+	+		
Roikreuzklinikum Würzburg GmbH	Würzburg	<200	fg	2405	6,30	<5000	0,822	3	6	8:57%	3:22%	5:5%	81	1,3	0,0				-	-	+		
Stiftung Juliuspital Würzburg	Würzburg	<500	ö	2709	1,28	<20000	1,071	11	31	8:21%	6:19%	5:17%	34	1,2	7,3	B			+	+	+		
Theresienklinik Würzburg	Würzburg	<50	fg	2643	2,47	<5000	0,483	3	9	8:25%	14:18%	6:14%	65	0,0	0,0				-	-	-		
Zusam-Klinik IVA Schwaben	Zusmarshausen	<50	ö	2830	-0,66	<5000	0,760	1	3	4:90%	5:3%	-1:2%	3	1,0	7,9				+	+	-		
Kreis Krankenhaus Zwiessel	Zwiessel	<200	ö	2727	0,98	<10000	0,790	6	20	8:23%	5:13%	6:11%	30	0,1	0,0				+	+	-		
Berlin		468		2930	0,00		1,050	13	50	5:14%	8:13%	6:11%	40	2,4	2,2	0	6	2	10				
Augenklinik Berlin Marzahn	Berlin	<50	p	2885	0,68	<5000	0,564	1	2	2:100%			86	0,0	0,0				+	-	-		
Augenklinik im Ringcenter	Berlin	<50	p	2150		<10000	0,488	1	1	2:100%			95	0,0	0,0				nb	nb	nb		
Bundeswehr-Krankenhaus-Verwaltung Berlin	Berlin	<200	ö	2202	16,63	<10000	1,100	8	27	3:16%	8:15%	11:12%	54	3,4	0,1				+	+	+		
Caritas-Kliniken Pankow Klinikbereich	Berlin	<500	fg	2887	0,66	<10000	0,783	3	16	14:17%	8:16%	5:13%	31	0,0	0,0				nb	nb	nb		
Charite Universitätsmedizin Berlin	Berlin	>1000	ö	2930	-0,02	>50000	1,301	13	55	5:12%	8:9%	6:8%	40	5,2	2,6	N	H	P	+	+	+		
DRK Kliniken Westend	Berlin	<500	fg	2817	1,80	<50000	0,842	6	27	6:14%	5:13%	14:12%	44	0,5	0,2			P	+	+	+		
DRK-Kliniken Köpenick	Berlin	<1000	fg	2857	1,07	<20000	1,063	11	35	5:25%	6:14%	8:10%	37	1,0	1,3				+	+	+		
DRK-Kliniken Mark Brandenburg	Berlin	<500	fg	2755	2,86	<10000	0,893	2	6	4:41%	5:23%	6:11%	28	0,5	0,4				+	+	+		
Elisabeth-Krankenhaus	Berlin	<200	fg	2863	1,07	<10000	0,945	5	21	6:22%	9:17%	8:15%	54	0,1	0,0				+	+	-		
Ex. Waldkrankenhaus Spandau	Berlin	<1000	fg	2851	1,23	<20000	1,014	5	23	8:21%	6:12%	14:12%	34	1,6	0,1				+	+	+		
Evangelische Lungenklinik Berlin	Berlin	<200	fg	2678	3,48	<5000	1,064	1	2	4:96%	17:1%	8:1%	17	0,7	1,9				+	+	+		
Evangelisches Johannesstift Wicheim-Krankenhaus	Berlin	<200	fg	2570	6,12	<5000	1,536	2	6	1:24%	8:23%	5:19%	0	0,0	5,6				-	+	+		
Evangelisches Krankenhaus Hubertus	Berlin	<500	fg	2748	3,07	<10000	1,348	3	13	5:37%	8:29%	1:11%	46	0,0	1,3				+	+	-		
Franciskus-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2710	3,76	<10000	1,230	4	14	5:29%	11:28%	12:12%	55	1,7	0,1	N			+	+	-		
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Berlin	<500	fg	2964	-0,51	<10000	0,884	5	22	5:16%	6:13%	14:12%	29	5,3	0,5			P	+	+	-		
Havelklinik GmbH	Berlin	<50	p	2887	-0,37	<5000	0,750	3	6	8:79%	3:13%	6:4%	98	0,0	0,0				-	-	+		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-Diagnosen		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	8:72 %	3:22 %	2:3 %	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	-
Paracelus-Kurfürstenklinik	Bremen	<50	p	3070	-2,00	<5000	0,742	3	7	8:72 %	3:22 %	2:3 %	84	0,4	0,0	-	+	+					
Roland-Klinik	Bremen	<200	fg	2782	1,12	<10000	1,097	2	6	8:89 %	1:5 %	21:3 %	79	0,7	0,0	+	+	+					
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	Bremen	<500	fg	2722	2,04	<20000	0,818	1	9	11:37 %	8:20 %	5:14 %	25	1,2	2,3	+	+	+					
St.-Joseph-Stift	Bremen	<500	fg	2743	1,80	<20000	0,871	6	23	3:14 %	2:13 %	6:13 %	44	1,2	4,5	+	+	+					
DRK Krankenanstalten Wesermünde	Bremerhaven	<500	fg	2711	2,34	<10000	0,855	6	21	6:24 %	4:21 %	5:10 %	21	1,2	0,0	+	-	-					
Klinikum Bremerhaven Reinkeheide	Bremerhaven	<1000	ö	2806	0,75	<50000	0,832	1	18	11:28 %	8:13 %	1:11 %	31	1,2	3,2	-	-	+					
St.-Joseph-Hospital	Bremerhaven	<500	fg	2714	2,31	<10000	0,859	7	26	5:15 %	6:15 %	14:10 %	28	2,8	0,3	+	+	+					
Hamburg		314		2830	0,00		1,066	12	44	8:15 %	6:13 %	5:12 %	42	1,0	5,8	2	5	0	3				
Albertinen-Krankenhaus	Hamburg	<1000	fg	2767	1,15	<50000	1,337	6	22	5:23 %	14:12 %	8:11 %	38	0,8	1,1	nb	nb	nb	N	P			
Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859	Hamburg	<200	fg	2942	-1,65	<10000	0,891	3	12	6:20 %	8:17 %	4:14 %	22	1,8	0,2	nb	nb	nb	N				
Asklepios Klinik Altona	Hamburg	<1000	p	2819	0,15	<50000	1,128	9	33	5:14 %	6:11 %	14:10 %	44	1,5	2,2	+	-	-	N				
Asklepios Klinik Barmbek	Hamburg	<1000	p	2828	-0,07	<50000	0,984	7	27	14:12 %	6:12 %	5:10 %	34	2,0	0,0	+	+	+					
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll und Heidberg	Hamburg	>1000	p	2835	-0,14	<50000	0,948	8	29	2:13 %	1:12 %	3:11 %	38	1,0	0,8	-	-	-					
Asklepios Klinik Wandsbek	Hamburg	<1000	p	2730	1,61	<50000	1,110	8	29	5:17 %	1:16 %	8:12 %	26	0,5	0,8	-	-	+					
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus	Hamburg	<200	fg	2900	-1,38	<5000	1,454	4	10	8:80 %	9:8 %	1:5 %	88	0,7	75,2	nb	nb	nb	B				
Bethesda – Allgemeines Krankenhaus gGmbH Bergedorf	Hamburg	<500	fg	2740	1,57	<10000	0,869	7	24	6:17 %	5:16 %	14:12 %	27	0,8	0,2	nb	nb	nb	P				
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<50	ö	2220	14,08	<5000	0,997	11	33	3:17 %	12:13 %	8:12 %	47	1,5	0,0	nb	nb	nb					
CardioClinic Hamburg Krankenhausgesellschaft mbH	Hamburg	<50	p	2793	0,61	<5000	3,130	1	2	5:94 %	-1:2 %	8:2 %	58	1,3	0,0	+	+	+					
Diakonie-Klinikum Hamburg gGmbH	Hamburg	<1000	fg	2825	0,15	<20000	0,927	6	19	6:17 %	8:13 %	4:11 %	41	0,6	2,2	+	+	+	N				
Die FacharztKlinik Hamburg	Hamburg	<50	p	2477	5,28	<5000	0,683	3	10	8:45 %	3:11 %	6:9 %	97	0,0	0,0	-	-	+					
Endo-Klinik Hamburg GmbH	Hamburg	<500	p	2873	-0,96	<20000	2,468	2	3	8:98 %	1:1 %	21:0 %	97	0,2	0,0	nb	nb	nb					
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH	Hamburg	<500	fg	2587	4,58	<20000	1,066	7	25	5:20 %	6:13 %	8:11 %	28	0,1	0,7	nb	nb	nb					
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	Hamburg	<500	fg	2806	0,96	<5000	1,099	4	14	8:27 %	20:17 %	1:14 %	26	2,4	34,7	nb	nb	nb	P				
Fachklinik Helmsweg GmbH	Hamburg	<50	p	2557	3,27	<1000	0,554	2	5	13:49 %	9:19 %	6:11 %	96	0,0	0,0	-	-	+					
Israelitisches Krankenhaus	Hamburg	<200	fg	2541	4,62	<10000	1,148	4	9	6:60 %	7:14 %	10:5 %	46	0,5	0,2	-	-	+					
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift gGmbH	Hamburg	<200	fg	2824	0,14	<10000	0,721	2	8	6:22 %	4:15 %	15:10 %	13	0,1	24,0	-	+	+	B				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen		Abweichung Ist-Werte			
								25%	50%	1	2	8:54%	1:34%	5:7%	O	ZE	SE	B	N	H	P
Nachsorgeklinik Bergstr.	Bensheim	<50	fg	5584	-2,00	<1000	0,878	1	2	8:54%	1:34%	5:7%		0,0	0,0				nb	nb	nb
DRK-Krankenhaus Biedenkopf	Biedenkopf	<200	fg	2451	4,45	<5000	0,563	6	22	6:14%	14:12%	11:10%	32	0,4	0,0				+	+	-
Neurologische Klinik Haus-Braunfels	Braunfels	<50	fg	2216	11,28	<5000	0,923	1	3	1:61%	8:29%	3:3%	0	0,0	54,6	B			-	-	-
Orthopädische Klinik Braunfels	Braunfels	<200	p	2598	2,54	<5000	1,531	2	4	8:97%	1:2%	9:0%	68	0,0	0,0				nb	nb	nb
Mathilden-Hospital Hessenklinik	Büdingen	<200	p	2737	0,63	<5000	0,795	8	23	6:21%	5:15%	8:13%	32	0,2	0,0				P	+	+
Alice-Hospital und Eleonoren-Kinderklinik	Darmstadt	<200	fg	2637	2,39	<10000	0,573	4	16	5:29%	6:21%	14:10%	39	1,3	0,0				-	-	-
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Darmstadt	<50	fg	2788	-0,20	<5000	0,773	2	5	6:23%	4:18%	15:16%	1	0,8	0,6				H	P	nb
Marienhospital Darmstadt	Darmstadt	<200	fg	2576	3,56	<5000	0,524	2	7	14:25%	15:20%	6:17%	45	0,0	0,0				nb	nb	nb
Städt. Kliniken Darmstadt Hessenklinik	Darmstadt	<1000	ö	3065	-2,00	<50000	0,942	14	42	5:14%	1:14%	3:9%	37	1,4	1,0				N	P	-
St.-Rochus-Krankenhaus Dieburg	Dieburg	<50	fg	3332	-2,00	<5000	0,575	3	8	8:44%	14:12%	6:12%	52	0,0	0,0				-	+	+
Kreis Krankenhaus Dillenburg/Heiborn	Dillenburg	<500	ö	2806	-0,48	<10000	0,804	10	29	6:15%	5:13%	8:11%	36	0,1	0,1				nb	nb	nb
Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus Ehringhausen	Ehringhausen	<50	fg	2372	6,56	<5000	0,669	4	12	5:26%	6:21%	10:12%	42	0,0	0,0				+	+	-
Kreis Krankenhaus Erbach	Erbach	<500	ö	2714	1,00	<10000	0,922	9	29	5:15%	8:14%	6:14%	34	0,0	0,1				nb	nb	nb
Kreis Krankenhaus Eschwege	Eschwege	<500	ö	2794	-0,29	<10000	0,938	10	28	5:16%	1:13%	6:12%	22	0,2	0,0				P	+	-
Marien-Krankenhaus Flörsheim	Flörsheim	<200	fg	3080	-2,00	<5000	0,688	1	4	8:69%	6:14%	5:5%	46	0,0	0,0				nb	nb	nb
Kreis Krankenhaus Frankenberg	Frankenberg	<500	ö	2659	1,98	<10000	0,980	8	25	5:16%	8:16%	6:14%	28	0,4	0,0				+	-	-
Berufsgenossenschaft Unfallkl. Frankfurt a. Main	Frankfurt	<500	fg	2903	-1,90	<10000	1,560	4	11	8:88%	1:3%	9:3%	87	0,9	15,5				-	-	-
Clementine-Kinderhospital Frankfurt	Frankfurt	<50	fg	2459	4,62	<5000	0,699	2	5	4:31%	6:16%	1:9%	1	0,2	36,5	B			-	-	-
Gemeinnützige Gesellschaft der Katharinen-schwes-tem	Frankfurt	<500	fg	2763	0,19	<20000	1,121	8	23	8:20%	1:17%	5:15%	38	0,2	2,8				+	+	-
Hospital Zum Heiligen Geist Frankfurt	Frankfurt	<500	fg	2824	-0,75	<10000	0,899	5	21	8:16%	5:16%	14:14%	37	0,7	0,3				P	-	+
Klinikum der Joh.-Wolfgang-Goethe-Krankenhaus Nordwest der Stiftung Hospital zum	Frankfurt	>1000	ö	2762	0,20	>50000	1,524	17	54	5:11%	1:10%	2:10%	45	6,2	1,7				N	H	P
Krankenhaus Sachsenhausen	Frankfurt	<1000	fg	2792	-0,26	<50000	1,153	10	37	6:15%	1:13%	4:12%	31	1,8	1,3				N		-
Krankenhaus Sachsenhausen	Frankfurt	<500	fg	2746	0,24	<10000	0,745	3	10	13:13%	14:13%	4:13%	33	0,2	7,2				-	+	+
Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim	Frankfurt	<500	fg	2659	1,97	<10000	1,467	5	12	8:93%	1:2%	9:2%	73	2,4	1,7				-	-	+
Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst	Frankfurt	<1000	ö	2837	-0,95	<50000	1,098	8	32	8:14%	1:10%	5:10%	40	1,3	1,0				P	+	+
Hospital zum Heiligen Geist Fritztal	Fritztal	<200	fg	2652	2,11	<5000	0,791	7	24	5:20%	6:13%	14:12%	29	0,1	0,0				+	-	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	6:24%	8:17%			5:9%	8:17%	5:9%	B	N	H
Herz-Jesu-Krankenhaus	Fulda	<500	fg	2567	3,68	<10000	0,959	7	24	6:24%	8:17%	5:9%	1,9	2,4				+	+
Klinikum Fulda	Fulda	<1000	ö	2787	-0,18	<50000	1,213	13	45	5:12%	6:12%	8:12%	1,9	0,5	N	P		-	+
Kreis-Krankenhaus Gelnhausen	Gelnhausen	<500	ö	2881	-1,60	<20000	0,840	5	20	6:14%	14:12%	8:12%	0,2	0,1	N			+	+
Rhön-Klinik Dr. Siegmund Nachf.	Gersfeld	<50	p	2624	1,15	<1000	0,601	2	8	8:63%	6:9%	1:8%	0,0	0,6				-	-
Evangelisches Krankenhaus	Gießen	<200	fg	2571	3,66	<10000	0,816	10	30	8:20%	6:20%	11:9%	0,0	0,0				+	+
Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen	Gießen	>1000	ö	2801	-0,59	>50000	1,321	17	56	5:14%	8:12%	1:10%	4,3	2,9	1,3	N		-	+
Krankenhaus Baisersche Stiftung	Gießen	<50	fg	2502	3,68	<5000	0,687	3	9	8:34%	5:23%	6:14%	0,4	0,0				+	+
St.-Josefs-Krankenhaus	Gießen	<200	fg	2718	0,94	<10000	0,831	3	9	14:18%	3:15%	15:14%	0,0	0,0				+	-
Klinik Oberwald KG	Grebenthal	<200	p	3548	-2,00	<5000	0,752	1	3	5:64%	6:18%	8:8%	0,0	0,0				+	-
Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen	Greifenstein	<200	fg	2689	0,63	<5000	0,895	1	2	4:89%	-1:4%	5:3%	7	0,6	6,6			nb	nb
Kreis-Krankenhaus Groß-Umstadt	Grob-Umstadt	<500	ö	2777	-0,02	<10000	0,959	10	31	8:21%	6:16%	5:14%	0,1	0,8				nb	nb
St.-Vincenz-Krankenhaus	Hanau	<500	fg	2538	4,32	<20000	1,090	7	27	6:18%	8:17%	14:10%	0,8	1,1				nb	nb
Stadtkrankenhaus	Hanau	<1000	ö	2712	1,04	<50000	0,932	10	31	5:14%	6:14%	1:11%	2,9	1,1	0,7			+	+
Kreis-Krankenhaus Bergstr.	Heppenheim	<500	ö	2804	-0,45	<20000	0,921	9	26	5:20%	6:19%	8:16%	4,0	0,6	0,0			-	-
Orthopädische Klinik	Hessisch Lichtenau	<200	fg	2692	1,39	<10000	1,600	2	3	8:96%	1:2%	9:1%	6,7	0,3	17,9			-	+
Ev.-Krankenhaus Gesundbrunnen	Hofgeismar	<200	fg	2473	5,27	<5000	2,065	1	2	8:45%	1:39%	5:10%	0	0,0	19,9			+	+
Kreis-Kliniken Kassel gGmbH	Hofgeismar	<200	ö	2861	-1,31	<5000	0,804	7	22	5:24%	6:16%	8:11%	2,4	0,2	0,0			+	+
Schwalm-Eder-Kliniken GmbH, Klinikum Homberg	Homberg/Elze	<200	ö	3445	-2,00	<5000	0,762	4	19	14:19%	6:12%	5:12%	2,4	0,0	0,0			nb	nb
HELOS St. Elisabeth Klinik Hünfeld	Hünfeld	<200	p	2751	0,40	<5000	0,730	7	26	6:14%	8:13%	5:11%	3,6	0,0	0,0			+	+
Helios Klinik Idstein	Idstein	<50	p	2552	3,05	<5000	0,931	6	19	8:26%	6:17%	5:15%	3,4	0,0	0,0			nb	nb
Fachklinik für Lungenerkrankung	Immenhausen	<200	fg	2310	8,81	<5000	1,125	1	3	4:91%	-1:2%	5:2%	18	0,2	7,0			+	+
Diakonie-Gesundheitszentrum Kassel gGmbH	Kassel	<500	fg	2773	0,03	<20000	1,041	7	22	5:33%	6:16%	14:7%	3,1	0,2	0,4			-	-
Elisabeth-Krankenhaus	Kassel	<200	fg	2548	4,12	<10000	0,975	9	25	6:18%	8:12%	9:11%	4,6	0,2	0,0			+	+
Kinderkrankenhaus Park Schönfeld	Kassel	<200	ö	2605	2,99	<5000	0,637	3	11	6:26%	4:12%	1:10%	1,8	0,0	29,6	B		-	+
Klinik Dr. Koch	Kassel	<50	p	2779	-1,85	<5000	0,434	2	4	14:38%	15:25%	13:18%	4,2	0,0	0,0			0	0
Klinikum Kassel gGmbH	Kassel	>1000	ö	2732	0,69	<50000	1,079	10	39	11:14%	5:11%	1:10%	4,0	2,4	2,0	N	P	+	+
Marientrankenhaus	Kassel	<200	fg	2613	2,84	<10000	0,826	4	15	6:28%	4:23%	5:12%	3,3	0,0	0,4			-	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-Diagnosen 25% 50%	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
									O	ZE	SE			B	N	H	P	Fälle	CM
Orthopädische Klinik Hessenklinik	Kassel	<200	ö	2534	4,41	<10000	1,321	2	6	8:95%	1:3%	9:0%	61	1,1	1,0				+ + +
Paracelsus-Elena-Klinik	Kassel	<200	p	2661	1,38	<5000	1,499	1	1	1:100%	19:0%			0,0	0,0				+ + +
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	Kassel	<500	fg	2663	1,90	<10000	1,001	10	29	6:20%	8:17%	5:16%	41	0,2	0,1				+ + +
Deutsches-Rotes-Kreuz Klinik Kaufungen	Kaufungen	<50	fg	2546	3,67	<5000	1,915	1	2	8:41%	1:27%	5:12%		0,0	3,0				+ + +
Wolfgang-Winckler-Haus Entgiftungsstation für	Keilheim	<50	fg	2995	-2,00	<1000	1,381	1	1	20:100%				0,0	0,0				nb nb nb
St.-Josef-Krankenhaus	Königsstein	<50	ö	2611	1,47	<5000	0,629	3	9	8:51%	6:14%	4:6%	54	0,4	0,0				+ + +
Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach	Korbach	<500	ö	2838	-0,96	<10000	0,871	9	26	6:15%	8:14%	5:14%	32	0,0	0,0				+ + +
St.-Marien-Krankenhaus	Lampertheim	<50	fg	3030	-2,00	<5000	0,997	4	10	5:29%	1:14%	6:13%	0	0,1	3,6				+ + +
Asklepios-Klinik	Langen	<500	p	2619	2,94	<20000	0,985	7	28	5:20%	6:18%	8:14%	36	2,2	0,0				+ + +
Krankenhaus Eichhof	Lauterbach	<500	fg	2785	-0,15	<10000	0,914	9	28	8:17%	11:14%	6:13%	39	0,1	0,0				+ + +
Kreis Krankenhaus Giessen Hessenklinik	Lich	<500	p	2655	2,16	<10000	0,980	6	21	6:17%	8:15%	14:12%	35	0,3	0,0				+ + +
Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH	Limburg	<500	fg	2681	1,55	<20000	1,069	11	35	6:15%	5:15%	8:12%	35	2,4	0,2				+ + +
Luisen-Krankenhaus Hessenklinik	Lindenfels	<200	fg	2906	-1,96	<5000	0,855	7	21	8:16%	5:15%	4:14%	28	0,1	0,6				+ + +
Chirurg.-Orthop. Fachklinik Lorsch GmbH u. Co. KG	Lorsch	<50	p	2700	1,26	<5000	1,813	2	3	8:97%	21:1%	1:1%	76	0,9	0,0				+ + +
Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehnda	Marburg	<500	fg	2687	1,49	<10000	0,997	6	19	5:21%	6:15%	8:14%	28	0,0	0,0				+ + +
Dr. Schweckendiek GmbH Klinik KG	Marburg	<50	p	2484	2,83	<1000	0,364	1	2	3:95%	9:2%	5:1%	87	0,0	0,0				+ + +
Klinikum Universitäts Marburg	Marburg	>1000	ö	2806	-0,56	<50000	1,236	17	56	5:11%	3:10%	1:10%	41	2,7	1,7				+ + +
Schwalme-Eder-Kliniken GmbH, Klinikum Meisungen	Meisungen	<50	ö	2912	-1,90	<5000	0,822	5	14	5:32%	6:16%	4:9%	14	0,3	0,0				nb nb nb
Ketteler-Krankenhaus	Offenbach	<500	fg	2688	1,46	<10000	0,820	5	17	6:23%	14:14%	5:10%	34	0,2	0,0				+ + +
Privatklinik Dr. Frühauf OHG	Offenbach	<50	p	2676	0,39	<1000	0,662	1	3	20:38%	5:26%	10:8%	0	0,0	0,0				+ + +
Städtische Kliniken Offenbach am Main	Offenbach	<1000	ö	2785	-0,22	<50000	1,078	12	39	5:13%	6:11%	8:11%	36	1,4	2,6				- - -
HKZ – Herzchirurgie	Rotenburg	<50	p	2645	2,24	<10000	4,156	1	2	5:92%	-1:2%	1:2%	98	0,1	0,0				- - -
Kard.-Fachklinikhaus GmbH	Rotenburg	<200	p	2722	0,88	<10000	0,926	1	3	5:96%	4:2%	1:1%	30	0,6	0,0				+ + +
Kreis Krankenhaus Rotenburg/Fulda	Rotenburg	<500	fg	2722	0,87	<10000	0,920	8	23	8:24%	6:15%	4:14%	34	0,1	0,2				- + +
Stadtkrankenhaus Rüsselsheim GPR Rüsselsheim	Rüsselsheim	<500	ö	2703	1,19	<20000	0,932	11	33	5:17%	6:14%	8:10%	31	1,0	0,1				+ + +
HSK Klinik Schlagenbad GmbH	Schlagenbad	<50	ö	2440	5,17	<1000	0,848	1	2	8:97%	6:2%	4:1%	0	2,3	0,0				0 0 0
Kreis Krankenhaus Schlüchtern	Schlüchtern	<500	ö	3177	-2,00	<10000	0,944	9	28	8:17%	5:17%	6:16%	32	0,0	0,0				nb nb nb

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25%	50%	5:29%	6:16%	8:14%			O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle
Schwalm-Eder-Kliniken GmbH, Klinikum Schwalmstadt	Schwalmstadt	<200	ö	2721	0,82	<10000	1,100	10	29	5:29%	6:16%	8:14%	32	0,7	0,2				nb	nb	nb	
Kreiskrankenhaus Jugendheim	Seeheim-Jugendheim	<50	ö	2447	5,83	<5000	1,963	1	2	8:98%	9:1%	1:0%	90	0,1	0,0				-	+	+	
Asklepios-Klinik	Seligenstadt	<200	p	2555	3,62	<10000	0,864	8	26	6:21%	5:18%	8:14%	29	0,2	0,0				+	+	-	
St.-Josefs-Krankenhaus	Viernheim	<50	fg	2746	0,48	<5000	0,701	7	20	5:21%	6:20%	8:15%	36	0,0	0,0				+	+	-	
St.-Elisabeth Krankenhaus Hessenklinik	Volkmarren	<50	fg	2610	1,58	<5000	0,677	2	5	5:43%	14:13%	15:10%	57	0,0	0,0				-	-	+	
Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg e.V.	Wahlsburg	<50	fg	2464	4,96	<5000	1,014	4	12	5:32%	8:29%	1:18%	22	0,0	28,4				nb	nb	nb	
Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.	Waldsölmis	<50	fg	3072	-2,00	<1000	1,274	1	1	20:100%				0,0	0,0				0	-	-	
Kreiskrankenhaus	Weilburg	<200	ö	2801	-0,40	<10000	0,997	7	23	8:25%	6:18%	5:15%	40	0,2	0,3				nb	nb	nb	
Klinikum Weimünster gGmbH	Weimünster	<200	ö	3099	-2,00	<5000	1,211	2	5	1:61%	8:13%	4:8%	2	0,7	25,3	B	P		-	+	+	
Klinikum Wetzlar-Braunfels	Wetzlar	<1000	ö	2664	1,87	<50000	0,978	11	36	5:22%	6:16%	8:10%	32	1,7	0,7				nb	nb	nb	
Asklepios-Paulinen Klinik	Wiesbaden	<500	p	2774	0,00	<20000	1,011	7	28	8:20%	6:11%	14:9%	43	0,6	1,7				-	-	-	
Aukammklinik	Wiesbaden	<50	p	2565	2,98	<5000	1,148	1	3	8:99%	1:1%	9:0%	98	0,0	0,0				+	+	-	
Deutsche Klinik für Diagnostik	Wiesbaden	<50	p	2784	-0,51	<10000	0,507	1	1	11:73%	6:7%	10:5%	19	10,4	25,2				+	+	-	
HSK, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH	Wiesbaden	<1000	ö	2837	-1,08	<50000	1,066	10	38	6:11%	8:10%	14:10%	36	1,2	3,4	B	P		-	-	+	
Kreis- und Stadtkrankenhaus	Witzenhausen	<200	ö	2747	0,45	<5000	0,767	8	21	6:18%	5:18%	1:9%	18	0,3	1,5				+	+	-	
Kreislinken Kassel gGmbH	Wolfhagen	<200	ö	2642	2,30	<5000	0,768	10	27	6:20%	8:11%	5:11%	30	0,0	0,0				+	+	-	
Mecklenburg-Vorpommern		339		2664	0,00		0,997	13	46	5:16%	8:13%	6:11%	36	2,2	2,5	0	2	0	5			
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH	Bergen	<500	p	2835	-2,00	<10000	0,750	8	27	6:14%	5:14%	8:11%	27	0,3	0,0				-	+	+	
Krankenhaus und Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg	Boizenburg	<50	p	2364	5,74	<5000	0,802	7	20	5:35%	6:15%	8:12%	31	0,2	0,0				nb	nb	nb	
Krankenhaus am Crivitzer See GmbH	Crivitz	<50	p	2637	0,47	<5000	0,798	4	16	8:25%	6:14%	14:13%	36	0,0	0,0				-	-	-	
Kreiskrankenhaus Demmin	Demmin	<500	ö	2528	2,46	<10000	0,753	5	21	8:16%	6:14%	14:11%	26	0,2	2,4				+	+	+	
Klinikum der Ernst-Moritz-Amdt-Universität Greifswald	Greifswald	<1000	ö	2632	0,40	<50000	1,248	17	55	8:14%	5:12%	1:9%	43	4,6	3,7				+	+	+	
DRK-Krankenhaus Grevesmühlen GmbH	Grevesmühlen	<200	fg	2675	-0,03	<5000	0,806	6	20	5:21%	6:20%	8:15%	25	0,0	0,0				nb	nb	nb	
KMG Klinikum Güstrow GmbH	Güstrow	<500	p	2404	5,11	<20000	0,889	9	31	5:18%	8:12%	6:11%	32	1,2	0,1				P	+	+	
Kreiskrankenhaus Hagenow	Hagenow	<200	ö	2659	0,15	<10000	0,741	5	20	6:17%	5:12%	8:11%	20	0,2	0,0				nb	nb	nb	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG 25% 50%	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte						
									O	ZE	SE				B	N	H	P	Fälle	CM	CMI
Klinikum Region Hannover Krankenhaus Großburgwedel	Burgwedel	<500	ö	2596	2,98	<10000	0,909	8 26	8:17%	6:15%	5:13%	36	0,1	0,0					+	+	-
Elbe Kliniken Städt. Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Buxtehude	Buxtehude	<500	ö	2795	-0,46	<10000	0,844	7 24	8:16%	6:14%	5:13%	33	0,1	3,0					+	+	-
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	<1000	fg	2817	-0,79	<50000	0,977	10 35	6:14%	5:13%	8:13%	36	0,5	0,4					+	+	+
St.-Josef-Stift	Celle	<200	fg	3041	-2,00	<5000	0,990	7 21	5:22%	6:15%	10:13%	52	0,2	0,0					-	-	+
Asklepios Harzkliniken GmbH Robert Koch Krankenhaus	Clausthal-Zellerfeld	<50	p	3375	-2,00	<5000	0,866	6 20	5:25%	8:21%	6:15%	37	0,1	0,1					+	+	-
St.-Josefs-Hospital	Cloppenburg	<500	fg	2776	-0,15	<10000	0,862	7 23	5:16%	6:12%	3:12%	39	0,4	0,1					+	+	+
Spezialkrankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	<200	fg	2723	0,18	<5000	1,578	2 5	1:63%	5:11%	4:7%	0	0,0	58,4					-	-	-
Krankenhaus Cuxhaven GmbH	Cuxhaven	<500	ö	2830	-0,99	<10000	0,950	10 32	8:14%	5:14%	6:13%	34	0,7	0,1					+	+	-
Seehospital Sahlenburg GmbH, Cuxhaven	Cuxhaven	<200	p	3475	-2,00	<5000	1,666	3 6	8:97%	9:1%	23:1%	63	0,4	0,0					+	-	-
Krankenhaus St.-Elisabeth-Stift	Damme	<500	fg	2602	2,87	<10000	0,871	8 24	8:25%	6:14%	1:14%	31	0,4	0,0					+	+	-
Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg GmbH	Dannenberg	<200	p	2945	-2,00	<5000	0,855	8 26	8:16%	6:16%	5:12%	28	0,2	0,0					+	-	-
St.-Josef-Stift	Delmenhorst	<200	fg	2721	0,73	<10000	0,873	6 23	5:19%	6:16%	14:9%	29	0,4	0,0					nb	nb	nb
Städtische Kliniken Delmenhorst	Delmenhorst	<500	ö	2732	0,55	<20000	0,934	11 34	6:15%	8:11%	5:10%	35	0,3	0,0					+	+	+
Kreiskrankenhaus Diekhöfen	Diekhöfen	<200	ö	2777	-0,17	<5000	0,882	1 2	4:97%	-1:1%	5:1%	13	1,2	14,3					+	+	+
Kreiskrankenhaus Diepholz GmbH	Diepholz	<200	ö	2845	-1,21	<10000	0,907	10 30	8:21%	5:14%	6:11%	42	0,3	0,0					+	+	-
St.-Anna-Hospital	Dirklage	<50	fg	2416	5,62	<1000	0,822	1 2	8:93%	6:5%	21:1%	98	0,0	0,0					nb	nb	nb
Albertinen-Krankenhaus Das Diakonische Werk	Dissen	<200	fg	2898	-1,98	<5000	0,791	8 27	6:18%	8:11%	14:9%	30	0,2	0,0					+	+	-
Krankenhaus St. Martini	Duderstadt	<200	fg	2727	0,64	<10000	0,919	6 23	8:15%	6:14%	5:13%	28	0,3	0,0					+	+	-
Krankenhaus Einbeck	Einbeck	<200	ö	2977	-2,00	<5000	1,002	8 22	8:23%	5:20%	6:19%	34	0,3	0,0					-	-	-
Hans-Susemihl-Krankenhaus	Emden	<500	ö	2697	1,13	<20000	0,952	8 27	1:17%	8:15%	6:12%	29	1,2	0,9					P	+	+
St.-Antonius-Stift	Emstek	<50	fg	2630	1,76	<5000	1,491	2 4	8:99%	1:1%	4:0%	62	0,2	0,0					+	+	+
Klinik Fallingbostal von Graeemeyer GmbH & Co KG	Fallingbostal	<50	p	2682	0,24	<1000	0,720	1 2	5:100%				0,0	71,0	B				0	-	-
Krankenhaus St.-Marien-Stift	Friesoythe	<200	fg	2662	1,76	<5000	0,789	6 21	8:17%	6:15%	5:12%	28	0,0	0,1					nb	nb	nb
Krankenhaus Stenum Hermine de Voss Stiftung	Ganderkesee	<50	fg	2463	5,20	<5000	1,681	1 3	8:99%	1:1%	18:0%	61	0,1	0,0					+	+	+
Klinikum Region Hannover Robert-Koch-Krankenhaus Geirnden	Geirnden	<500	ö	2591	3,08	<20000	0,919	6 25	5:23%	6:14%	8:10%	36	0,8	0,0					+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte			
								25%	50%	1	4		ZE	SE		B	N	H	P
Diakonie-Krankenhaus Georgsmarienhütte	Georgsmarienhütte	<50	fg	3274	-2,00	<5000	0,841	1	4	20-39%	5:13%	6:11%	1	0,0	0,0				
Franciskus-Hospital Handberg	Georgsmarienhütte	<500	fg	2602	2,87	<20000	1,028	6	23	8:23%	6:17%	14:9%	51	0,1	0,0				
Kreis-Krankenhaus Gifhorn GmbH	Gifhorn	<500	fg	2757	0,15	<20000	0,961	7	28	6:15%	8:14%	5:11%	35	0,3	0,0				
Akklepios-Haz-Kliniken GmbH Dr.-Herbert-Nieper-Krankenhaus	Goslar	<500	p	2823	-0,84	<20000	0,936	10	33	5:18%	6:17%	8:10%	35	1,2	0,1				
Evang. Krankenhaus Göttingen	Göttingen	<500	fg	2545	4,01	<20000	1,140	8	33	4:26%	8:18%	6:11%	42	0,5	0,5	N			
Hainberg-Klinik	Göttingen	<50	p	2823	-0,88	<1000	0,783	4	13	8:52%	5:9%	6:8%	56	0,0	0,0				
Krankenhaus Neu-Bethlehem gGmbH	Göttingen	<200	fg	2737	0,46	<10000	0,711	3	10	5:36%	14:13%	6:13%	57	0,2	0,0				
Neu-Marienhilf gGmbH	Göttingen	<200	fg	2807	-0,64	<5000	0,895	4	14	8:27%	14:15%	6:14%	38	0,3	0,0				
Zahlstelle der Kliniken der Georg-August-Universität	Göttingen	>1000	ö	2960	-2,00	>50000	1,428	17	55	1:13%	5:13%	8:10%	38	5,1	2,6	N	P		
Johanniter-Krankenhaus Gemeinnützige GmbH	Gronau	<200	fg	3007	-2,00	<5000	1,029	7	17	8:31%	5:21%	1:9%	30	0,0	0,0				
Rehazentrum Gyhum GmbH & Co KG	Gyhum	<50	p	2624	2,47	<1000	1,400	2	6	1:27%	8:24%	6:12%		0,0	0,0				
Krankenhaus des Kreises Hameln-Pyrmont	Hameln	<500	ö	2651	1,95	<20000	0,914	8	33	5:17%	6:16%	8:8%	34	0,9	0,1	N			
Evang. Vereinskrankenhaus Hann. Münden	Hann. Münden	<200	fg	3056	-2,00	<5000	0,833	8	27	5:15%	6:14%	8:14%	37	0,2	0,0				
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	Hann. Münden	<200	fg	2841	-1,07	<10000	0,648	1	1	11:73%	5:7%	12:5%	16	9,2	0,0				
Annastift e.V. Orthopädisches	Hannover	<500	fg	2941	-2,00	<10000	1,511	3	6	8:98%	1:1%	18:0%	68	0,0	0,0				
DRK-Krankenhaus Clementinenhaus	Hannover	<500	fg	2731	0,57	<10000	0,811	6	16	5:28%	6:21%	8:9%	37	0,4	0,6				
Hennietenstiftung	Hannover	<500	fg	2569	3,53	<50000	1,050	8	32	8:13%	5:11%	14:11%	43	0,2	0,0				
Kinderkrankenhaus Auf der Bult	Hannover	<500	fg	3360	0,00	<10000	0,907	3	9	6:22%	1:17%	3:15%	20	0,0	1,7				
Landeshauptstadt Hannover Hautklinik Linden	Hannover	<50	ö	2945	-2,00	<5000	0,820	2	4	9:74%	23:10%	5:3%	53	0,7	20,3				
Landeshauptstadt Hannover Krankenhaus Oststadt/Heidehaus	Hannover	<500	ö	3229	-2,00	<20000	1,246	4	14	4:42%	5:22%	6:9%	27	1,7	0,9				
Lister-Krankenhaus	Hannover	<50	fg	2654	-0,05	<5000	0,431	1	2	3:61%	2:37%	21:1%	96	0,0	0,0				
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover	>1000	ö	2682	1,33	>50000	1,778	20	62	5:13%	3:11%	1:10%	44	8,7	3,0	N	P		
Sophien-Klinik GmbH	Hannover	<200	p	2523	4,46	<5000	0,616	2	7	8:47%	6:28%	5:7%	67	0,0	0,0				
Sophien-Klinik Vahrenwald gGmbH	Hannover	<50	p	2354	6,69	<5000	0,624	3	6	8:62%	13:15%	6:10%	98	0,0	0,0				
Städtisches Krankenhaus Nordstadt	Hannover	<1000	ö	2841	-1,16	<50000	1,049	12	37	8:13%	1:13%	3:13%	45	0,5	0,9				
Städtisches Krankenhaus Sifoah	Hannover	<500	ö	3134	-2,00	<20000	1,062	8	25	5:28%	6:19%	11:14%	29	2,2	2,0				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	DKG	5:19%	6:12%	11:12%			O	ZE	SE	B	N	H
Vinzenz-Krankenhaus Hannover	Hannover	<500	fg	2680	1,44	<20000	0,951	7	23	5:19%	6:12%	11:12%	34	0,2	0,0				+	+	-
St.-Vinzenz-Hospital Haselünne	Haselünne	<200	fg	3334	-2,00	<5000	0,848	5	13	5:33%	6:14%	4:14%	2	0,0	0,0				+	+	-
Klinik Dr. Bohnen GmbH*	Helmstedt	<50	p	5187	-2,00	<10000	0,520	3	8	13:37%	6:22%	8:14%	90	0,0	0,0				nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus St. Marienberg	Helmstedt	<500	ö	2980	-1,23	<10000	0,814	9	25	6:17%	5:16%	8:11%	22	0,7	0,0				+	+	+
Kliniken Herzberg und Osterode GmbH	Herzberg	<500	p	2847	-2,00	<10000	0,924	9	30	5:17%	6:17%	8:12%	32	0,8	0,0				+	+	+
Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf	Hessisch Oldendorf	<200	fg	2031	19,15	<5000	3,287	1	2	1:93%	-1:4%	5:2%	6	0,0	73,5				++	+	-
St.-Bernward-Krankenhaus	Hildesheim	<1000	fg	2639	2,18	<50000	1,008	9	30	5:14%	8:14%	6:12%	34	1,0	0,4				-	-	-
Städtisches Krankenhaus Hildesheim GmbH	Hildesheim	<1000	ö	2625	2,42	<50000	1,130	11	38	8:17%	5:16%	6:12%	42	1,6	1,6				+	-	-
Evangelisches Krankenhaus	Holzminde	<500	fg	2776	-0,15	<10000	0,878	7	29	5:21%	8:11%	6:11%	35	0,4	0,0				+	+	+
Waldklinik Jestingh Altag GmbH & Co. KG	Jestingh	<50	p	2541	3,64	<1000	2,085	1	1	1:100%				0,0	86,1				-	-	+
Klinikum Region Hannover Agnes-Karil-Krankenhaus Laatzen	Laatzen	<500	ö	2650	1,97	<20000	1,059	7	22	1:22%	8:21%	5:17%	28	0,5	0,6				+	+	-
DRK-Krankenanstalten Wesermünde	Langen-Debestedt	<500	fg	2867	-1,54	<10000	1,209	4	9	8:55%	11:23%	12:12%	69	4,5	0,0				+	+	+
Geriatrisches Zentrum Hagenhof der Landeshaupt-Paracelsus-Klinik am Silbersee	Langenhagen	<50	ö	2594	3,03	<5000	1,891	1	3	1:35%	8:21%	5:17%		0,0	0,5				-	-	-
Paracelsus-Klinik am Silbersee	Langenhagen	<200	p	3148	-2,00	<5000	0,601	3	11	14:18%	8:15%	15:14%	30	0,2	0,0				+	+	-
Borromäus-Hospital	Leer	<500	p	2762	0,06	<20000	0,902	9	32	8:19%	11:12%	3:11%	50	0,2	0,2				++	+	-
Kreiskrankenhaus Leer	Leer	<500	ö	2687	1,32	<10000	0,832	6	19	5:26%	6:14%	8:11%	31	0,2	0,1				+	+	+
Klinikum Region Hannover Krankenhaus Lehrte	Lehrte	<200	ö	2614	2,65	<10000	0,961	9	23	5:19%	6:17%	8:15%	38	0,1	0,0				+	+	-
Martins-Krankenhaus gGmbH	Lilienthal	<50	fg	2722	0,72	<5000	0,964	7	22	5:19%	8:19%	6:18%	28	0,3	0,0				++	+	-
Heidon-Klinik	Lingen	<50	p	1641	40,64	<1000	2,144	1	1	1:99%	18:1%			0,0	91,7				-	+	+
St.-Bonifatius-Hospital	Lingen	<500	fg	2600	2,92	<20000	1,063	8	31	5:20%	6:13%	8:11%	38	1,2	0,1				+	-	-
St.-Franziskus-Hospital	Lohne	<200	fg	2570	3,50	<10000	0,803	9	30	8:18%	6:11%	11:9%	43	0,0	0,2				nb	nb	nb
St.-Anna-Stift	Lönningen	<200	fg	2751	0,24	<5000	0,781	8	25	6:14%	8:14%	11:14%	42	0,0	0,1				nb	nb	nb
Orthoklinik Lüneburg GmbH	Lüneburg	<50	p	2688	0,51	<5000	1,057	2	5	8:100%			74	0,0	0,0				-	-	-
Privatklinik Dr. Havemann	Lüneburg	<50	p	2807	-1,04	<1000	0,568	2	4	14:32%	13:26%	15:23%	49	0,0	0,0				-	-	+
Städtisches Klinikum Lüneburg	Lüneburg	<1000	ö	2682	1,40	<50000	0,964	9	33	6:13%	5:11%	1:10%	34	1,2	0,2				+	+	-
Christliches Klinikum Melle GmbH	Melle	<500	fg	3033	-2,00	<10000	0,961	6	19	8:24%	5:13%	6:13%	41	0,2	0,0				-	-	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25 %	50 %	8:18 %	1:13 %	6:11 %		O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI		
Krankenhaus Ludmilenstift	Meppen	<500	fg	2481	5,34	<20000	1,017	7	27	8:18 %	1:13 %	6:11 %	37	0,8	7,3	N							+	+	+
Altus-Klinik	Munster	<50	p	2277	8,64	<1000	0,611	1	1	5:78 %	8:9 %	9:6 %	88	0,0	0,0								+	+	-
Flüggenhofsee-Klinik	Munster	<50	p	2508	2,54	<1000	0,423	1	2	3:97 %	4:2 %	9:1 %	84	0,0	0,0								---	---	---
Klinikum Region Hannover Krankenhaus Neustadt am Ribbenberge	Neustadt	<500	ö	2732	0,56	<20000	0,915	7	26	5:19 %	6:15 %	8:11 %	25	0,5	0,0								+	+	+
Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Nienburg	Nienburg	<500	p	2654	1,91	<10000	1,011	8	25	5:17 %	6:14 %	8:13 %	28	0,5	0,2								+	-	-
Kreiskrankenhaus Norden	Norden	<500	ö	2884	-1,78	<10000	0,837	7	20	6:21 %	5:20 %	8:14 %	21	0,4	0,1								+	+	-
Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH	Nordenham	<200	ö	2836	-1,08	<10000	0,862	9	27	8:17 %	6:14 %	5:13 %	35	2,1	0,0								nb	nb	nb
Grafschafer Klinikum gGmbH	Nordhorn	<500	ö	2762	0,06	<10000	0,887	8	26	5:22 %	6:13 %	8:12 %	29	1,1	0,3										-
Marien-Krankenhaus Nordhorn	Nordhorn	<500	fg	2670	1,62	<10000	0,835	6	21	6:17 %	14:11 %	8:9 %	30	0,1	0,0									---	---
Albert-Schweitzer-Krankenhaus Norrheim	Norrheim	<500	ö	2813	-0,73	<20000	0,973	11	35	5:23 %	8:15 %	6:12 %	43	0,5	0,2								+	+	+
Ev.-Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2632	2,30	<20000	1,057	6	20	8:25 %	3:18 %	1:18 %	50	1,0	6,5								nb	nb	nb
Plus-Hospital Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2580	3,29	<20000	1,085	9	29	2:19 %	4:13 %	6:13 %	63	1,4	0,6									+	+
Städt. Kliniken Oldenburg Verwaltungsamt	Oldenburg	<1000	ö	2726	0,64	<50000	1,170	6	31	11:19 %	5:17 %	6:10 %	37	2,5	1,5								nb	nb	nb
Kinderhospital Osnabrück	Osnabrück	<200	fg	2730	0,59	<5000	0,764	2	6	4:26 %	6:18 %	3:12 %	4	0,3	8,4										+
Marien-Hospital	Osnabrück	<1000	fg	2693	1,20	<50000	1,040	9	35	5:15 %	6:15 %	3:12 %	39	2,5	0,1									+	+
Paracelsus Klinik	Osnabrück	<500	p	2768	-0,03	<10000	1,173	6	21	8:26 %	1:18 %	3:15 %	64	2,6	1,0										-
Städtische Kliniken	Osnabrück	<1000	ö	2720	0,74	<50000	1,123	12	39	5:13 %	8:12 %	1:11 %	36	2,2	6,1									+	+
Krankenhaus St. Raphael	Ostercappeln	<200	fg	2547	3,93	<10000	0,957	6	21	4:20 %	6:17 %	5:11 %	33	1,1	0,4									+	+
Kreiskrankenhaus Osterholz-Scharmbeck	Osterholz-Scharmbeck	<200	ö	2891	-1,88	<10000	0,838	7	22	5:16 %	6:15 %	8:13 %	27	0,3	0,1								nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus Otterndorf	Otterndorf	<200	ö	2904	-2,00	<5000	0,811	8	26	6:24 %	5:14 %	8:14 %	38	1,0	0,0								nb	nb	nb
Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH	Papenburg	<500	fg	2676	1,51	<10000	0,941	7	26	8:19 %	6:15 %	5:10 %	30	0,3	0,0								+	+	+
Klinikum Peine gGmbH	Peine	<500	ö	2883	-1,77	<20000	0,948	10	29	5:19 %	6:14 %	8:13 %	30	0,2	0,0										-
Christliches Krankenhaus Quakenbrück	Quakenbrück	<500	fg	2580	3,30	<10000	1,149	5	18	8:22 %	1:20 %	5:19 %	31	0,6	0,6								+	+	+
Kreiskrankenhaus Rinteln	Rinteln	<200	ö	2932	-2,00	<5000	0,943	11	29	6:17 %	8:15 %	5:15 %	32	0,2	0,1									+	+
Ev.-Luth.-Diakonissen- Mutterhaus Rotenburg	Rotenburg	<1000	fg	2667	1,65	<50000	1,043	10	39	8:13 %	4:12 %	1:11 %	39	1,4	0,8									+	+
Klinikum Salzgitter GmbH	Salzgitter	<500	ö	3007	-2,00	<20000	0,942	8	26	6:16 %	5:14 %	11:11 %	30	0,6	0,1										-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Korr. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25%	50%	5%	10%		15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	B	N	H	P	Fälle
St. Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter GmbH	Salzgitter	<200	fg	2799	-0,51	<5000	0,843	6	23	5:15%	6:14%	8:12%	27	0,7	0,0							+	+	-
Krankenhaus Salzhäusen	Salzhäusen	<50	fg	2660	1,79	<5000	0,778	5	16	8:23%	11:14%	12:14%	37	0,3	0,0							-	-	+
Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch	Sande	<500	ö	2758	0,13	<20000	0,875	1	11	11:31%	8:20%	1:12%	25	1,3	2,0							-	-	++
Krankenhaus Scharnebeck Heinrich Krumstroh GmbH & Co	Scharnebeck	<50	p	2342	7,07	<5000	0,658	2	5	8:77%	6:10%	5:7%	97	0,0	0,0							+	-	-
Asklepios Kliniken Schildaual GmbH	Seesen	<500	p	2991	-2,00	<20000	1,269	5	17	1:35%	8:21%	5:16%	35	1,2	9,7	N						+	+	+
Kreiskrankenhaus Sögel	Sögel	<200	ö	2575	3,40	<10000	0,830	8	25	8:17%	6:15%	5:14%	33	0,2	0,0							+	-	-
Heidekreis-Klinikum Soltau	Soltau	<500	ö	2662	1,77	<10000	0,936	6	23	6:17%	8:14%	5:12%	30	0,2	0,0							+	+	-
Neuro-Orthopädisches Rehabilitationskrankenhaus Soltau	Soltau	<50	p	2887	-2,00	<5000	0,952	1	3	8:52%	1:41%	5:3%	1	2,0	31,0							nb	nb	nb
Klinikum Region Hannover Krankenhaus Springe	Springe	<200	ö	2745	0,33	<5000	0,876	8	23	8:19%	6:19%	5:18%	29	0,2	0,0							+	+	-
Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Stade	Stade	<500	ö	2716	0,81	<20000	0,964	8	30	5:13%	6:13%	1:12%	34	0,8	0,1	N						+	+	+
Klinik Dr. Hancken GmbH	Stade	<50	p	3025	-2,00	<5000	0,975	1	2	10:41%	4:15%	8:9%	58	6,1	2,6	N						+	+	+
Klinik Dr. Witivity Zentrum für Arthroskopie	Stade	<50	p	2414	5,78	<1000	0,893	1	2	8:100%			99	0,0	0,0							-	+	++
Augenklinik Stadthagen GmbH	Stadthagen	<50	p	2693	-0,42	<1000	0,506	1	2	2:100%			95	0,0	0,0							-	-	-
Kreiskrankenhaus Stadthagen	Stadthagen	<200	ö	2581	3,28	<10000	0,967	8	28	5:18%	6:15%	8:15%	35	0,2	0,0							+	+	+
Krankenhaus Charlothenstift GmbH	Stadtdörfendorf	<200	ö	2692	1,23	<5000	0,912	8	22	8:25%	6:21%	5:14%	31	0,1	0,0							-	-	+
Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Stolzenau	Stolzenau	<50	p	3827	-2,00	<5000	0,784	6	21	6:21%	5:20%	8:16%	18	0,0	0,0							+	-	-
Krankenhaus Sulingen	Sulingen	<200	ö	2792	-0,40	<5000	1,000	6	20	8:27%	5:12%	6:10%	32	1,3	0,0							+	+	-
Elisabeth-Krankenhaus	Thuine	<200	fg	2719	0,76	<5000	1,008	7	24	6:23%	5:15%	8:14%	37	0,6	0,0							+	+	-
Krankenhaus St. Annen-Stift GmbH	Twistingen	<200	fg	2882	-1,74	<1000	0,772	3	8	8:17%	5:17%	1:13%	0	0,6	3,9							-	-	-
Klinik Veersen GmbH	Uelzen	<50	p	2630	1,16	<1000	0,717	2	4	8:77%	6:5%	9:5%	88	0,0	0,0							-	+	+
Kliniken Uelzen und Bad Bevensen GmbH	Uelzen	<500	p	2860	-1,42	<20000	1,065	10	33	1:15%	5:15%	8:15%	31	1,4	0,4	N						nb	nb	nb
GSO – Gesundheitszentrum Solling-Oberweser gGmbH	Uslar	<50	ö	2900	-2,00	<5000	0,729	5	18	5:27%	6:18%	8:18%	39	0,0	0,0							-	-	+
St.-Johannes-Hospital gGmbH	Varel	<200	fg	2754	0,19	<10000	0,971	7	24	8:17%	5:15%	6:13%	37	0,8	0,0	N						++	+	-
St.-Marien-Hospital	Vechta	<500	fg	2392	7,44	<20000	0,847	5	22	6:15%	5:14%	3:11%	31	0,8	0,1							nb	nb	nb
Aller-Weser-Klinik gGmbH, Krankenhaus Verden	Verden	<200	ö	2808	-0,66	<10000	0,826	7	24	5:17%	6:15%	8:12%	25	0,0	0,0							+	+	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	6:15 %	5:15 %	8:11 %			O	ZE	SE	B	N	H
Heidekreis-Klinikum Walsrode	Walsrode	<500	ö	2754	0,20	<10000	0,849	6	21	6:15 %	5:15 %	8:11 %	26	0,3	0,0	P	+	-	-	
Krankenhaus Rheideland	Weener	<50	fg	2777	-0,17	<5000	0,934	4	15	6:19 %	5:19 %	20:15 %	33	0,0	0,0		-	-	+	
Ammerland-Klinik GmbH	Westerstede	<500	ö	2704	1,03	<20000	1,080	12	36	5:14 %	6:13 %	1:12 %	48	0,4	0,1	N	nb	nb	nb	
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede	Westerstede	<50	ö	2123	15,44	<1000	1,050	4	12	8:48 %	5:22 %	6:8 %	45	4,8	0,0		nb	nb	nb	
Krankenhaus Johanneum Wildeshausen	Wildeshausen	<200	fg	2824	-0,89	<5000	0,832	9	26	6:16 %	8:13 %	14:11 %	30	0,4	0,0		nb	nb	nb	
St.-Willehad-Hospital Wilhelmshaven	Wilhelmshaven	<200	fg	2787	-0,32	<10000	1,000	9	28	5:21 %	8:15 %	6:11 %	41	1,2	0,0	N	+	-	-	
Stadt Wilhelmshaven Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven	Wilhelmshaven	<1000	ö	2783	-0,26	<20000	0,954	9	31	5:19 %	6:15 %	11:7 %	35	1,3	0,7	N	P	-	+	
Krankenhaus Buchholz und Winsen gGmbH Winsen	Winsen	<500	ö	2743	0,38	<10000	0,921	6	25	8:23 %	3:16 %	6:12 %	44	0,3	0,1		+	+	-	
Städtisches Krankenhaus Wittlingen GmbH Wittlingen	Wittlingen	<50	ö	3200	-2,00	<5000	0,642	6	23	6:14 %	8:12 %	14:12 %	27	0,0	0,0		-	-	+	
Kreiskrankenhaus Wittmund Wittmund	Wittmund	<200	ö	2744	0,35	<10000	0,784	8	23	8:16 %	5:14 %	6:12 %	30	0,0	0,0		+	+	-	
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH Wolfenbüttel	Wolfenbüttel	<500	ö	2763	0,05	<20000	0,921	10	31	5:20 %	6:16 %	8:12 %	32	0,4	0,0		+	+	-	
Städtisches Klinikum Wolfsburg Wolfsburg	Wolfsburg	<1000	ö	2770	-0,05	<50000	0,814	5	25	11:20 %	5:14 %	6:11 %	32	1,5	0,9	N	-	-	+	
OsteMed Martin-Luther-Krankenhaus Zeven Zeven	Zeven	<50	ö	3162	-2,00	<5000	0,816	8	22	5:22 %	8:18 %	6:17 %	30	0,0	0,0		+	+	-	
Nordrhein-Westfalen		336		2687	0,00		0,977	11	43	5:15 %	8:14 %	6:12 %	35	1,8	2,0	28	61	3	60	
Luisen-Hospital Aachen	Aachen	<500	fg	2495	3,09	<20000	0,873	8	27	5:15 %	6:15 %	14:11 %	41	0,4	0,0		nb	nb	nb	
Marien-Hospital Aachen Aachen	Aachen	<500	fg	2516	3,03	<20000	0,899	9	27	8:20 %	5:14 %	6:12 %	52	0,8	0,0		+	+	-	
St.-Franziskus-Krankenhaus Aachen Aachen	Aachen	<200	fg	2615	1,31	<5000	0,825	8	23	8:20 %	6:14 %	5:14 %	51	0,1	0,2		+	+	+	
Universitätsklinikum Aachen Aachen	Aachen	>1000	ö	2771	-1,09	>50000	1,376	14	49	5:19 %	1:10 %	6:9 %	40	4,2	2,6	B	N	H	P	
St. Marien-Krankenhaus Ahaus Ahaus	Ahaus	<500	fg	2659	0,52	<10000	0,800	9	27	5:10 %	2:10 %	6:10 %	44	0,1	0,1		-	-	-	
St. Franziskus-Hospital CTN GmbH Ahlen Ahlen	Ahlen	<500	fg	2663	0,84	<10000	0,768	5	21	6:14 %	14:11 %	5:10 %	23	0,3	0,2		-	+	+	
St.-Vinzenz-Krankenhaus Altena Altena	Altena	<200	fg	3399	-2,00	<5000	0,899	8	22	8:21 %	6:18 %	5:15 %	29	0,0	0,0		-	-	-	
Kath. KH St. Johannes-Hospital Arnsberg Arnsberg	Arnsberg	<500	fg	2653	1,10	<5000	0,991	4	12	1:38 %	6:14 %	5:10 %	2	0,6	4,9	P	+	+	+	
Karolinen-Hospital Hürten Hürten	Arnsberg-Hürten	<500	fg	2560	1,80	<10000	0,828	4	18	5:24 %	6:15 %	14:11 %	27	1,0	0,0		+	+	-	
Städt. KH Marienhospital Arnsberg gGmbH Arnsberg-Neheim	Arnsberg-Neheim	<500	ö	2874	-2,00	<10000	0,915	10	32	8:21 %	11:16 %	6:14 %	42	0,2	0,2		+	+	-	
Städt. Krankenhaus St. Barbara Attendorf	Attendorf	<500	p	2629	1,25	<10000	1,034	7	23	8:25 %	5:16 %	6:12 %	38	0,5	3,0		+	+	-	
HELIOS Klinik Bad Berleburg, Wittgensteiner Akutklinik „Bad Berleburg“ GmbH Bad Berleburg	Bad Berleburg	<200	p	2634	0,65	<5000	0,897	9	27	5:21 %	6:14 %	8:11 %	27	0,0	0,0		+	+	-	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	50 %	6:19 %	5:16 %	14:9 %				O	ZE	SE
St.-Josef-Hospital	Bad Driburg	<500	fg	2670	0,34	<5000	0,807	6	21	6:19 %	5:16 %	14:9 %	21	0,0	0,0	P	+	+	-
Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	<500	fg	2778	-1,67	<10000	0,863	7	26	8:14 %	5:13 %	3:13 %	36	0,1	0,9		+	+	+
Schloßberg-Klinik Wittgenstein	Bad Laasphe	<50	p	3239	-2,00	<5000	1,227	1	2	1:96 %	8:2 %	3:1 %		2,7	2,3		--	--	--
Karol-Hanssen-Klinik	Bad Lipspringe	<500	fg	2421	4,78	<10000	0,739	2	5	4:46 %	3:41 %	6:3 %	32	1,4	8,1		-	-	-
ARTEMED-Fachklinik Prof. Dr. Salfeld GmbH	Bad Oeynhausen	<50	p	2627	-0,18	<5000	0,706	1	1	5:100 %			100	0,0	0,0		nb	nb	nb
Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhausen	<200	fg	2667	0,40	<5000	1,608	3	6	8:98 %	1:1 %	18:0 %	76	0,5	0,2		-	+	+
Gollwitzer-Meier-Klinik	Bad Oeynhausen	<50	fg	2692	-1,71	<1000	0,742	1	2	5:97 %	23:1 %	18:1 %	0	4,0	33,6		---	---	---
Herz- und Diabetiszentrum	Bad Oeynhausen	<500	fg	2706	-0,97	<50000	2,628	2	6	5:79 %	10:14 %	-1:2 %	53	8,4	0,4		-	-	-
Rheuma-Klinik Dr. Lauven	Bad Oeynhausen	<50	p	2520	3,05	<1000	0,804	2	3	8:98 %	18:2 %	1:0 %		0,0	0,0		nb	nb	nb
Zweckverband Krankenhaus Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<500	ö	2706	0,26	<20000	0,934	8	29	5:20 %	6:16 %	8:13 %	30	0,6	0,0		+	+	-
St. Marien-Hospital gGmbH	Balve	<50	fg	2720	-0,12	<5000	0,789	7	21	6:22 %	5:19 %	8:15 %	22	0,3	0,0		+	+	-
St.-Elisabeth-Hospital	Beckum	<500	fg	2941	-2,00	<10000	0,952	7	24	8:31 %	5:15 %	6:13 %	37	0,2	0,0		+	+	+
St.-Hubertus-Stift	Bedburg	<200	fg	3068	-2,00	<5000	0,921	6	18	5:23 %	8:20 %	6:17 %	25	0,0	0,0		+	+	+
Rheinische Landeslinik	Bedburg-Hau	<500	ö	2603	0,96	<5000	0,948	1	3	1:84 %	3:4 %	8:4 %		0,3	1,0	P	-	-	-
Krankenhaus Maria Hilf	Bergheim	<500	fg	2759	-1,17	<10000	0,796	6	22	5:17 %	6:16 %	14:11 %	24	0,2	0,0		+	+	+
Marien-Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	2540	2,96	<20000	1,189	8	27	8:24 %	1:17 %	6:14 %	42	0,4	0,7	N	+	+	-
Vinzenz-Pallotti-Hospital	Bergisch Gladbach	<500	fg	2716	-0,37	<10000	0,826	3	20	14:19 %	8:18 %	15:13 %	32	0,3	2,7	B	-	-	+
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	Bielefeld	<1000	fg	2525	2,66	<50000	0,805	1	9	11:36 %	1:13 %	8:10 %	19	2,0	0,7	N	P	nb	nb
Ev.-Johannes-Krankenhaus	Bielefeld	<1000	fg	2747	-1,05	<20000	0,856	10	27	6:15 %	1:13 %	8:9 %	19	1,8	2,7	B	N	P	-
Franziskus-Hospital gGmbH	Bielefeld	<500	fg	2536	2,64	<20000	0,951	7	28	6:15 %	11:11 %	5:8 %	35	4,0	0,2	N	+	+	-
Frauenklinik Dr. Harzog	Bielefeld	<50	p	2161	10,08	<1000	0,620	2	4	13:40 %	14:26 %	15:24 %	60	0,0	0,0		-	-	-
Krankenhaus Mara gGmbH	Bielefeld	<200	fg	BE												B			
Städt. Klinikum Bielefeld gGmbH	Bielefeld	<1000	ö	2615	1,18	<50000	0,985	9	37	5:16 %	8:14 %	6:13 %	43	1,5	0,1	N	-	+	+
St.-Agnes-Hospital	Bocholt	<500	fg	2500	3,54	<20000	0,944	8	32	5:21 %	6:15 %	8:9 %	35	0,5	0,1		+	+	+
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH	Bochum	<1000	fg	2691	-0,27	<20000	0,749	1	12	11:40 %	5:12 %	6:11 %	25	1,9	0,3	P	+	+	+
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	Bochum	<1000	ö	2736	-0,87	<50000	1,510	12	30	5:27 %	8:26 %	1:10 %	44	2,2	9,2	N	+	+	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	50%	14:13%	6:12%	5:11%			O	ZE	SE	B	N	H
St.-Vincenz-Krankenhaus	Datteln	<500	fg	2626	1,00	<20000	0,814	7	26	14:13%	6:12%	5:11%	41	0,6	0,1				-	+	+
Vestische Kinderklinik und Jugendklinik	Datteln	<500	fg	BE										0,3	99,8	B			nb		
Klinikum Lippe GmbH – Detmold	Detmold	<1000	fg	2715	-0,91	<50000	0,958	8	28	5:17%	8:13%	6:13%	33	1,0	0,1	P			+	+	-
Evang. Krankenhaus Dinslaken	Dinslaken	<500	fg	2630	0,69	<10000	1,051	10	32	8:21%	5:20%	6:17%	42	0,8	1,3				-	-	+
St.-Vincenz-Hospital gGmbH	Dinslaken	<500	fg	2641	0,71	<10000	0,815	5	20	6:14%	14:14%	8:11%	27	1,6	0,0	P			+	-	-
Kreiskrankenhaus Dormagen	Dormagen	<500	ö	2737	-0,71	<20000	0,979	9	28	8:20%	5:17%	6:16%	38	0,8	0,1				+	+	-
St.-Elisabeth-Hospital	Dorsten	<500	fg	2592	1,82	<10000	0,775	8	23	5:16%	6:16%	4:14%	27	0,6	0,5				+	+	+
Ev. Krankenhaus Bethanien GmbH	Dortmund	<200	fg	2788	-1,65	<10000	1,116	5	15	8:43%	5:21%	6:8%	34	0,5	0,0				+	+	-
Ev. Krankenhaus Lütgendortmund GmbH	Dortmund	<500	fg	2929	-2,00	<10000	0,964	6	21	8:18%	6:16%	5:14%	35	0,0	0,0	P			-	+	+
Hütten-Hospital	Dortmund	<200	ö	2438	5,14	<5000	1,543	2	7	1:30%	5:18%	4:11%	0	0,0	7,2				-	+	+
Kath.-Krankenhaus Dortmund West	Dortmund	<500	fg	2591	1,92	<10000	0,992	5	17	8:38%	6:15%	5:15%	30	0,1	0,0				+	+	-
Klinikum Dortmund gGmbH	Dortmund	<50	ö	2752	-1,06	>50000	1,169	14	49	8:13%	11:11%	3:10%	44	2,1	1,0	N			-	-	+
Knappschaftskrankenhaus Dortmund	Dortmund	<500	ö	2557	2,22	<20000	0,996	9	31	6:17%	8:16%	4:9%	36	1,2	0,3	N			+	+	-
St. Elisabeth-Krankenhaus Kurl	Dortmund	<50	fg	2957	-2,00	<5000	0,964	4	11	5:31%	6:16%	4:14%	0	0,0	2,0				-	-	+
St. Marien-Hospital	Dortmund	<500	fg	3120	-2,00	<5000	0,889	2	7	5:23%	20:20%	10:15%	6	0,0	0,0	P			+	+	-
St.-Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	<1000	fg	2615	1,25	<50000	0,900	2	14	5:27%	11:22%	2:10%	38	3,7	0,8	B	N		+	-	-
St.-Josefs-Hospital	Dortmund	<500	fg	2580	1,80	<10000	0,890	8	28	6:17%	11:11%	5:11%	32	0,5	0,0				+	+	-
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Duisburg	<500	ö	2513	3,43	<5000	1,459	2	9	8:75%	1:7%	9:7%	83	1,1	53,1	B			+	+	-
Evang. Krankenhaus Bethesda	Duisburg	<500	fg	2621	1,03	<20000	0,930	5	22	8:13%	6:12%	14:12%	43	0,3	0,1				+	+	+
Evangelisches und Johanniter Klinikum Duisburg/Dinslaken	Duisburg	<1000	fg	2697	-0,30	<50000	1,367	6	22	5:27%	11:19%	4:12%	43	1,6	0,4	N	P		+	-	-
Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen	Duisburg	<500	fg	2729	-0,05	<20000	1,017	6	24	5:38%	6:14%	8:13%	32	3,2	1,8	N			-	-	-
Mälteser-Krankenhaus St. Anna	Duisburg	<500	fg	2625	1,31	<20000	0,943	6	24	3:27%	6:15%	5:9%	45	1,1	0,0				+	+	-
St.-Barbara-Hospital	Duisburg	<500	fg	2999	-2,00	<10000	0,895	4	15	6:28%	9:22%	8:13%	38	0,1	4,9				-	-	+
St.-Johannes-Hospital	Duisburg	<1000	fg	2666	0,28	<50000	1,144	11	33	6:14%	5:13%	8:12%	30	3,7	0,1	P			-	-	+
St.-Johannes-Stift	Duisburg	<500	fg	2661	0,62	<10000	1,054	7	25	8:25%	5:20%	3:19%	50	0,0	0,7				+	+	-
Wedau Kliniken	Duisburg	<1000	ö	2497	3,96	<50000	1,123	8	28	1:23%	8:16%	6:10%	34	1,1	8,5	N	P		0	0	0

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DKG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	1	2	3	4	5		O	ZE	SE	B	N	H
Franz-Hospital Dülmen GmbH	Dülmen	<500	fg	2747	-0,77	<10000	0,855	8	25	6:16%	1:16%	4:14%	19	1,0	0,0				nb	nb	nb
Krankenhaus Düren gGmbH	Düren	<1000	ö	2539	2,61	<20000	0,896	9	28	5:22%	6:15%	11:9%	32	2,1	0,0				+	+	+
St.-Augustinus-Krankenhaus GmbH	Düren	<500	fg	2541	2,67	<10000	1,114	6	20	8:34%	1:18%	6:13%	31	0,3	0,4				+	-	-
St.-Marien-Hospital gGmbH Düren-Birkesdorf	Düren	<500	fg	2565	2,04	<20000	0,794	4	19	6:17%	14:11%	4:10%	23	0,1	0,9				P	+	+
Deutsche Diabetes Forschungsgesellschaft e.V.	Düsseldorff	<50	fg	8138	-2,00	<1000	1,158	1	1	10:99%	14:1%		30	0,0	0,0				0	+	+
Diakoniekrankenhaus Kaiserwerth	Düsseldorff	<1000	fg	2604	1,29	<20000	0,792	3	14	4:24%	6:14%	11:10%	25	1,4	6,1				N	P	+
Dominikus-Krankenhaus	Düsseldorff	<500	fg	2567	2,42	<10000	0,963	3	15	3:34%	5:19%	6:15%	55	0,5	0,9				+	+	+
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorff	<1000	fg	2659	0,42	<50000	0,858	5	23	6:15%	5:14%	3:11%	35	2,0	0,1				P	+	-
Krankenhaus Moersbroich-Rath GmbH	Düsseldorff	<500	fg	2543	2,88	<20000	1,283	6	18	5:46%	8:26%	6:9%	47	1,4	0,1				P	+	+
Luisen-Krankenhaus	Düsseldorff	<50	p	2673	0,00	<5000	1,363	1	2	9:96%	5:3%	21:1%	92	0,0	0,0				nb	nb	nb
Marien-Hospital	Düsseldorff	<500	fg	2644	0,77	<20000	0,765	3	20	11:26%	6:11%	1:8%	29	3,0	2,9				B	N	-
Paracelsus Klinik Golzheim	Düsseldorff	<200	p	2707	-0,29	<5000	0,941	2	5	11:67%	12:30%	13:1%	64	0,6	0,0				-	-	+
Rheinische Kliniken Düsseldorf	Düsseldorff	<1000	ö	3371	-2,00	<1000	1,014	1	3	1:83%	8:6%	19:5%	0	0,3	0,0				P	++	+
St.-Martinus-Krankenhaus	Düsseldorff	<500	fg	2806	0,22	<10000	1,039	5	19	2:31%	6:14%	8:14%	49	0,2	2,9				-	+	+
St.-Vinzenz-Krankenhaus	Düsseldorff	<500	fg	2562	2,35	<10000	1,175	6	22	8:42%	6:22%	5:9%	41	1,0	2,8				-	-	-
Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorff	>1000	ö	2687	0,10	>50000	1,423	15	53	5:18%	1:10%	8:10%	41	5,5	2,4				N	H	-
St. Franziskus-Krankenhaus Eitorf GmbH	Eitorf	<200	fg	2802	-1,93	<5000	0,777	7	20	5:21%	6:18%	8:12%	23	0,0	0,0				+	-	-
St.-Willibrord-Spital Emmerich-Rees GmbH	Emmerich	<500	fg	2759	-0,98	<10000	1,024	6	21	8:36%	4:17%	6:11%	33	0,5	1,5				-	+	+
Marienhospital GmbH	Emsdetten	<500	fg	2624	1,11	<10000	1,031	8	25	8:25%	5:17%	6:15%	35	4,5	0,0				+	+	-
St.-Josef-Krankenhaus	Engelskirchen	<500	fg	2975	-2,00	<10000	1,020	7	25	8:36%	6:16%	5:15%	36	1,2	0,2				+	-	-
Ev. Krankenhaus Enger GmbH	Enger	<50	fg	2512	3,52	<5000	1,877	1	2	8:44%	1:26%	5:10%	0	0,0	0,0				+	+	+
Marien-Hospital	Erfstadt	<200	fg	2700	0,08	<5000	0,751	6	16	5:25%	6:21%	8:12%	19	0,1	0,0				+	-	-
Hermann-Josef-Krankenhaus	Erkelenz	<500	fg	2459	4,30	<20000	0,903	8	29	5:22%	6:14%	11:10%	38	1,1	0,6				+	+	+
Von Hoerde'sches Marien-Hospital	Erwitte	<200	fg	3048	-2,00	<5000	0,827	5	17	11:25%	6:20%	5:13%	44	0,1	0,0				+	+	+
St.-Antonius-Hospital	Eschweiler	<500	fg	2639	0,80	<20000	0,781	3	22	11:27%	5:19%	8:12%	37	1,5	0,0				---	-	+++
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach	Essen	<1000	fg	2609	1,69	<50000	1,111	9	31	8:18%	3:14%	5:13%	46	4,2	0,2				N	+	+
Elisabeth-Krankenhaus	Essen	<1000	fg	2498	3,75	<50000	0,996	5	20	5:33%	6:13%	14:9%	28	1,8	0,5				+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	8:33%	2:18%	5:15%	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM
Ev.-Krankenhaus Essen-Werden gGmbH	Essen	<500	fg	2732	-0,76	<10000	1,125	5	13	8:33%	2:18%	5:15%	44	5,2	6,6	N	P	-	+	+	+
Ev.-Krankenhaus lutherhaus gGmbH	Essen	<500	fg	2675	0,40	<10000	0,972	6	24	6:21%	8:18%	4:15%	38	0,9	0,1			+	+	+	+
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH	Essen	<1000	fg	2727	-0,66	<20000	0,982	8	28	5:27%	6:13%	8:12%	37	1,1	0,0			-	-	-	+
Kath. Krankenhaus St. Josef Essen-Werden	Essen	<200	fg	2544	2,53	<10000	0,851	6	20	6:20%	3:17%	8:15%	44	1,1	0,0			+	+	+	-
Katholische Kliniken Ruhralbinsel gGmbH	Essen	<500	fg	2490	3,62	<20000	0,971	7	23	8:27%	6:16%	1:14%	42	0,2	0,2			P	+	+	+
Katholisches Krankenhaus Philippusstift gGmbH	Essen	<500	fg	2755	-1,08	<20000	0,984	7	22	5:27%	6:17%	1:14%	27	0,9	0,1			P	-	-	+
Kliniken Essen Mitte Ev.-Huyssens-Stiftung/	Essen	<1000	fg	2616	1,39	<20000	0,925	6	27	4:23%	6:16%	3:8%	32	4,1	8,9	B	N	P	+	+	+
Ruhrlandklinik LVA Rheinprovinz	Essen	<500	ö	2414	5,08	<10000	1,281	1	3	4:86%	1:2%	-1:2%	28	0,1	1,1			+	+	+	-
Universitätsklinikum Essen	Essen	>1000	ö	2808	-0,72	>50000	1,484	16	47	2:10%	1:10%	5:9%	42	8,8	1,7			+	+	+	+
Marien-Hospital	Euskirchen	<500	fg	2503	3,45	<20000	0,927	8	27	5:22%	6:15%	1:12%	36	0,8	1,7	B		+	+	+	-
St.-Katharinen-Hospital	Frechen	<500	fg	2601	1,63	<20000	0,878	9	29	5:22%	1:14%	6:11%	27	0,3	0,1			+	+	+	+
Krankenhaus Bethesda gGmbH	Freudenberg	<500	fg	2750	-1,05	<5000	1,024	4	15	9:31%	8:18%	6:9%	47	0,2	0,0			nb	nb	nb	nb
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Geilenkirchen	<500	fg	2472	4,41	<10000	0,980	7	21	8:28%	6:23%	5:13%	41	0,3	0,0			+	+	+	-
St.-Clemens-Hospital Geldern	Geldern	<500	fg	2686	0,16	<10000	0,621	1	8	11:37%	6:11%	5:8%	19	0,6	0,0			+	+	+	-
Ev. Kliniken Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen	<500	fg	2660	-0,06	<20000	0,979	9	30	1:13%	8:13%	6:13%	35	0,4	0,2			N	P	-	+
Marienhospital GmbH	Gelsenkirchen	<1000	fg	2582	1,62	<50000	0,879	6	24	5:29%	6:11%	3:11%	35	1,8	0,1			N		-	+
Bergamtscheil und Kinderklinik Buer gGmbH	Gelsenkirchen-Buer	<200	ö	3697	-2,00	<5000	0,631	3	7	6:16%	4:15%	1:15%	2	0,0	22,6			P	nb	nb	nb
Betriebsteil Kinderklinik*	Geldern	<500	fg	2686	0,16	<10000	0,621	1	8	11:37%	6:11%	5:8%	19	0,6	0,0			+	+	+	-
Bergmamscheil und Kinderklinik Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	ö	2634	1,12	<20000	1,068	4	21	8:41%	6:12%	11:10%	56	0,6	1,7			N		nb	nb
St. Marien-Hospital Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	2777	-1,41	<10000	0,972	6	23	5:17%	14:17%	6:12%	42	1,5	0,0			+	+	+	+
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Gelsenkirchen-Erle	<500	fg	2548	1,77	<5000	1,231	4	10	5:24%	1:15%	10:15%	8	0,1	0,0			P	+	+	-
St. Josef-Hospital	Gelsenkirchen-Horst	<500	fg	2664	0,25	<10000	1,029	6	24	6:23%	4:17%	5:13%	21	5,2	3,7	B	N	+	+	+	+
Hospital Zum Hl. Geist gGmbH	Geske	<200	fg	3041	-2,00	<5000	0,722	7	17	8:20%	6:18%	5:17%	23	0,1	0,0			+	+	+	+
St.-Barbara-Hospital	Gladbeck	<500	fg	2707	-0,33	<20000	0,940	10	30	1:15%	8:13%	6:12%	35	1,3	2,2			+	+	+	+
Wilhelm-Anton-Hospital	Goch	<500	fg	2962	-2,00	<10000	0,836	6	25	6:18%	4:10%	14:9%	28	0,9	0,6			+	+	-	-
Maria-Josef-Hospital GmbH	Greven	<500	fg	2655	0,50	<10000	0,845	7	24	6:13%	8:13%	5:13%	36	0,1	0,1			+	+	+	+
Kreiskrankenanstalten	Grevenbroich	<500	ö	2721	-0,57	<20000	0,933	7	25	5:18%	6:18%	8:9%	29	0,5	1,5			-	-	-	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25 %	50 %	1-33 %	3-12 %			O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM
Lukas-Krankenhaus	Gronau	<200	fg	2489	3,49	<5000	1,523	2	4	1:33 %	8:29 %	5:10 %	0	0,0	6,7		P			+	+	+
St. Antonius-Hospital GmbH	Gronau	<500	fg	2581	2,11	<10000	0,853	10	32	6:17 %	8:13 %	5:12 %	34	0,8	0,0	N				+	+	+
Kreis-Krankenhaus Gummersbach GmbH	Gummersbach	<1000	ö	2564	2,26	<20000	0,916	6	25	6:13 %	1:12 %	3:12 %	33	0,8	0,9		P			+	+	-
St. Elisabeth-Hospital	Gütersloh	<500	ö	2655	0,61	<20000	0,772	1	10	11:27 %	8:19 %	14:9 %	26	0,8	0,1					+	+	+
Städtisches Klinikum Gütersloh	Gütersloh	<500	ö	2448	4,21	<20000	0,992	10	37	5:24 %	8:13 %	6:13 %	42	0,8	0,2					+	+	+
Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh	Gütersloh	<500	ö	3417	-2,00	<5000	0,867	3	9	1:45 %	8:10 %	5:8 %	0	0,5	0,5	N	P			-	-	-
St.-Josef-Krankenhaus	Haan	<500	fg	2627	1,79	<10000	1,062	4	20	5:22 %	10:17 %	6:15 %	32	0,3	0,5					+	+	-
Allgemeines Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<1000	fg	2698	-0,29	<20000	0,988	10	35	5:14 %	6:13 %	8:12 %	34	1,6	0,1	N				+	+	+
Kath. Krankenhaus Hagen gGmbH	Hagen	<500	fg	2635	0,81	<20000	1,019	11	34	5:17 %	3:15 %	1:14 %	43	2,4	1,3	N	P			+	+	-
Wittgensteiner Kliniken Ambrock GmbH	Hagen	<50	p	2469	3,11	<5000	0,980	1	1	4:92 %	-1:5 %	5:1 %	7	0,0	0,5					-	+	+
Ev. Krankenhaus Eisey gGmbH	Hagen-Eisey	<200	fg	3110	-2,00	<5000	0,865	4	14	20:28 %	6:12 %	5:11 %	28	0,0	0,1					+	+	+
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH	Hagen-Haspe	<500	fg	2642	0,61	<10000	0,927	7	25	8:23 %	6:17 %	5:9 %	32	0,7	3,7					-	+	+
Klinikum Ravensberg gGmbH Betriebsteil Krankenhaus Halle	Halle	<200	fg	2408	5,15	<5000	0,756	5	15	4:22 %	6:14 %	5:11 %	25	0,1	0,1					-	+	+
St.-Sixtus-Hospital	Haltem	<500	fg	2630	0,86	<10000	0,856	8	24	8:24 %	5:15 %	6:11 %	37	0,5	0,0					+	+	-
Ev. Krankenhaus Hamm	Hamm	<1000	fg	2643	0,50	<20000	0,910	6	25	5:16 %	6:14 %	14:10 %	24	1,8	0,4	N				+	+	+
Klinik für Manuelle Therapie e.V.	Hamm	<200	fg	2305	7,11	<5000	1,277	1	1	8:62 %	1:37 %	19:1 %		9,7	0,0					+	+	+
Malteser Krankenhaus St. Josef gGmbH	Hamm	<500	fg	2957	-2,00	<10000	0,802	5	20	8:18 %	6:13 %	5:10 %	41	0,3	0,0					+	+	-
Marien-Hospital Hamm gGmbH	Hamm	<1000	fg	2596	1,45	<20000	1,120	8	29	5:21 %	8:16 %	6:13 %	35	3,9	0,2	N	P			-	+	+
St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH	Hamm	<500	fg	2514	3,42	<20000	0,772	1	14	11:36 %	8:13 %	6:7 %	35	2,3	0,2	N				-	+	+
Ev. Krankenhaus Hattingen gGmbH	Hattingen	<500	fg	2750	-1,71	<10000	0,909	10	35	6:17 %	8:14 %	1:12 %	35	0,7	0,4					+	+	+
Kath. Krankenhaus St. Elisabeth Blankenstein gGmbH	Hattingen	<200	fg	2840	-2,00	<5000	0,834	2	9	8:41 %	5:21 %	6:11 %	23	4,5	0,0					-	+	+
Städtisches Krankenhaus Heinsberg GmbH	Heinsberg	<500	ö	2531	2,96	<10000	0,831	6	23	5:16 %	6:15 %	14:14 %	31	0,2	0,1					+	+	+
Lungenklinik Hemer	Hemer	<500	fg	2564	2,71	<10000	1,318	1	3	4:92 %	-1:1 %	23:1 %	30	1,4	1,1					-	+	+
Paracelsus-Klinik Hemer GmbH	Hemer	<200	p	2808	-1,89	<5000	0,862	8	23	6:20 %	8:20 %	5:14 %	35	0,3	0,0					+	+	+
Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus	Herdecke	<500	fg	2691	-0,18	<10000	0,907	5	18	5:15 %	8:14 %	6:11 %	26	1,4	14,2					P	+	+
Klinikum Herford	Herford	<1000	ö	2552	2,73	<50000	0,994	12	35	6:16 %	5:13 %	1:10 %	33	1,1	0,1	N	P			+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte				
								25%	50%	75%	25%	50%	75%				O	ZE	SE	B	N
Mathilden-Hospital gGmbH	Herford	<500	fg	2525	3,45	<10000	0,910	7	24	6:20%	5:15%	8:15%	35	0,2	0,0				+	+	-
Ev.-Krankenhaus Herne	Herne	<500	fg	2615	1,33	<20000	1,092	11	31	6:20%	5:13%	1:13%	40	0,6	1,6	B			+	+	+
Kath. Krankenhaus Marienhospital	Herne	<1000	fg	2671	0,32	<50000	1,073	5	24	11:26%	5:17%	9:9%	39	2,0	1,8	N			nb	nb	nb
Rheumazentrum Ruhrgebiet St.-Josef-Krankenhaus	Herne	<200	fg	3361	-2,00	<5000	0,805	1	1	8:98%	4:1%	9:0%	0	1,3	26,3				+	+	-
St.-Anna-Hospital	Herne Wanne-Eickel	<500	fg	2397	5,70	<20000	0,933	1	6	8:64%	6:7%	14:5%	40	0,4	0,1				+	+	+
Gertrudis-Hospital	Herten	<200	fg	2619	0,40	<5000	0,984	5	19	6:37%	5:11%	8:11%	22	0,5	2,9				-	+	+
St.-Elisabeth-Hospital	Herten	<500	fg	2665	0,29	<20000	1,012	7	23	8:31%	5:14%	6:12%	35	0,7	0,1				+	+	+
Klinik im Park GmbH	Hilden	<200	p	2121	2,55	<5000	0,693	1	1	5:100%			99	0,0	0,0				-	-	-
St.-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH	Hilden	<500	fg	2580	1,93	<10000	0,835	7	24	6:20%	5:14%	8:13%	40	0,2	0,1				+	+	-
St.-Ansgar-Krankenhaus	Höxter	<500	fg	2511	3,38	<20000	0,750	3	18	11:24%	6:12%	5:10%	25	0,4	0,2				+	-	-
Sana-Krankenhaus Hürth GmbH	Hürth	<200	p	2533	3,13	<5000	0,929	7	22	5:32%	6:19%	8:13%	25	0,8	0,3				+	+	-
Klinikum Ibbenbüren GmbH	Ibbenbüren	<500	fg	2684	0,01	<20000	0,836	6	25	11:18%	8:14%	5:13%	28	1,0	0,3				+	-	-
Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn gGmbH	Iserlohn	<500	fg	2639	1,16	<10000	0,837	5	14	1:15%	14:14%	4:12%	15	0,1	5,4				+	+	-
St.-Elisabeth-Hospital gGmbH	Iserlohn	<500	fg	2648	1,07	<10000	0,981	9	29	6:22%	8:18%	11:14%	42	0,1	0,0				+	+	-
Marienhospital Letmathe	Iserlohn-Letmathe	<200	ö	2762	-0,89	<5000	0,925	6	18	8:28%	5:17%	6:16%	32	2,1	0,0				+	+	-
Augusta-Hospital Anholt GmbH	Isselburg-Anholt	<200	fg	BE										0,0	100,0	B			nb		
Krankenhaus St. Elisabeth	Jülich	<200	fg	2795	-1,67	<5000	0,786	8	25	6:19%	5:18%	8:16%	27	0,3	0,1				0	0	0
St.-Nikolaus-Hospital	Kalkar	<200	fg	2913	-2,00	<1000	0,880	3	7	5:36%	4:17%	1:13%		0,0	0,0				P		
Städt. Hellmig-Krankenhaus	Kamen	<500	ö	2576	1,53	<10000	0,804	9	25	8:18%	6:17%	5:14%	27	0,3	0,0				-	+	+
St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	Kamp-Lintfort	<500	fg	2681	0,10	<20000	0,969	7	26	8:26%	5:18%	6:13%	28	0,6	0,1				-	+	+
Hospital zum Heiligen Geist	Kempen	<500	fg	2620	0,76	<10000	0,599	1	11	11:36%	6:10%	5:9%	24	0,9	7,4				+	+	+
Marienhospital	Kevelaer	<500	fg	2596	1,55	<10000	1,017	6	19	5:30%	1:18%	8:12%	44	0,1	0,3				-	+	-
St.-Antonius-Hospital gGmbH	Kleve	<500	fg	2667	0,35	<20000	0,508	1	3	11:49%	5:11%	6:7%	17	1,3	0,1				+	+	-
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Köln	<200	fg	2627	1,02	<5000	1,291	2	5	8:99%	1:0%	18:0%	85	0,4	0,0				-	-	-
Eduardus-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2688	0,02	<10000	1,244	4	16	8:56%	5:13%	6:10%	60	0,1	0,2				-	-	-
Ev. Krankenhaus Kalk	Köln	<500	fg	2653	0,82	<20000	0,896	8	28	6:15%	5:15%	14:12%	25	0,7	0,1				+	+	+
Evang. Krankenhaus Köln Weyertal gGmbH	Köln	<500	fg	2737	-0,31	<10000	0,799	4	18	6:19%	14:14%	15:12%	48	0,2	0,3				-	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DKG	TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
									25%	50%			B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	
Heilig-Geist-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2548	2,46	<20000	0,855	7	24	11:17%	6:15%	14:11%	31	0,6	0,1			+	+	+
Kliniken der Stadt Köln Betriebsstell Holweide	Köln	<1000	ö	2593	1,88	<20000	0,936	6	27	6:13%	14:12%	11:11%	42	1,9	0,1	N		-	-	+
Kliniken der Stadt Köln Betriebsstell Merheim	Köln	<1000	ö	2837	-1,32	<50000	1,318	8	28	8:17%	4:15%	5:13%	46	3,5	3,9	N		+	+	+
Kliniken der Stadt Köln Betriebsstell Riehl	Köln	<500	ö	3044	0,00	<10000	0,907	4	17	6:17%	4:14%	15:10%	22	0,2	1,4	N	P	+	-	-
Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	<500	fg	2669	0,73	<20000	0,905	4	17	8:21%	14:15%	4:12%	38	0,1	0,2			+	+	+
Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	<500	fg	2608	1,50	<20000	0,929	7	24	5:28%	6:12%	1:8%	32	1,0	0,1			-	-	+
St. Franziskus-Hospital	Köln	<500	fg	2558	2,31	<20000	0,981	6	22	8:26%	3:20%	6:14%	48	0,4	0,1			-	+	+
St. Agatha-Krankenhaus	Köln	<200	fg	2545	2,43	<5000	0,940	7	22	8:20%	6:17%	5:12%	39	0,1	0,2	P		+	+	-
St. Antonius-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2620	1,07	<10000	0,975	6	20	6:17%	5:17%	8:15%	34	0,1	0,0			+	+	-
St. Elisabeth-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2453	4,27	<20000	0,861	6	23	3:16%	6:11%	2:9%	57	0,3	0,0			+	+	+
St. Hildegardis-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2733	-1,03	<10000	0,875	4	17	4:26%	11:16%	8:14%	30	0,1	1,1			+	+	-
St. Marien-Hospital	Köln	<200	fg	2667	-0,14	<5000	1,214	2	9	1:26%	5:19%	8:11%	3	0,0	0,6			-	-	+
St. Vincenz-Hospital	Köln	<500	fg	2500	3,89	<20000	0,918	6	22	5:32%	8:17%	14:11%	46	1,4	0,0			+	+	-
Universitätsklinikum Köln	Köln	>1000	ö	2778	-0,76	>50000	1,457	11	43	5:14%	2:11%	1:9%	48	4,7	3,2	B	N	P	+	+
Alexianer-Krankenhaus	Krefeld	<500	fg	2465	4,18	<5000	1,229	3	5	1:79%	8:5%	3:4%	1	0,0	57,1			+	+	-
Klinik Königshof	Krefeld	<200	fg	2684	0,19	<1000	1,354	1	1	1:85%	4:9%	19:5%	0,0	0,0	0,0	P		+	+	-
Klinikum Krefeld	Krefeld	>1000	ö	2839	-2,00	<50000	1,150	13	46	5:17%	1:10%	6:10%	42	2,9	2,0			+	+	-
Krankenhaus Maria Hilf	Krefeld	<500	fg	2558	2,33	<10000	0,974	11	31	6:17%	5:16%	8:14%	35	0,4	13,0			+	+	-
St. Josefs-Hospital Uerdingen	Krefeld	<500	fg	2626	0,95	<10000	0,883	7	28	8:17%	11:12%	6:10%	50	0,8	0,0			+	+	-
Städt. Krankenhaus Cäcilien-Hospital	Krefeld	<200	ö	2893	-2,00	<5000	1,030	6	16	5:22%	6:19%	4:13%	10	0,9	2,7			-	+	+
Ev. Krankenhaus Kredenbach	Kreuztal-Kredenbach	<200	fg	2729	-0,61	<5000	0,892	8	24	6:25%	8:17%	5:15%	44	0,3	0,5			nb	nb	nb
St. Martinus-Krankenhaus	Langenfeld	<200	fg	2569	2,19	<10000	0,767	8	27	6:18%	5:14%	8:13%	35	0,0	0,0			+	+	-
Krankenhaus Lengerich	Lengerich	<200	fg	2715	-0,30	<5000	0,866	9	25	6:23%	5:14%	8:13%	34	0,6	0,2			++	++	-
Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich	Lengerich	<500	ö	2362	6,55	<1000	0,890	2	5	1:67%	8:10%	19:9%	0	1,0	4,2	P		-	+	+
St. Josefs-Hospital	Lennebstadt	<500	fg	2705	-0,50	<10000	0,782	8	27	8:15%	6:12%	14:9%	37	0,1	0,1			-	-	-
Klinikum Leverkusen gGmbH	Leverkusen	<1000	ö	2624	1,06	<50000	1,095	9	34	6:18%	5:17%	1:9%	34	1,8	1,2	N		+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25 %	50 %	6:21 %	3:11 %	13:11 %		O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI		
Evang. Krankenhaus Bethesda	Mönchengladbach	<500	fg	2773	-1,37	<10000	0,929	9	27	6:21 %	3:11 %	13:11 %	48	0,1	0,0								-	-	+
Krankenhaus Maria Hlff GmbH I u. II	Mönchengladbach	<1000	fg	2501	3,17	<50000	0,937	4	22	11:25 %	5:13 %	4:11 %	32	1,9	0,9								+	+	-
Krankenhaus Newerk Maria von den Aposteln	Mönchengladbach	<500	fg	2722	-0,57	<20000	0,928	6	22	8:25 %	6:16 %	14:10 %	39	0,4	0,1								+	-	-
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH	Mönchengladbach	<1000	ö	2575	2,23	<20000	0,907	7	27	5:15 %	6:13 %	14:11 %	27	0,5	0,4								+	+	-
St.-Josefs-Krankenhaus	Monheim	<200	fg	2490	3,93	<5000	0,968	7	19	6:31 %	5:16 %	8:15 %	34	0,8	3,2								-	-	-
St.-Marien-Hospital	Mülheim	<500	fg	2589	1,71	<20000	0,582	1	3	11:50 %	6:13 %	8:12 %	19	1,5	0,0							P	-	-	-
Stiftung Evangelisches Kranken- und Versorgungshaus	Mülheim	<1000	fg	2627	0,98	<50000	1,066	13	39	5:25 %	6:13 %	2:12 %	48	0,9	0,1								-	+	+
Clemenshospital GmbH	Münster	<500	fg	2592	2,37	<20000	1,079	6	24	4:19 %	8:16 %	6:13 %	35	0,3	7,0								+	+	-
Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH	Münster	<500	fg	2584	1,21	<10000	0,939	6	22	8:19 %	5:13 %	14:10 %	32	0,0	0,0								+	+	+
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Münster	<500	fg	2602	2,48	<20000	0,866	9	27	1:16 %	11:16 %	8:13 %	35	1,7	0,3							N	+	+	-
Raphaelsklinik GmbH	Münster	<500	fg	2718	-0,49	<10000	1,003	9	30	6:24 %	8:13 %	5:10 %	48	0,2	0,1								+	+	-
St. Franziskus-Hospital GmbH	Münster	<1000	fg	2426	5,03	<50000	0,934	6	25	5:19 %	8:14 %	6:10 %	43	2,7	0,1							N	-	-	-
Universitätsklinikum Münster	Münster	>1000	ö	2769	-1,53	>50000	1,604	20	64	8:14 %	5:12 %	3:11 %	50	5,5	4,8								+	-	-
Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster	Münster	<500	ö	2042	15,51	<1000	0,810	2	8	20:26 %	4:15 %	1:11 %	0	6,4	0,0							P	+	+	-
Fachklinik Hornheide	Münster-Handorf	<200	fg	2854	-2,00	<5000	1,140	2	5	9:69 %	8:7 %	17:7 %	76	1,4	0,0								+	+	+
Stadt. Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal	<500	ö	2554	2,11	<10000	0,972	7	22	8:26 %	6:21 %	5:17 %	36	0,3	0,0								+	+	+
Johanna-Etienne-Krankenhaus	Neuss	<500	fg	2655	0,64	<20000	1,056	8	29	8:18 %	5:17 %	1:13 %	37	0,3	0,0								+	+	-
Rheinort Klinik Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<50	ö	2500	3,44	<5000	1,636	2	3	8:97 %	6:2 %	1:1 %	96	1,1	0,0								-	-	+
Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<1000	ö	2684	0,06	<50000	0,960	7	28	5:18 %	6:12 %	3:9 %	40	3,4	0,0								+	+	-
Evangelisches Krankenhaus	Oberhausen	<1000	fg	2658	0,45	<20000	0,936	6	26	5:21 %	6:12 %	14:12 %	30	0,9	0,8								+	+	+
St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH	Oberhausen	<500	fg	2629	1,34	<20000	0,968	8	29	6:19 %	5:13 %	8:11 %	27	0,9	1,2								+	+	-
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Oberhausen	<500	p	2843	-2,00	<10000	0,920	6	18	8:23 %	9:16 %	5:13 %	47	0,1	0,0								+	+	-
St.-Josef-Hospital	Oberhausen	<500	fg	2685	-0,56	<10000	0,949	7	21	1:24 %	6:15 %	5:10 %	17	0,9	1,0							P	+	-	-
St.-Marien-Hospital Osterfeld	Oberhausen	<500	fg	2694	-0,04	<10000	1,024	6	20	8:33 %	6:19 %	4:12 %	48	0,3	0,0								-	-	-
Plus-Hospital	Ochtrup	<200	fg	2754	-1,00	<5000	0,776	4	10	5:32 %	6:14 %	4:13 %	0	0,1	0,0							nb	nb	nb	nb
Marien-Hospital	Oelde	<200	fg	2620	1,33	<10000	0,782	8	26	6:16 %	8:12 %	5:9 %	34	0,3	0,0								+	+	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG 25% 50%	TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
									11-41%	5-16%	6-7%			O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM
St.-Martinus-Hospital	Olpe	<500	fg	2532	2,71	<20000	0,646	1	6	11:41%	5:16%	6:7%	24	2,9	0,3				P	-	+	+
Elisabeth-Klinik Bünde	Olsberg	<200	fg	2657	0,34	<5000	1,100	3	10	8:73%	5:8%	1:6%	44	0,4	10,5					+	+	+
Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn	Paderborn	<500	fg	2547	2,48	<20000	0,970	9	29	8:21%	6:20%	11:11%	37	2,8	1,3				N	+	+	-
St.-Johannis-Stift	Paderborn	<500	fg	2527	2,77	<10000	0,822	4	17	5:17%	14:16%	15:12%	30	0,0	0,0					+	+	-
St.-Vincenz-Krankenhaus	Paderborn	<1000	fg	2546	2,82	<50000	0,752	5	18	5:19%	1:11%	11:10%	24	1,3	0,1					+	+	+
Krankenhaus Plettenberg gGmbH	Plettenberg	<200	fg	2778	-1,42	<5000	0,883	6	20	5:27%	8:19%	6:15%	33	0,1	0,0					-	-	-
Institut für Venenchirurgie Porta Westfalica	Porta Westfalica	<50	p	2574	0,60	<1000	0,636	1	1	5:100%			100	0,0	0,0					nb	nb	nb
Johanniter-Krankenhaus	Radevormwald	<200	fg	2575	2,00	<5000	1,098	8	23	8:22%	6:21%	5:15%	32	0,0	0,0					+	+	+
Krankenhaus Rahden	Rahden	<200	ö	2983	-2,00	<5000	0,896	7	23	8:20%	5:19%	6:17%	27	0,1	0,1					+	-	-
Ev. Fachkrankenhaus gGmbH	Rattingen	<200	fg	3016	-2,00	<5000	1,389	3	5	8:97%	9:1%	1:0%	65	2,5	4,5					+	+	-
St.-Marien-Krankenhaus GmbH	Rattingen	<500	fg	2471	3,93	<10000	0,849	7	23	6:20%	5:13%	8:10%	34	0,2	0,4					+	+	+
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Recklinghausen	<500	fg	2654	0,30	<10000	0,972	7	23	5:33%	8:19%	1:11%	37	1,4	2,2					nb	nb	nb
Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen	Recklinghausen	<500	ö	2529	3,09	<20000	1,145	8	31	1:15%	4:14%	8:13%	33	1,2	0,6					+	+	+
Prosper-Hospital	Recklinghausen	<1000	fg	2661	0,36	<20000	0,864	3	23	11:26%	6:17%	3:12%	36	1,4	1,2					+	+	+
Duenkeloh-Klinik	Remscheid	<50	p	2558	2,34	<1000	0,718	1	5	6:65%	8:13%	9:12%	70	0,0	0,0					-	-	-
Fabrizius-Klinik Remscheid	Remscheid	<200	fg	2566	2,54	<5000	1,065	3	8	8:65%	5:11%	6:5%	58	0,2	0,0					+	+	+
Klinikum Remscheid GmbH	Remscheid	<1000	p	2880	-2,00	<20000	0,850	4	20	5:19%	11:15%	6:11%	22	1,6	1,6					P	+	+
Stiftung Tannenhorf	Remscheid	<500	fg	2828	-2,00	<1000	1,014	2	5	1:69%	8:19%	19:7%	0	0,0	15,5					P	+	-
St. Vincenz-Hospital gGmbH	Rheda-Wiedenbrück	<200	fg	2418	5,02	<10000	1,038	10	27	6:25%	8:21%	5:12%	44	0,2	0,1					+	+	-
Gesundheitszentrum Rheine	Rheine	<1000	fg	2521	2,81	<50000	0,861	4	20	5:18%	11:17%	6:12%	29	0,7	2,2					N	nb	nb
St. Josefs-Krankenhaus GmbH	Saizkotten	<200	fg	2417	5,17	<10000	0,832	6	25	8:22%	6:15%	5:11%	40	0,1	0,0					+	+	+
Asklepios Klinik St. Augustin GmbH	Sankt Augustin	<500	p	2778	-1,60	<20000	1,325	4	18	6:19%	5:14%	8:12%	31	2,4	0,2					N	P	+
St.-Antonius-Krankenhaus	Schleiden	<200	fg	2701	-0,29	<5000	0,793	6	20	8:29%	6:16%	5:15%	37	0,2	0,2					-	+	+
St.-Georg-Krankenhaus Fredeburg	Schmallenberg-Fredeburg	<200	fg	2826	-1,96	<5000	0,722	8	24	8:20%	6:16%	5:14%	30	0,3	0,0					-	-	+
Fachkrankenhaus Kloster-Grafschaft Schmallenberg-Grafschaft	Schmallenberg-Grafschaft	<200	fg	2622	1,55	<5000	0,838	2	3	4:78%	5:4%	9:4%	3	0,0	20,3					B	+	+
Helios Klinikum Schwelm	Schwelm	<500	p	2770	-1,28	<20000	0,910	10	33	8:14%	6:13%	5:13%	36	0,7	1,3					+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25%	50%	5	15		8:37%	5:16%	6:12%	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle
Marienhospital Schwelm	Schwelm	<50	fg	2589	1,53	<5000	1,147	5	15	8:37%	5:16%	6:12%	39	0,0	0,0					+	+	-
Ev. Krankenhaus Schwerte GmbH	Schwerte	<200	fg	3390	-2,00	<5000	1,000	3	11	1:24%	5:19%	4:18%	1	0,0	2,2					+	+	+
Marienkrankenhaus Schwerte gGmbH	Schwerte	<500	fg	2433	4,80	<20000	0,954	9	30	8:22%	6:14%	5:9%	49	0,4	0,0					+	+	-
St.-Josef-Stift Sendenhorst	Sendenhorst	<500	p	2649	0,93	<10000	1,300	1	3	8:98%	9:0%	18:0%	44	1,5	13,2					nb	nb	nb
Herzzentrum Siegburg GmbH	Siegburg	<50	p	2822	-1,71	<10000	4,887	1	2	5:93%	-1:5%	18:1%	98	1,1	0,0					-	-	-
Krankenhaus Siegburg GmbH	Siegburg	<500	p	2728	-1,13	<20000	0,919	3	15	5:49%	6:10%	8:7%	35	4,0	0,0					H	+	+
Deutsches Rotes Kreuz Kinderklinik Siegen	Siegen	<200	fg	BE										0,4	99,6	B				P	nb	-
Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus gGmbH	Siegen	<500	fg	2635	0,83	<20000	1,038	6	26	6:15%	14:13%	8:12%	44	2,0	2,8	B				nb	nb	nb
Kreislinkum Siegen gGmbH	Siegen	<1000	ö	2529	2,65	<20000	0,775	1	13	11:34%	1:14%	8:13%	25	2,1	0,7				N	P	+	+
St. Marien-Krankenhaus gGmbH	Siegen	<500	fg	2657	0,49	<20000	1,013	8	23	5:28%	8:17%	6:10%	44	3,1	0,0				N		+	+
Klinikum Stadt Soest gGmbH	Soest	<500	ö	2581	1,58	<20000	0,859	7	25	8:25%	6:15%	14:9%	40	0,1	1,3					+	+	+
Marienkrankenhaus gGmbH	Soest	<500	fg	2551	2,40	<10000	1,032	7	23	4:22%	5:18%	6:15%	31	0,4	0,3					+	-	-
Krankenhaus Bethanien gGmbH	Solingen	<200	fg	2271	11,90	<5000	1,103	1	3	4:90%	-1:4%	5:1%	9	1,3	5,5					+	+	+
St.-Lukas-Klinik	Solingen	<500	fg	2634	0,87	<20000	0,980	6	24	1:24%	6:13%	3:11%	33	0,3	2,1					nb	nb	nb
Städtisches Klinikum Solingen	Solingen	<1000	ö	2696	0,23	<50000	0,759	1	16	11:31%	5:14%	6:11%	27	2,2	0,1				N		+	-
Krankenhaus Maria-Hilf	Stadtlohn	<200	fg	2577	2,01	<5000	0,862	6	21	5:19%	8:17%	6:13%	30	0,1	0,0					-	+	+
Marienhospital Steinfurt gGmbH	Steinfurt-Borghorst	<500	fg	2687	0,10	<10000	0,856	7	25	5:17%	6:16%	8:11%	33	0,3	0,0					P	+	+
St.-Rochus-Krankenhaus	Steinheim	<200	fg	3147	-2,00	<5000	0,860	6	20	5:22%	6:14%	8:12%	28	0,0	0,0					+	+	+
Bethlehem-Krankenhaus	Stolberg	<500	fg	2577	2,55	<20000	0,878	5	20	8:18%	6:15%	14:12%	26	0,8	0,1				N		-	-
Klinik Dr. Evers	Sundern	<50	p	BE	-2,00									0,0	100,0	B				nb		
Sauerlandklinik Hachen	Sundern	<50	fg	2637	0,25	<5000	1,429	1	1	1:99%	8:1%	19:0%		0,4	0,2				N	++	++	++
Antoniuszentrum GmbH Kranken und Seniorenhaus	Tönisvorst	<200	ö	2728	-0,92	<5000	0,752	5	18	5:32%	6:20%	4:9%	26	0,0	0,0					-	-	-
St.-Johannes-Krankenhaus	Troisdorf	<500	fg	2528	2,94	<10000	0,822	2	12	14:18%	1:14%	15:14%	24	0,2	0,4					+	+	-
St.-Josef-Hospital	Troisdorf	<500	fg	2574	1,90	<20000	0,938	8	25	8:21%	6:13%	11:12%	48	0,3	2,4	B				+	+	-
Ev.-Krankenhaus Umma	Umma	<500	fg	2585	1,70	<20000	1,057	9	26	8:26%	1:17%	6:16%	35	1,0	2,1					-	-	-
Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsbörn	Umma	<50	fg	BE										0,0	100,0	B				nb		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte				
								25 %	50 %	O	ZE			SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI
Katharinen-Hospital gGmbH	Unna	<500	fg	2517	2,97	<20000	0,586	1	5	11:36%	5:22%	6:7%	2,4	1,7	B				+	+	-
Klinikum Niedelerberg	Velbert	<1000	ö	2600	1,39	<20000	0,874	8	28	5:16%	6:15%	8:9%	0,7	0,1	P				-	-	-
Klinikum Ravensberg gGmbH Betriebs- teil Krankenhaus Versmold	Versmold	<50	ö	4183	-2,00	<5000	0,711	5	18	5:20%	6:20%	8:10%	0,0	0,0					-	-	-
Allgemeines Krankenhaus	Viessen	<500	fg	2698	-0,30	<20000	0,823	7	25	5:16%	14:13%	6:12%	0,1	0,1					+	+	-
Rhein. Orthop. Landesklinik Viessen	Viessen	<200	ö	2659	-0,25	<5000	1,201	1	3	8:98%	1:2%	21:0%	0,1	0,0					+	+	+
Rhein. Orthop. Landesklinik Viessen	Viessen	<200	fg	2635	1,14	<5000	0,843	9	26	6:20%	5:19%	8:16%	0,1	0,1					-	-	+
St. Marien-Hospital	Vreden	<200	fg	2649	0,58	<5000	0,956	4	13	8:52%	5:10%	1:9%	0,5	6,0					+	+	+
Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH	Waldbröl	<500	ö	2641	0,81	<20000	0,909	6	22	5:31%	6:14%	8:10%	0,2	0,6					+	+	+
St. Laurentius-Stift	Waltrup	<200	fg	2891	-1,66	<5000	1,419	2	7	8:22%	1:22%	5:19%	0	0,2	P				+	+	+
St. Petri-Hospital Warburg gGmbH	Warburg	<500	ö	2717	-1,38	<5000	0,833	6	22	6:18%	5:14%	11:13%	0,1	0,4					+	-	-
Josephs-Hospital	Warendorf	<500	fg	2521	3,02	<20000	0,935	9	29	5:27%	6:14%	8:10%	0,7	0,2					+	+	-
Krankenhaus Maria-Hilf	Warstein	<200	fg	2999	-2,00	<5000	0,793	5	21	5:19%	6:14%	8:14%	0,0	0,0					-	-	+
St.-Antonius-Krankenhaus Wegberg GmbH	Wegberg	<200	fg	3416	-2,00	<5000	0,805	5	13	5:22%	6:19%	4:13%	0,3	0,0					-	0	+
Stadtklinik Werdohl	Werdohl	<200	ö	2657	0,47	<5000	0,790	9	26	8:19%	5:19%	6:13%	0,0	0,0					+	-	-
Mariamen-Hospital gGmbH	Weri	<200	fg	2605	1,66	<5000	0,983	7	24	6:17%	5:17%	8:16%	0,0	0,0					-	-	-
Krankenhaus Wermelskirchen GmbH	Wermelskirchen	<500	fg	2448	4,80	<10000	0,769	5	24	6:14%	11:14%	8:12%	0,2	0,0					+	-	-
St. Christophorus-Krankenhaus GmbH	Werne	<500	fg	2588	1,60	<10000	1,001	8	22	8:30%	5:16%	6:15%	0,2	0,2					+	+	+
Ev. Krankenhaus Wesel	Wesel	<500	fg	2516	3,52	<20000	0,827	2	17	11:26%	8:15%	6:14%	2,4	0,5					+	+	+
Marien-Hospital gGmbH	Wesel	<500	fg	2720	0,05	<20000	0,892	7	28	5:22%	6:15%	4:10%	2,8	0,6	1,4				+	+	-
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Wesseling	<200	fg	2623	1,25	<5000	0,988	8	25	5:21%	6:16%	8:12%	2,8	0,1	0,5				++	++	-
Orthopädische Klinik Volmarstein	Wetter	<200	fg	2688	0,01	<10000	1,604	2	4	8:98%	1:1%	5:0%	0,3	0,0					-	-	-
Marienkrankenhaus Wickede-Wimbem	Wickede-Wimbem	<500	fg	2952	-2,00	<5000	1,052	7	22	8:28%	6:28%	5:13%	0,1	0,6	0,3				+	+	-
Katharinen-Hospital	Willich	<200	fg	2659	0,57	<5000	0,818	7	21	6:26%	5:18%	8:11%	0,6	0,0					-	+	+
St.-Franziskus-Hospital	Winterberg	<50	fg	2652	0,59	<5000	0,897	7	23	6:21%	8:19%	5:18%	0,1	0,0					++	++	-
Ev. Krankenhaus Witten gGmbH	Witten	<500	fg	2913	-2,00	<10000	1,074	10	31	8:17%	6:16%	11:13%	3,4	1,4	2,2	N			+	+	+
Marien-Hospital Witten gGmbH	Witten	<500	fg	2569	2,02	<20000	0,938	5	20	5:27%	14:12%	6:11%	1,5	0,0					+	+	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG			TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25%	50%	75%	1	2	3	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CM	CM	CM	
Heilig-Geist-Hospital	Bingen	<200	fg	2942	0,26	<5000	0,736	9	25	6:17%	5:16%	8:14%	33	0,4	0,0									nb	nb	nb
Marien-Krankenhaus	Cochern	<200	fg	2930	0,44	<5000	0,770	5	20	6:30%	5:18%	8:12%	34	0,2	0,0									-	-	-
Krankenhaus Maria-Hilf	Daun	<500	fg	2855	1,58	<10000	0,900	9	25	8:26%	6:14%	5:12%	41	0,7	0,0									+	-	-
Herz-Jesu-Krankenhaus	Dernbach	<500	fg	2696	4,40	<10000	0,887	6	21	5:24%	6:14%	14:11%	36	0,3	0,0									+	-	-
Ev.-Johanniter-Krankenhaus	Dierdorf-Selters gGmbH	<200	fg	2761	3,23	<5000	0,800	7	24	5:23%	8:19%	6:16%	32	0,0	26,4	B								nb	nb	nb
DRK-Krankenhaus Diez	Diez	<200	fg	3115	-2,00	<5000	0,812	6	18	8:27%	6:15%	5:13%	38	0,1	0,0									+	+	-
Städtisches Krankenhaus	Frankenthal	<500	ö	2858	1,20	<10000	0,943	7	22	6:18%	5:16%	8:10%	29	0,3	0,0									nb	nb	nb
Gesellschaft für Mikroneurochirurgie mbH	Geisingen	<50	p	2290	14,02	<5000	1,495	1	2	8:99%	1:1%		100	0,0	0,0									+	+	+
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Gerolstein	<200	fg	2864	1,54	<5000	0,753	6	19	6:20%	5:15%	8:12%	19	0,7	0,1									+	-	-
Kreiskrankenhaus	Grünstadt	<200	ö	2869	0,94	<10000	0,766	7	25	5:18%	6:17%	8:11%	31	0,2	0,0									nb	nb	nb
Westenwaldklinikum Hachenburg	Hachenburg	<1000	fg	2993	-0,71	<20000	0,766	7	23	6:16%	5:14%	8:13%	27	0,1	0,0									+	+	+
St.-Josef-Krankenhaus	Hermeskeil	<200	fg	3088	-1,97	<5000	0,903	8	23	6:17%	8:17%	5:15%	31	0,4	0,0									nb	nb	nb
Westfal-Klinikum GmbH Standort I und II	Kaiserslautern	>1000	ö	2799	2,25	<50000	1,077	9	37	5:16%	11:14%	8:11%	37	1,7	2,0									P	nb	nb
Asklepios Südpfalzkliniken GmbH	Kandel	<500	p	2763	2,65	<20000	0,910	7	25	6:15%	5:15%	8:14%	31	0,6	0,0									nb	nb	nb
Westfal-Klinikum GmbH Kibo	Kirchheimboland	<500	ö	2793	2,66	<10000	0,811	7	25	6:21%	8:19%	5:15%	39	0,1	0,0									+	+	-
Bezirksverband Pfalz/Pfalzklinik Landeck	Klingenstein	<1000	ö	2905	0,79	<5000	0,949	2	5	1:80%	19:5%	3:4%	0	1,6	2,1									++	+	-
Bundeswehrzentral-Krankenhaus	Koblenz	<200	ö	2544	7,89	<20000	1,261	10	36	5:24%	8:16%	3:12%	52	2,5	1,4									P	nb	nb
Katholisches Klinikum Marienhof	Koblenz	<500	fg	2848	1,79	<20000	1,028	6	21	5:27%	8:20%	3:11%	47	1,2	0,5									+	+	+
Städt. Krankenhaus Kempferhof Koblenz	Koblenz	<1000	ö	2936	0,27	<20000	0,730	1	13	11:32%	6:17%	8:5%	22	2,9	2,4									---	+	+++
Stiftungsklinikum Mittelrhein	Koblenz	<1000	fg	2921	0,57	<20000	1,040	12	38	5:21%	8:19%	6:13%	45	2,0	7,2									-	+	+
Klinik Lahnhöhe Krankenhaus GmbH & Co KG	Lahnstein	<500	p	2395	11,29	<5000	1,009	1	2	8:96%	1:4%			11,1	0,0									P	+	+
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Lahnstein	<500	fg	3306	-3,00	<5000	0,661	5	20	6:20%	5:12%	14:10%	33	0,0	0,0									P	nb	nb
Klinikum Landau - Südliche Weinstraße	Landau	<500	ö	2755	3,33	<20000	0,989	10	27	5:20%	8:18%	6:14%	32	0,3	0,0									nb	nb	nb
Vinzentius-Krankenhaus	Landau	<500	fg	2890	1,02	<20000	0,867	8	29	6:17%	8:17%	5:11%	30	0,4	0,0									0	+	+
St.-Johannis-Krankenhaus	Landstuhl	<500	fg	2935	0,35	<10000	0,921	5	21	8:23%	6:14%	5:12%	39	0,0	0,0									+	+	+
Franziskus-Krankenhaus	Linz	<200	fg	2833	1,74	<10000	1,030	8	24	8:35%	6:15%	5:14%	46	0,2	0,0									nb	nb	nb
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Ludwigshafen	<500	ö	2870	1,20	<10000	1,458	4	13	8:72%	9:9%	1:7%	84	0,6	33,8	B								-	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI			
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt	Dresden	<1000	ö	2782	-0,65	<20000	0,921	6	22	5:15%	6:14%	8:11%	20	1,1	0,5				P	+	+	+
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden AöR	Dresden	>1000	ö	2800	-0,78	>50000	1,268	13	49	8:12%	1:11%	2:11%	48	4,9	4,3	N			P	+	+	-
Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH	Eilenburg	<200	ö	2772	-1,03	<5000	0,772	5	18	5:19%	6:18%	14:10%	25	0,0	0,0					+	+	-
Krankenhaus Erlabrunn gGmbH	Erlabrunn	<500	p	2856	-1,82	<10000	1,020	6	21	8:29%	5:13%	6:13%	34	0,5	0,3				P	+	+	+
Kreiskrankenhaus Freiberg	Freiberg	<500	ö	2689	0,89	<20000	0,915	9	32	6:13%	5:12%	8:11%	27	0,6	0,1					+	+	+
Weißeritz-Kliniken GmbH	Freital	<500	p	2788	-0,98	<20000	0,940	8	27	8:17%	6:17%	5:16%	32	0,2	0,1					+	+	-
Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH Glauchau	Glauchau	<500	ö	3101	-2,00	<10000	0,809	6	21	6:20%	5:15%	2:11%	30	1,2	0,1				P	+	+	+
Malteser Krankenhaus St. Carolus Görzitz	Görzitz	<200	fg	3032	-2,00	<5000	0,894	6	22	11:18%	5:17%	6:14%	29	0,6	0,8					-	-	+
Städt. Klinikum Görzitz GmbH	Görzitz	<1000	ö	2743	0,03	<50000	1,029	14	45	5:14%	8:11%	2:9%	43	2,2	3,0	N			P	+	+	-
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Großschweidnitz	Großschweidnitz	<500	ö	2722	0,16	<5000	1,022	1	3	1:77%	8:18%	19:3%	0	3,2	1,8	N				+++	++	-
Diakoniekrankenhaus Chemnitz Land – DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf	Hartmannsdorf	<500	fg	2583	2,87	<10000	0,921	8	27	8:18%	5:14%	6:13%	28	0,2	0,0					+	+	-
Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald	Hohwald	<200	p	2704	0,46	<5000	1,614	2	4	8:98%	21:1%	1:0%	81	1,6	0,0	N				-	+	+
Klinikum Hoyerswerda gGmbH	Hoyerswerda	<1000	ö	2801	-1,03	<50000	0,968	10	34	8:16%	5:13%	6:10%	38	3,0	0,3					+	+	-
Malteser-Krankenhaus St. Johannes Kamenz	Kamenz	<200	fg	2747	-0,14	<10000	0,788	5	21	6:17%	5:16%	8:11%	26	1,0	0,0					-	+	+
Kreiskrankenhaus Kirchberg GmbH	Kirchberg	<200	ö	2803	-1,17	<5000	1,064	8	23	5:24%	6:16%	8:15%	29	0,1	1,3					+	+	-
Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gGmbH	Leipzig	<500	p	2600	2,39	>10000	0,883	8	25	8:19%	6:15%	5:12%	51	0,7	0,0	N				+	+	-
Herzzentrum Leipzig GmbH	Leipzig	<500	p	2559	3,16	<50000	2,554	2	8	5:91%	-1:3%	1:1%	63	6,0	2,1					+	+	+
Park-Krankenhaus Leipzig Süd-Ost GmbH	Leipzig	<1000	p	2442	5,78	<20000	1,601	5	20	8:28%	5:23%	6:14%	56	2,7	0,2	N			P	+	+	+
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	Leipzig	<500	fg	2439	5,66	<20000	0,896	6	22	6:15%	14:14%	8:12%	47	1,0	0,0	N			N	+	+	+
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig	Leipzig	>1000	ö	2707	0,46	<50000	1,124	11	39	5:15%	4:13%	6:11%	35	2,2	5,4	N			P	+	+	-
Universitätsklinikum Leipzig AöR	Leipzig	>1000	ö	2703	0,46	>50000	1,336	15	55	8:14%	1:10%	3:8%	46	5,7	2,7	N				+	+	+
HELIOS-Klinik Leisnig	Leisnig	<500	p	3040	-2,00	<10000	0,806	6	23	6:17%	5:15%	4:12%	23	0,0	0,0					+	++	+
Krankenhaus Lichtenstein gGmbH	Lichtenstein	<500	fg	2756	-0,70	<10000	0,821	8	25	6:15%	8:14%	5:14%	23	0,3	0,0					-	+	++
Eblandklinik Meißner-Radebeul GmbH und Co. KG Standort Meißner	Meißner	<500	ö	2646	1,65	<20000	0,918	7	25	8:17%	6:17%	5:14%	29	0,5	0,0	N				+	+	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile in %		Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte			
								25 %	50 %	5:17 %	6:15 %	8:11 %	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	
Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH (Mittweida/Rochlitz/Frankenbergr)	Mittweida	<500	ö	2761	-0,42	<20000	0,919	7	24	5:17 %	6:15 %	8:11 %	27	0,2	0,1	P							
KH der Diakonissenanstalt „Emmaus“ Niesky	Niesky	<200	fg	2907	-2,00	<50000	0,788	6	21	8:20 %	6:17 %	5:17 %	29	0,9	0,0								
Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH-Haus Olbernhau	Olbernhau	<200	ö	3007	-2,00	<50000	0,813	7	18	6:24 %	5:21 %	8:14 %	24	0,5	0,0								
Collm Klinik Oschatz	Oschatz	<200	ö	2778	-0,77	<10000	1,070	6	22	8:27 %	5:16 %	6:13 %	41	0,3	0,0								
Klinikum Pirna GmbH	Pirna	<500	p	2726	-0,30	<20000	0,920	11	35	8:14 %	6:14 %	5:11 %	41	2,4	0,1	P							
Bethanien-Krankenhaus Plauen	Plauen	<50	fg	2484	4,72	<50000	0,658	3	7	3:58 %	8:18 %	6:8 %	77	0,0	0,3								
HELOS Vogtland-Klinikum Plauen GmbH	Plauen	<1000	p	2703	0,53	<50000	1,059	11	41	8:16 %	5:13 %	6:11 %	40	1,5	0,2	P							
ASKLEPIOS – ASB Klinik Radeberg	Radeberg	<200	p	2576	2,86	<50000	0,984	8	25	8:21 %	5:20 %	6:19 %	30	0,4	0,0								
Kleinwachsen, Sächs. Epilepsiezentrum Radeberg	Radeberg, OT Liegau-Augustusbad	<50	fg	BE																			
Elblandkliniken Meißner-Radebeul GmbH und Co. KG Standort Radebeul	Radebeul	<500	ö	2629	1,84	<10000	0,870	8	25	8:18 %	6:13 %	5:13 %	45	0,8	0,0								
HELOS Klinik Reichenbach	Reichenbach	<500	p	2643	1,42	<10000	0,952	10	29	8:16 %	6:14 %	5:11 %	42	0,4	0,0								
Klinikum Riesa-Großenhain gGmbH	Riesa	<1000	ö	2903	-2,00	<20000	0,943	12	37	6:13 %	5:12 %	8:12 %	38	2,0	1,2	N							
Klinikum Oberglitzsch Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	2642	1,60	<20000	0,935	6	25	6:20 %	8:13 %	5:12 %	36	1,7	0,0								
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Rodewisch	<500	ö	2858	-1,86	<10000	0,799	2	5	1:60 %	8:27 %	19:5 %		1,7	2,6	N	P						
Orthopädisches Zentrum Martin-Ulbrich-Haus gGmbH Rothenburg	Rothenburg	<200	fg	2823	-1,33	<50000	1,663	2	4	8:99 %	1:1 %	18:0 %	82	0,2	0,0								
HELOS Klinik Schleuditz	Schleuditz	<200	p	2741	0,77	<10000	0,935	5	19	6:17 %	5:16 %	10:13 %	48	0,1	0,0								
Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz	Schleuditz	<500	ö	2577	2,78	<50000	0,936	2	5	1:73 %	8:10 %	19:5 %	0	1,8	3,9	P							
Paracelsus-Klinik Schönbeck	Schönbeck	<200	p	2779	-0,61	<50000	0,893	6	19	8:20 %	5:20 %	6:17 %	31	0,7	0,0								
Oncologisches Fachkrankenhaus Marienstift Schwarzenberg	Schwarzenberg	<200	p	3999	-2,00	<50000	0,669	1	5	6:37 %	7:9 %	23:9 %	0	7,6	2,7								
Sächsische Schweiz Kliniken Sebnitz GmbH	Sebnitz	<500	p	2603	2,47	<10000	0,901	9	30	6:16 %	5:15 %	8:11 %	30	1,2	0,2								
Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH	Stollberg	<500	ö	2724	0,00	<10000	0,878	9	27	5:16 %	6:14 %	3:14 %	35	0,2	0,2								
Kreiskrankenhaus Torgau „Johann Kentmann“ gGmbH	Torgau	<500	ö	2760	-0,38	<10000	0,788	7	25	5:17 %	6:14 %	8:10 %	35	0,2	0,0								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dichte-Basis-DKG		TOP 3 MDC		Part. in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte					
								25 %	50 %	O	ZE		SE	B	N	H	P	Fälle	CM	CMI	
Krankenhaus Weißwasser gGmbH	Weißwasser	<200	ö	2761	-0,45	<10000	0,825	6	25	5:17%	6:14%	8:13%	25	0,1	0,0				+	+	-
Pfleident-Klinik KreisKrankenhaus Werdau	Werdau	<500	ö	2780	-0,79	<10000	0,873	7	26	6:17%	8:13%	5:13%	29	0,2	0,1				+	-	-
FachKrankenhaus Hubertusburg gGmbH	Wernsdorf	<500	ö	2399	6,74	<5000	0,997	4	8	1:49%	4:11%	6:10%	1	3,1	8,5	P			-	+	+
Kliniken des Muldenalkreises gGmbH	Wurzen	<500	ö	2696	0,63	<20000	0,813	8	29	6:17%	5:15%	8:12%	31	0,1	0,0				+	+	-
Kliniken des Landkreises Löbau-Zittau gGmbH	Zittau	<1000	ö	2780	-0,89	<20000	0,815	7	24	6:19%	5:15%	8:11%	25	2,4	0,2				+	+	+
Diakoniewerk Zschadraß gGmbH	Zschadraß	<500	fg	3131	-2,00	<10000	1,062	1	3	1:79%	8:10%	18:5%	1	0,0	0,5				++	+	-
Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH-Haus Zschopau	Zschopau	<500	ö	2541	3,43	<10000	0,904	8	24	8:18%	6:14%	5:13%	31	0,1	0,0	P			+	+	+
Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau, Städtisches Klinikum	Zwickau	<1000	ö	2677	1,09	<50000	1,036	12	42	8:12%	6:11%	5:11%	41	3,5	0,6	N	P		+	+	+
Paracelsus-Klinik Zwickau	Zwickau	<500	p	2596	1,99	<10000	1,115	6	21	1:23%	8:18%	4:13%	30	0,5	0,8	N			-	+	+
Sachsen-Anhalt		348		2750	0,00		1,029	13	45	5:15%	8:13%	6:13%	34	2,2	2,5	0	12	0	12	0	12
KreisKliniken Aschersleben- Staßfurt	Aschersleben	<1000	ö	2958	-2,00	<20000	0,868	9	28	6:15%	5:15%	8:10%	27	1,4	0,6	N	P		nb	nb	nb
Lungenklinik Ballenstedt/ Harz gGmbH	Ballenstedt	<200	fg	2763	-0,31	<5000	0,788	1	3	4:88%	5:3%	23:2%	5	3,8	5,0				-	-	-
Klinikum Bernburg	Bernburg	<500	ö	2988	-2,00	<10000	0,873	9	25	6:18%	5:16%	1:13%	20	1,0	0,1				nb	nb	nb
Waldklinik Bernburg GmbH	Bernburg	<50	p	2714	0,58	<5000	1,421	1	1	1:100%				0,0	0,0				-	-	-
KreisKrankenhaus Bitterfeld / Wolfen	Bitterfeld	<500	ö	2791	-0,70	<20000	0,877	8	26	5:17%	6:16%	8:11%	25	0,4	0,6				+	-	-
KreisKrankenhaus Burg	Burg	<500	p	2792	-0,77	<10000	0,859	7	27	6:18%	8:14%	5:11%	27	0,1	0,0				+	+	-
Stadtkrankenhaus Calbe	Calbe	<200	ö	2619	3,97	<5000	1,052	3	7	5:32%	1:19%	6:11%		0	0,0				nb	nb	nb
MediClin Herzzentrum Coswig	Coswig	<200	p	3118	-2,00	<10000	2,282	2	7	5:94%	-1:3%	1:1%	59	1,6	0,0				-	-	+
Krankenhaus der Anhaltinischen Diakonissenanstalt Dessau	Dessau	<200	fg	2652	1,62	<10000	1,017	8	21	6:25%	11:22%	12:13%	44	0,9	0,7				0	+	+
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<1000	ö	2758	-0,11	<50000	1,043	13	40	5:15%	8:13%	6:8%	38	2,4	0,2	N			+	+	-
Diakonie-Krankenhaus Neumundsburg GmbH	Elbingerode	<50	fg	2899	-3,02	<1000	0,714	1	1	20:64%	5:12%	6:8%	0	0,0	0,0				P	nb	nb
FachKrankenhaus für Rheumatologie und Orthopädie Gommern	Gommern	<200	p	2579	-2,00	<5000	1,044	1	4	8:98%	1:1%	6:0%	48	0,4	4,3				+	+	-
FachKrankenhaus Haldensleben	Haldensleben	<200	p	2726	0,38	<1000	0,760	1	2	1:44%	8:43%	19:5%		0,0	0,0				P	nb	nb
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Stadt Halle	Halle	<500	p	2664	1,41	<20000	1,510	8	28	8:37%	1:16%	6:13%	43	1,5	22,1				+	+	+
Krankenhaus des Evangelischen	Halle	<500	fg	2730	0,27	<10000	1,158	2	9	4:30%	5:18%	20:15%	32	0,5	0,8				P	+	+
Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara	Halle	<1000	fg	2602	2,50	<20000	0,890	6	26	5:20%	6:18%	14:9%	27	4,0	1,3				+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	5:13%	8:13%			5:14%	8:12%	O	ZE	SE	B
Martin-Luther-Universität Medizinische Fakultät	Halle	>1000	ö	2900	-2,00	>50000	1,469	19	63	5:13%	8:13%	3:8%	5,8	2,9	N	P	+	+	+
Städtisches Krankenhaus Martha-Maria	Halle	<1000	ö	2746	0,09	<20000	1,100	11	33	8:17%	1:12%	4:11%	3,8	1,3			+	+	+
Krankenhaus Havelberg GmbH	Havelberg	<50	p	2959	-2,00	<5000	0,837	6	21	5:22%	6:22%	8:14%	2,4	0,9			nb	nb	nb
Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie	Jerichow	<200	ö	2772	-0,36	<1000	0,996	1	2	1:97%	5:2%	2:1%	1	0,0			+	+	-
Kreiskrankenhaus Köthen	Köthen	<500	ö	2696	0,90	<10000	0,926	9	28	5:19%	6:17%	8:16%	3,7	1,7			+	+	-
Lungenklinik Lostau	Lostau	<200	fg	2952	-2,00	<5000	1,050	1	2	4:88%	23:5%	5:2%	13	3,4			+	+	-
Klinikum Mansfelder Land	Lutherstadt Eisenberg	<1000	ö	2835	-1,22	<20000	0,917	9	29	8:17%	5:15%	6:13%	33	0,6			N	N	+
Klinik Borse Wittenberg	Lutherstadt Wittenberg	<200	fg	2605	2,51	<5000	0,830	2	4	1:69%	8:17%	19:5%		0,3			N	P	+
Paul-Gerhardt-Stift	Lutherstadt Wittenberg	<500	fg	2724	0,21	<20000	0,907	10	32	6:14%	5:14%	8:12%	28	0,9			nb	nb	nb
Klinik des Westens	Magdeburg	<50	p	2567	3,27	<1000	0,580	2	5	13:43%	5:31%	9:10%	79	0,0			-	-	+
Klinik St. Marienstift	Magdeburg	<200	fg	2587	2,81	<5000	0,789	3	13	8:18%	6:15%	14:13%	60	2,1			nb	nb	nb
KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH	Magdeburg	<1000	ö	2856	-1,30	<50000	1,002	9	34	5:18%	6:16%	1:9%	32	2,6			N	P	+
NRZ Magdeburg MEDIAN Kliniken GmbH & Co	Magdeburg	<50	p	1718	17,97	<5000	10,602	1	2	1:68%	-1:28%	21:4%	30	0,0			nb	nb	nb
Otto-von-Guericke Universität	Magdeburg	>1000	ö	2857	-1,68	>50000	1,334	19	61	8:16%	5:11%	1:9%	49	4,3			N	P	+
Pfeiffersche Stiftungen	Magdeburg	<500	fg	2828	-1,15	<10000	1,168	5	18	8:40%	5:18%	6:14%	36	1,0			+	+	-
Carl-von-Base-dow-Klinikum Merseburg	Merseburg	<1000	ö	2675	1,64	<20000	0,968	9	30	5:20%	6:17%	8:10%	27	1,8			N	N	+
Klinikum Burgenlandkreis gGmbH	Naumburg	<500	ö	2717	0,61	<20000	0,878	9	29	5:17%	6:15%	8:14%	29	0,6			N	P	+
Kreiskrankenhaus des Bördekreises	Neindorf	<500	ö	2897	-2,00	<10000	0,908	7	24	6:17%	5:17%	1:11%	25	0,3			+	-	-
Klinikum Dorothea Christiane Exleben	Quedlinburg	<500	ö	2719	0,46	<20000	0,965	8	31	5:18%	8:17%	6:14%	37	1,0			-	-	+
Altmark-Klinikum gGmbH Salzweidel-Gardelegen	Salzweidel	<500	ö	2756	-0,19	<20000	0,789	9	29	6:17%	5:14%	8:11%	25	0,5			N	N	+
Krankenhaus am Rosarium GmbH	Sangerhausen	<500	ö	2770	-0,41	<20000	0,880	8	28	6:13%	5:11%	8:11%	35	1,6			+	+	+
Kreiskrankenhaus Schönebeck / Elbe	Schönebeck	<500	ö	2776	-0,40	<20000	0,783	7	23	6:16%	5:15%	1:11%	26	0,9			+	+	+
Diakonienkrankenhaus Seehausen gGmbH	Seehausen	<200	fg	3001	-2,00	<5000	0,754	10	28	5:18%	6:16%	8:15%	31	0,1			nb	nb	nb
Johanniter KH Genthin-Stendal gGmbH	Stendal	<1000	fg	2680	1,21	<20000	0,964	10	35	5:19%	8:16%	6:13%	36	1,4			N	N	+
SALUS gGmbH	Uchtspringe	<500	ö	2619	1,91	<1000	0,898	1	4	1:67%	8:17%	19:10%	0	0,7			N	P	nb
Herzkrankenhaus Wernigerode-Blankenburg GmbH	Wernigerode	<1000	ö	2777	-0,31	<20000	0,957	9	31	5:18%	6:16%	1:11%	26	0,5			+	-	-

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungs-dicht-Basis-DRG			TOP 3 MDC					Part. in %	Budget-Anteile in %	Besondere Leistungen	Abweichung Ist-Werte								
								25 %	50 %	DRG	8:22 %	5:17 %	8:16 %	5:16 %	6:12 %				6:13 %	O	ZE	SE	B	N	H	P	Fälle
Kreiskrankenhaus Anhalt-Zerbst	Zerbst	<500	p	2.782	-0,54	<10000	0,887	7	21		8:22 %	5:17 %	8:16 %	5:16 %	6:13 %	30	0,0	0,0				-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein		286		2666	0,00		1,067	14	47		8:48 %	1:14 %	9:11 %	9:11 %	37	0,5	0,0				++	-	-	-	-	-	-
Klinik Ahrensburg Dr. Frahm/Dr. Frenzel	Ahrensburg	<50	p	2.481	3,41	<1000	0,652	2	7		8:48 %	1:14 %	9:11 %	9:11 %	37	0,5	0,0				++	-	-	-	-	-	-
Rheuma-Klinik GmbH Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	<500	ö	2.864	-2,00	<10000	1,410	1	2		8:96 %	1:1 %	16:1 %	16:1 %	40	1,9	1,1	N				-	+	-	-	-	-
Asklepios Klinik Bad Oldesloe	Bad Oldesloe	<500	p	2.618	0,78	<10000	0,904	6	25		6:17 %	5:11 %	9:10 %	9:10 %	26	4,2	0,4					-	-	-	-	-	-
HELIOS Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau	Bad Schwartau	<50	p	2.553	1,99	<5000	0,784	3	11		8:43 %	12:14 %	11:11 %	11:11 %	79	1,3	0,0					-	-	-	-	-	+
Segeberger Kliniken GmbH	Bad Segeberg	<50	p	2.599	1,15	<20000	1,171	5	19		5:46 %	8:8 %	6:8 %	6:8 %	36	3,3	4,8					0	0	0	0	0	0
Krankenhaus Borstel	Borstel	<50	fg	2.611	0,92	<5000	0,842	1	3		4:86 %	5:3 %	23:3 %	23:3 %	6	1,5	5,9					nb	nb	nb	nb	nb	nb
Ostseeklinik Damp GmbH	Damp	<500	p	2.749	-1,32	<20000	1,410	3	6		8:88 %	1:8 %	5:1 %	5:1 %	65	2,1	1,5	N				nb	nb	nb	nb	nb	nb
Osthofstein-Kliniken GmbH Klinik Eutin	Eutin	<500	ö	2.666	0,00	<20000	0,868	8	29		5:17 %	6:13 %	8:10 %	8:10 %	29	0,9	3,5					nb	nb	nb	nb	nb	nb
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Eutin	<200	fg	2.464	3,77	<5000	1,384	1	7		8:42 %	5:16 %	1:12 %	1:12 %	1	0,0	28,9	B				-	+	+	+	+	+
Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg	Flensburg	<500	fg	2.606	1,01	<50000	0,994	9	29		5:19 %	8:18 %	1:11 %	1:11 %	36	2,1	0,3	N				+	+	+	+	+	+
St.-Franziskus-Hospital	Flensburg	<500	fg	2.642	0,39	<20000	1,216	7	19		6:32 %	4:17 %	7:10 %	7:10 %	37	0,9	4,3					nb	nb	nb	nb	nb	nb
Humaine Klinik Geesthacht	Geesthacht	<50	p	BE														B									
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht/Lauenburg	Geesthacht	<500	fg	2.671	-0,09	<10000	0,770	6	25		5:16 %	6:16 %	14:10 %	14:10 %	25	0,2	0,1					-	-	-	-	-	+
ParkKlinik Glücksburg	Glücksburg	<50	p	2.192	10,62	<1000	0,466	1	3		3:60 %	11:16 %	13:13 %	13:13 %	86	0,0	0,0					nb	nb	nb	nb	nb	nb
Krankenhaus Großhansdorf	Großhansdorf	<500	fg	2.447	4,12	<10000	1,120	1	2		4:93 %	-1:1 %	5:1 %	5:1 %	13	0,6	4,0					-	+	+	+	+	+
Westküstenklinik Heide	Heide	<500	ö	2.572	1,62	<50000	1,045	11	36		8:15 %	6:14 %	5:14 %	5:14 %	30	1,6	3,2	N				+	-	-	-	-	-
Paracetus Nordseeklinik Helgoland	Helgoland	<50	p	11.788	0,00	<1000	0,422	4	13		6:26 %	5:22 %	1:13 %	1:13 %	7	0,0	45,5	B				nb	nb	nb	nb	nb	nb
Kliniken Nordfriesland	Husum	<500	ö	2.679	-0,21	<20000	0,852	10	31		5:22 %	6:14 %	8:11 %	8:11 %	33	1,1	0,4					+	+	+	+	+	+
Privatklinik Dr. Winkler	Husum	<50	p	2.760	-1,50	<1000	0,601	1	2		8:86 %	6:7 %	9:6 %	9:6 %	97	0,0	0,0					+	+	+	+	+	+
Zweckverb. Krankenhaus Itzehoe	Itzehoe	<1000	ö	2.529	-2,45	<50000	0,976	8	31		5:15 %	6:13 %	8:9 %	8:9 %	29	0,9	6,4					+	+	+	+	+	+
Margarethen-Klinik gGmbH	Kappeln	<50	fg	2.718	-0,84	<1000	0,599	6	15		8:36 %	9:20 %	6:15 %	6:15 %	71	0,0	0,0					nb	nb	nb	nb	nb	nb
Fachklinik Heiligenhafen Fachklinik Kiel	Kiel	<500	ö	2.967	-2,00	<1000	0,766	2	4		1:63 %	8:28 %	6:2 %	6:2 %	13	1,4	0,3					nb	nb	nb	nb	nb	nb
Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel	Kiel	>1000	ö	2.647	0,30	>50000	1,394	19	60		5:14 %	3:10 %	1:10 %	1:10 %	48	5,8	3,8	N				+	+	+	+	+	+
Lubinus-Klinik	Kiel	<200	p	2.866	-2,00	<10000	1,444	4	9		8:92 %	9:2 %	1:2 %	1:2 %	87	1,3	0,0	N				nb	nb	nb	nb	nb	nb
Park-Klinik GmbH	Kiel	<50	p	2.512	2,80	<5000	0,486	2	5		13:35 %	6:23 %	14:14 %	14:14 %	81	0,0	0,0					-	+	+	+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG			TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25%	50%	DKG	8:39%	3:20%	6:20%		8:39%	6:15%	5:4%	8:39%	6:15%	5:4%	B	N	H
Praxisklinik Kiel GmbH	Kiel	<50	p	2738	-1,16	<5000	0,624	4	9	8:39%	3:20%	6:20%	97	0,0	0,0						nb	nb	nb
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Kiel	<50	fg	2627	0,64	<5000	0,784	3	7	8:72%	6:15%	5:4%	93	0,0	0,0						--	--	--
Städtisches Krankenhaus	Kiel	<1000	ö	2728	-0,96	<50000	0,975	7	24	5:16%	6:15%	14:9%	18	4,9	1,3	N					nb	nb	nb
DRK Therapiezentrum Marii GmbH	Lübeck	<50	fg	2703	10,31	<5000	1,882	1	2	8:41%	1:20%	5:17%	0	0,0	10,3						+	+	+
Marien-Krankenhaus Lübeck	Lübeck	<50	fg	2783	-0,63	<5000	0,475	2	5	14:23%	15:21%	3:12%	62	0,0	0,0						nb	nb	nb
Städt. Krankenhaus Privat und Süd	Lübeck	<1000	p	2705	-1,83	<20000	1,070	9	29	5:26%	6:19%	8:10%	30	1,7	3,7	N					nb	nb	nb
Universitätsklinikum Lübeck	Lübeck	>1000	ö	2646	0,31	>50000	1,281	15	54	5:16%	1:9%	6:8%	43	4,4	1,2	N	P				-	+	+
August-Bier-Klinik Krankenhaus für Neuro-	Malente	<50	ö	2217	9,88	<1000	1,347	2	4	1:88%	19:6%	8:2%		0,4	59,8	N					0	0	0
FFK-Friedrich-Ebert- Krankenhaus Neumünster GmbH	Neumünster	<1000	ö	2577	1,53	<50000	1,129	10	35	5:17%	6:14%	8:10%	35	1,7	2,0	B	N	P			+	+	+
Klinik Klosterstr. Gbr Dr. Rüdell / R. Gontburg	Neumünster	<50	p	2443	4,23	<1000	0,617	2	5	13:73%	9:15%	14:10%	87	0,0	0,0						--	--	--
Fachklinik für Psychiatrie/ Neurologie / Rehabilitation	Neustadt	<500	ö	2638	0,47	<1000	0,920	2	3	1:82%	8:8%	10:5%		0,0	3,5						P	--	--
Kinderzentrum Peizerhaken	Neustadt	<50	fg	BE												B							
Klinikum Neustadt	Neustadt	<200	p	2666	0,00	<20000	1,329	5	22	8:40%	6:14%	5:10%	50	0,4	0,4						nb	nb	nb
Regio.Kliniken gGmbH	Pinneberg	<1000	ö	2657	0,14	<50000	1,055	11	39	8:17%	5:17%	6:15%	39	0,9	0,8						-	-	-
Kreiskrankenhaus des Kreises Plön	Preetz	<200	ö	2516	2,72	<10000	0,892	8	24	6:18%	5:17%	8:10%	27	0,0	0,0						0	+	+
Norddeutsches Epilepsie-Zentrum	Raisdorf	<50	fg	2265	8,53	<1000	0,861	1	1	1:100%				0,0	0,0						nb	nb	nb
DRK Krankenhaus Mölln / Ratzeburg	Ratzeburg	<500	fg	2730	-1,03	<10000	0,915	9	29	5:18%	6:14%	8:13%	31	0,1	0,1						-	-	+
DRK Ropersberg Klinik	Ratzeburg	<50	fg	2344	6,49	<5000	1,982	1	3	8:30%	5:25%	1:23%	8	0,0	10,6						-	-	+
Krankenhaus Reinbek St.-Adolf-Stift	Reinbek	<500	fg	2643	0,38	<20000	1,006	9	29	5:20%	6:18%	8:10%	32	0,8	0,0						nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus Rendsburg	Rendsburg	<1000	ö	2596	1,19	<50000	0,861	6	27	11:16%	5:14%	6:13%	31	1,0	2,3	N					-	-	+
Martin-Luther-Krankenhaus Schleswig GmbH	Schleswig	<500	ö	2579	1,49	<20000	0,991	10	32	5:20%	6:16%	1:13%	33	2,2	0,2	N					nb	nb	nb
Krankenhaus Middelburg	Süsel	<50	fg	2510	2,84	<5000	2,292	2	3	1:32%	8:27%	5:18%	1	0,0	34,5						0	0	0
Curschmann-Klinik	Timmendorfer Strand	<50	p	2438	2,77	<1000	0,744	2	4	5:74%	18:8%	10:6%	4	0,0	0,0						--	--	--
Kreiskrankenhaus Föhr/Amrum	Wyk	<50	ö	3525	0,00	<1000	0,655	3	13	8:24%	5:15%	6:13%	26	0,2	0,0						+	+	+
Thüringen		438		2731	0,00		1,066	14	47	5:16%	8:15%	6:13%	36	2,3	1,2	1	13	0	2				
Kreiskrankenhaus Altenburg gGmbH	Altenburg	<500	ö	2679	0,72	<20000	0,931	9	26	5:20%	6:16%	1:13%	24	1,1	0,0						+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konn. in %	Case-mix	CMI	Leistungsdichte Basis-DiG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile in %			Besondere Leistungen			Abweichung Ist-Werte		
								25 %	50 %	4:16 %	8:15 %		4:16 %	8:15 %	O	ZE	SE	B	N	H	P
Robert-Koch-Krankenhaus	Apolda	<500	ö	2595	2,43	<10000	0,836	7	26	4:16 %	8:15 %	29	0,3	0,2	-	-	-	-	-	-	-
Imkrekliniken Arnstadt - Ilmenau	Arnstadt	<1000	ö	2747	-0,27	<20000	0,840	9	29	5:15 %	6:14 %	30	0,2	0,0	+	-	-	-	-	-	-
Mariensift Arnstadt Orthopädische Klinik	Arnstadt	<200	fg	2594	2,40	<5000	1,515	3	6	8:97 %	1:2 %	83	0,0	2,3	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Zentralklinik Bad Berka GmbH	Bad Berka	<1000	p	2798	-1,11	<50000	1,764	4	14	5:38 %	4:22 %	47	5,0	6,4	+	+	+	+	+	+	+
DRK-Mannische-Krankenhaus gGmbH Sömmerda, Bad Frankenhausen, Sondershausen	Bad Frankenhausen	<1000	fg	2691	0,66	<20000	0,929	9	29	6:19 %	5:18 %	28	0,7	0,0	+	+	+	+	+	+	+
Hüfeland-Krankenhaus-GmbH Bad Langensalza	Bad Langensalza	<500	ö	2610	2,02	<20000	0,969	10	32	8:19 %	5:19 %	37	1,3	0,0	+	-	-	-	-	-	-
Kreis-Krankenhaus gGmbH Bad Salzungen	Bad Salzungen	<1000	ö	2726	0,07	<20000	0,856	9	27	5:17 %	6:16 %	29	0,8	0,0	+	+	+	+	+	+	+
HELIOS Klinik Blankenhain	Blankenhain	<200	p	2807	-1,19	<10000	1,128	8	27	8:28 %	6:17 %	50	0,2	0,4	+	+	+	+	+	+	+
HELIOS Klinik Bleicherode	Bleicherode	<200	p	3649	-2,00	<5000	1,323	1	3	8:90 %	1:8 %	54	0,3	1,9	+	+	+	+	+	+	+
St. Georg Klinikum Eisenach	Eisenach	<1000	fg	2626	1,54	<20000	0,882	7	26	5:21 %	6:18 %	26	2,4	0,1	+	-	-	-	-	-	-
Wald-Krankenhaus „Rudolf Elle“ gGmbH Eisenberg	Eisenberg	<500	ö	2804	-1,15	<20000	1,296	3	15	8:63 %	6:12 %	58	0,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-
HELIOS Klinikum Erfurt	Erfurt	>1000	p	2789	-0,91	<50000	1,059	13	48	5:12 %	8:11 %	41	1,9	0,5	+	+	+	+	+	+	+
Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk	Erfurt	<500	fg	2496	4,42	<20000	0,939	9	32	6:19 %	5:19 %	35	1,5	0,0	+	+	+	+	+	+	+
Krankenhaus Waltershausen/Friedrichroda Betriebs-GmbH	Friedrichroda	<500	p	2631	1,16	<10000	0,830	9	27	5:17 %	6:15 %	30	0,6	0,4	+	-	-	-	-	-	-
Wald-Klinikum Gera gGmbH	Gera	>1000	p	2798	-1,03	<50000	1,136	13	40	5:12 %	8:11 %	39	2,6	0,6	+	+	+	+	+	+	+
HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf	Gotha	<500	p	2794	-0,99	<20000	0,854	8	31	8:17 %	5:15 %	33	0,3	0,1	+	+	+	+	+	+	+
Kreiskrankenhaus Greiz	Greiz	<500	ö	2748	-0,28	<20000	0,951	12	32	6:15 %	5:15 %	34	1,6	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Henneberg-Kliniken gGmbH Hildburghausen	Hildburghausen	<500	ö	2697	0,55	<10000	0,862	10	31	5:18 %	8:17 %	34	0,1	0,0	+	+	+	+	+	+	+
Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen	Hildburghausen	<500	p	2566	2,49	<5000	0,865	2	4	1:76 %	8:17 %		4,7	0,2	+	+	+	+	+	+	+
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	Jena	>1000	ö	2710	0,32	>50000	1,424	17	55	5:14 %	8:9 %	44	6,5	2,7	+	+	+	+	+	+	+
Eichsfeld Klinikum gGmbH Kleinbartloff	Kleinbartloff	<1000	fg	2799	-1,18	<20000	0,909	9	28	6:18 %	5:17 %	33	0,7	0,0	+	+	+	+	+	+	+
St. Elisabeth-Krankenhaus Lengenefeld unterm Stein	Lengenefeld unterm Stein	<50	fg	2470	4,90	<5000	1,939	1	2	8:46 %	1:29 %	2	0,0	3,7	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Klinikum Meiningen GmbH Meiningen	Meiningen	<1000	p	2606	2,47	<50000	1,196	11	35	8:17 %	5:14 %	41	3,2	0,6	+	+	+	+	+	+	+
Sozialwerk Meiningen GmbH Geriatriische Fachklinik Meiningen	Meiningen	<50	fg	2276	11,23	<5000	2,000	1	2	1:38 %	8:37 %		0,0	6,6	+	-	-	-	-	-	-

This page intentionally left blank

Der Krankenhaus-Report 2008/2009 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2008/2009 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 2008/2009 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im pdf-Format
- alle Tabellen im xls- und pdf-Format
- Krankenhaus-Directory 2007 mit erweiterten Informationen im xls- und pdf-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2000 bis 7/2008 mit Dokumenten zum Download ab 2004

Zusätzlich zum Buch im Internetportal:

- Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 16, 17 und 18
 - Kapitel 16: vier Tabellen
 - Kapitel 17: eine Tabelle
 - Kapitel 18: neun Tabellen
- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2007
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1997 bis 2007

Sollten Sie schon im Internetportal des Krankenhaus-Reports registriert sein, so müssen Sie nach dem Einloggen nur den Code für den Krankenhaus-Report 2008/2009 zusätzlich eingeben. Sie erhalten dann Zugang zu den Daten für 2007 und 2008/2009.

Informationen zum Krankenhaus-Report sind auch hier zu finden: <http://www.wido.de/khreport.html>.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Andreas Beivers
Institut für Gesundheitsökonomik (IfG),
Nixenweg 2b, 81739 München

Geboren 1979. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München mit den Schwerpunkten Entwicklungs- und Transformationsökonomie. Während des Studiums Tätigkeit als wissenschaftliche Hilfskraft am Lehrstuhl für Empirische Wirtschaftsforschung. Seit 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomik und Doktorand an der Universität der Bundeswehr München. Dozententätigkeit an der Akademie für Krankenhausmanagement und an der Fachhochschule Coburg (Management im Gesundheitswesen).



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.



Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH
Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen/Dpt. Health
Care Management – WHO Collaborating Centre for Health
Systems, Research and Management,
Technische Universität Berlin, H 80,
Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Geboren 1963. Lehrstuhlinhaber für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. 1999 Habilitation für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Assoziierter Leiter für Forschungspolitik des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und Leiter des Berliner Zentrums. Zahlreiche Ämter, u. a. seit 2006 Dekan der Fakultät VII „Wirtschaft und Management“ der TU Berlin sowie 2007–2008 Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich und das Spannungsfeld zwischen Markt und Regulation sowie Health Technology Assessment (HTA).



Uwe Deh
AOK Sachsen-Anhalt,
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg

Geboren 1966 in Ludwigslust. Betriebswirtschaftliches und gesundheitsökonomisches Studium an den Universitäten Göttingen und Magdeburg. 1995–1999 Tätigkeit für den VdAK/AEV in Mecklenburg-Vorpommern. Seit 1999 bei der AOK Sachsen-Anhalt, seit 2008 dort Vorstand.



Ralf Dralle
AOK Sachsen-Anhalt,
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg

Geboren 1971. Nach Ausbildung und Abschluss als Diplom-Verwaltungswirt in der Kämmerei des Kreises Mettmann und als nebenamtlicher Dozent für die Bereiche Kommunalrecht und öffentliche Finanzwirtschaft am Rheinischen Studieninstitut in Köln tätig. Nach dem Studium der Rechtswissenschaft Tätigkeiten am Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit der Universität Bonn, im Bereich Krankenhausmanagement der AOK Sachsen-Anhalt und als Richter in der Sozialgerichtsbarkeit in Gelsenkirchen und Duisburg. Seit April 2003 stellvertretender Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit und Medizin der AOK Sachsen-Anhalt. Seit 2008 Leitung des gleichnamigen Unternehmensbereichs, dem die Aufgabengebiete aus dem Vertrags-, Leistungs-, Versicherungs- und Beitragsbereich zugehören.



Prof. Dr. Christian Ernst
Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Ökonomik
und Management sozialer Dienstleistungen,
Fruwirthstraße 48, 70599 Stuttgart

Studium der Betriebswirtschaftslehre, Politik und Romanistik an der Universität Tübingen. Promotion und Habilitation am Lehrstuhl für Controlling (Prof. Dr. Ralf Ewert) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Lehr- und Forschungsaufenthalte u. a. an der Carnegie Mellon University Pittsburgh 1999 und University of Auckland, Neuseeland 2005. Seit August 2005 Inhaber des Lehrstuhls für Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen an der Universität Hohenheim. Arbeitsschwerpunkte: Controlling im Gesundheitswesen, Anreiz- und Vergütungssysteme, Dienstleistungsmanagement.



Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann
Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)
der Uniklinik Köln, Eupener Straße 129, 50933 Köln

Geboren 1975 in Münster. Ausbildung zur exam. Krankenschwester und Studium der Diplom-Psychologie in Düsseldorf. 2007 Promotion. Seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Medizinische Fakultät der Universität zu Köln. Seit 2007 Koordination der Geschäftsstelle des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Psychosoziale Onkologie, palliativmedizinische Versorgungsforschung, Akzeptanz von Gesundheitstechnologien.



Jörg Friedrich
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Sozialwissenschaften in Hannover. 1996–1999 Stabsstelle der Pflegedienstleitung des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzen. 1999–2002 Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation des AOK-Bundesverbandes. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Seit 2006 Leiter des Forschungsbereichs Krankenhaus.



Bettina Gerste
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1959. Studium der Soziologie und Ethnologie an der Universität Köln. Währenddessen Tätigkeit am Forschungsinstitut für Soziologie in Köln. Seit 1992 im Wissenschaftlichen Institut der AOK in verschiedenen Projekten tätig, seit 2006 im Bereich Integrierte Analysen.



Thomas Graf

**Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A, Zweigstelle Bonn,
Graurheindorfer Straße 198, 53117 Bonn**

Geboren 1967. Studium an der FH des Bundes in Köln. Seit 1990 beim Statistischen Bundesamt, dort bis 1996 im Bereich der Lohn-, Einkommens- und Körperschaftssteuerstatistik tätig. 1996–2002 in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, insbesondere Mitarbeit am Gesundheitsbericht für Deutschland und beim Aufbau des Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung. Seit 2002 in den Gesundheitsstatistiken im Bereich der Krankenhausstatistik und Todesursachenstatistik tätig. Schwerpunkte: methodische, inhaltliche und technische Weiterentwicklung der Statistiken.



Dr. med. Leonhard Hansen

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

Jahrgang 1950. Studium der Medizin in Würzburg. Praktischer Arzt in Alsdorf. Seit 1981 Vorsitzender des Kreisstellenvorstandes der Kreisstelle Aachen-Land der Ärztekammer Nordrhein. 1993 bis Ende 2004 Vorsitzender der Kreisstelle Aachen-Land der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. 2000 bis Ende 2004 stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Seit 1995 stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der Knappschaftsärzte. Seit 2000 Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.



PD Dr. med. Günther Heller

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

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.



Prof. Dr. Markus Herrmann
Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1961. Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Homöopathie und Suchtmedizin. Studium der Humanmedizin und Soziologie in Mainz, Marburg und Recife (Brasilien). 1989–1995 Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin. 1992–1994 Studium der Gesundheitswissenschaften/Public Health mit Abschluss MPH. 1996–1998 wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Medizinsoziologie der Universität Freiburg und Koordinierungsstelle Public Health. Seit 1999 niedergelassen in kassenärztlicher Praxis für Allgemeinmedizin in Berlin. 1999–2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Charité mit Lehrtätigkeit im Reformstudien-gang Medizin. Weitere wissenschaftliche Schwerpunkte: u. a. Lehrforschung, Versorgungsforschung, hausärztliche Risikokommunikation, Leitlinienentwicklung, Migration und Gesundheit. Seit April 2005 Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin zusammen mit Prof. Dr. T. Lichte an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



Christina Hochhuth
Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Ökonomik
und Management sozialer Dienstleistungen,
Fruwirthstraße 48, 70599 Stuttgart

Geboren 1977. Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Lehrstuhl für Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen (Prof. Dr. Ernst) an der Universität Hohenheim. Forschungsschwerpunkte: Dienstleistungsmanagement und Controlling.



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). 1992–1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WiDO, 1997–1998 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.



Dr. med. Andreas Klement
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Institut für Allgemeinmedizin, Magdeburger Str. 18,
06112 Halle

1989–1996 Studium der Humanmedizin in Berlin. Weiterbildung im Fach Chirurgie in Berlin und im Fach Allgemeinmedizin in Dresden. Seit 2005 Niederlassung in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Dresden. Seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg. Tätigkeitsschwerpunkte: Unterrichtsentwicklung, Lehrevaluation, Versorgungsforschung.



Prof. Dr. Ludwig Kuntz
Seminar für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
und Management im Gesundheitswesen,
Universität zu Köln, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln

Geboren 1964. Studium der Wirtschaftsmathematik an der Universität Karlsruhe. 1993–1995 Projektleiter im Dezernat für Informationsmanagement des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. 1995 Habilitation an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Karlsruhe. 1995–2002 Leiter für betriebswirtschaftliche Unternehmensplanung und Controlling im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 2002 Direktor des Seminars für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen an der Universität zu Köln.



Dr. rer. pol. Gregor Leclerque
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Rosenthaler
Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Volkswirtschaftslehre. 1997–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Verteilungs- und Sozialpolitik, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Promotion zum Thema „Arbeitnehmervertretungen in Japan“. 2003–2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt am Main. Seit Jahresbeginn 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Krankenhaus des WIdO.



Dr. Andreas Lehr
L et V Verlag, Luisenstraße 41, 10117 Berlin

Jahrgang 1965. Studium der Philosophie, Theologie und Erziehungswissenschaften. Gesundheitspolitischer Fachjournalist. Verleger der „highlights – Nachrichten und Analysen zur Gesundheitspolitik“ und des „forum für gesundheitspolitik“. Geschäftsführer L et V Verlag – Cross-media Internetplattform Gesundheitspolitik www.LetV-gesundheitspolitik.de, Gesundheitspolitische Informationsdatenbank „Observer“.



Prof. Dr. Thomas Lichte
Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1951. Arzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Psychotherapie und Rettungsmedizin. Studium der Humanmedizin an den Universitäten Heidelberg, Bonn, Göttingen und Hannover. 1978–1984 Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. 1984 Niederlassung in Landarztpraxis in Lauenbrück. 1990–2005 Mitglied in KV- und Ärzte-Kammergremien. 1995–2005 Lehrbeauftragter an der MH Hannover für Allgemeinmedizin. 1998–2003 Delegierter der KBV-Versammlung. Seit 1999 Gemeinschaftspraxis mit Dr. Bucklitsch. 2002–2005 Mitglied des Ärztekammervorstands Niedersachsen/ Dt. Ärztetag. Seit 2001 Vorstandsmitglied des Deutschen Senats für Ärztliche Fortbildung BÄK. Seit 2003 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM, Sektion Weiter- und Fortbildung. Seit April 2005 Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin zusammen mit Prof. Dr. M. Herrmann an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und an der Otto-Guericke-Universität Magdeburg.



PD Dr. rer. pol. Markus Lungen
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln
(AöR), 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.



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.



Christof Minartz
Institut für Gesundheitsökonomik (IfG),
Nixenweg 2b, 81739 München

Geboren 1978. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth mit den Schwerpunkten Finanzwissenschaft sowie Geld und Banken. Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomik und Doktorand an der Universität der Bundeswehr München. Dozententätigkeit an der Akademie für Krankenhausmanagement (AKM).



Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr, Institut für Volkswirtschafts-
lehre, 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. 1991–1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.



Dr. med. Oliver Ommen, MPH
Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)
der Uniklinik Köln, Eupener Straße 129, 50933 Köln

1997–2004 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln. 2006–2008 Studium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Nach dem Medizinstudium wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität zu Köln. Seit 2006 als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2007 als wissenschaftlicher Koordinator im Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln tätig. Forschungsschwerpunkte: u. a. formative und summative Evaluation neuer Versorgungsmodelle, Schnittstellen und Netzwerke im Gesundheitssystem, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Arzt-Patient-Kommunikation.



Prof. Dr. Holger Pfaff
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Sozialhygiene, Abteilung Medizinische Soziologie,
Uniklinik Köln, 50924 Köln

Jahrgang 1956. Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie. Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln, Uniklinik Köln. Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und Ann Arbor (USA). Seit 1997 Professor für Medizinische Soziologie am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Köln. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF). Forschungsgebiete: Versorgungsforschung (Arzt-Patient-Beziehung, Shared Decision Making, Kooperation und Kommunikation in der integrierten/vernetzten Versorgung, Evaluation, Methoden- und Kennzahlenentwicklung) sowie Arbeit und Gesundheit (Stress und Ressourcen in der Arbeitswelt, betriebliche Gesundheitsförderung, Kennzahlen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement). Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK).



Wolfgang Pföhler
Rhön-Klinikum AG,
Schlossplatz 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

1981–1997 Bürgermeister (Beigeordneter) für Jugend, Soziales und Gesundheit in Mannheim. 1997–2005 Geschäftsführer Klinikum Mannheim gmbH. Seit Juli 2005 Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG. Seit November 2006 Aufsichtsratsvorsitzender der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH. Seit 1996 Präsident bzw. Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft.



Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, MPH
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
(ISHME), Otto-von-Guericke-Universität,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1950. Studium der Medizin in Hannover und der öffentlichen Gesundheitspflege in Jerusalem. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Köln. Habilitation für Epidemiologie und Sozialmedizin. Seit 1992 Institutsdirektor in Magdeburg.



Dr. med. Matthias Schäg
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1959. Facharzt für Anästhesie, Notfallmedizin, Qualitätsmanagement; Gesundheitsökonom (ebs). Seit August 2007 Leiter des Medizincontrollings am Universitätsklinikum Magdeburg. Ärztlicher Geschäftsführer im MVZ des Universitätsklinikums. Zuvor Leiter des Medizincontrollings und stellvertretender Leiter des Qualitätsmanagements am Universitätsklinikum in Marburg. Erfahrungen mit klinischen Pfaden, sektorübergreifenden Projekten zur Integrierten Versorgung und mit dem Aufbau von MVZ-Strukturen. Besondere Interessen: Organisationsentwicklung und Change Management in Unternehmen im Gesundheitswesen, sektorübergreifende Versorgungsstrategien.



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. 2002–2003 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bereich Bedarfsplanung. Seit 2003 Mitarbeiter im Statistischen Bundesamt, seit 2005 Leiter des Referats Gesundheitsstatistiken.



Dr. rer. pol. Henner Schellschmidt

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1962. Studium der Volkswirtschaftslehre, Soziologie und Politologie in Kiel und Köln. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Köln und Bielefeld. Wiss. Geschäftsführer des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health. 1999–2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK; ab Ende 2000 dort Forschungsbereichsleiter Krankenhaus/Betriebliche Gesundheitsförderung. Seit 2006 Geschäftsbereichsleiter Zentrale Dienste im AOK-Bundesverband.



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. 1986–88 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.



Dr. Petra Steffen

**Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin
und Sozialhygiene, Abteilung Medizinische Soziologie,
Uniklinik Köln, 50924 Köln**

Geboren 1972. Studium der Sozialwissenschaften mit Nebenfächern Medienwissenschaften und Psychologie in Düsseldorf. 2007 Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln. Seit 2003 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Medizinische Soziologie bei Prof. Dr. Pfaff. Arbeitsschwerpunkte: Befragungen im Gesundheitswesen, wissenschaftliche Evaluation der Brustzentrumsbildung.



Dr. Jutta Visarius

L et V Verlag, Luisenstraße 41, 10117 Berlin

Jahrgang 1954. Studium der Philosophie, Sinologie, Germanistik und Soziologie. Tätigkeiten in Forschung, Industrie, öffentlichem Dienst und Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Fachjournalistin. Heute Verlegerin der „highlights – Nachrichten und Analysen zur Gesundheitspolitik“ und des „forum für gesundheitspolitik“. Geschäftsführerin L et V Verlag – Crossmedia Internetplattform Gesundheitspolitik www.LetV-gesundheitspolitik.de, Gesundheitspolitische Informationsdatenbank „Observer“.



Arndt Winterer

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Nordrhein-Westfalen, Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf**

Geboren 1960 in Düsseldorf. Studium in München und Bochum. Dipl.-Ökonom. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Münster und Bochum, Schwerpunkt Öffentliche Haushalte. 1992 volkswirtschaftliche Abteilung der Landeszentralbank Nordrhein-Westfalen. 1994 wissenschaftlicher Mitarbeiter der SPD-Landtagsfraktion NRW. Seit 1998 im Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen, zunächst als Leiter des Ministerbüros, dann als Leiter der Politischen Planung durchgängig auch mit Fragen der Krankenhauspolitik befasst. Seit 2005 in der Gesundheitsabteilung zuständig für wirtschaftliche Fragen des Gesundheitswesens (u. a. Krankenhausfinanzierung) und Maßregelvollzug. Seit 2007 als Gruppenleiter darüber hinaus zuständig für Krankenhausinvestitionsfinanzierung, -bau und -entgeltsysteme sowie Gesundheitswirtschaft.



Michael Wittland

**Seminar für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und
Management im Gesundheitswesen, Universität zu Köln,
Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln**

Geboren 1981. Studium der Betriebswirtschaftslehre in Bielefeld und Kopenhagen. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Seminar für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen (Prof. Dr. L. Kuntz) an der Universität zu Köln.



Markus Wörz

**Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen/ Dpt. Health
Care Management – WHO Collaborating Centre for Health
Systems, Research and Management, Technische Universität
Berlin, H 80, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin**

Geboren 1970. 1991–1998 Studium der Politikwissenschaft und Soziologie in Tübingen, Edinburgh und Konstanz. 1992–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. Seit 2007 zudem wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin.

This page intentionally left blank

Index

A

Accident & Emergency 56
Ambulante Operationen 49–50, 52–54,
56, 58, 242, 266, 318
Ambulantisierung 58
Ambulatorien 55–56, 58
Arbeitszeit(richtlinie) 205, 211, 215,
219, 222
Ausbildungsstätten 245, 257, 269,
310

B

Balanced Scorecard (BSC) 129–130,
135–136, 138–142
Basisfallwert 208, 223, 229–230, 238,
240, 360–361
Bundesamt für Bauwesen und Raum-
ordnung (BBR) 158, 160, 170,
173, 180
Bedarfsplanung 72, 156
Behandlungsqualität 4, 6–7, 11–12,
18, 96, 109, 118, 134
Beitragsentlastungsgesetz 338
Belegkrankenhäuser 13
Benchmarking 129
Bereitschaftsdienst 222
Bettenauslastung 145, 242–243, 249,
251, 267, 348–349
Bewertungsrelationen 147, 236, 363–
364
Breast Care Nurse 111
Brustzentrum 17, 21–22, 24, 28, 30,
69, 94, 101–114, 120
Budgetentwicklung 66, 230, 234–235
Budgetkonvergenz 237, 359–360,
367–368
Bundesärzteordnung 37
Bundesbasisfallwert 203, 207–209,
217–218, 220

Bundesministerium für Gesundheit
(BMG) 56, 63, 70, 318
Bundespfllegesatzverordnung (BPflV)
64, 147, 264–265

C

Capital Asset Pricing Model (CAPM)
133
Casemix 235–236, 361, 363–364,
366–369
Casemix-Index (CMI) 364, 367–369

D

Darmzentren 23, 27, 90
Daseinsvorsorge 66–67, 156
Datenaustausch 116, 213
Demographische Alterung 75, 77
Deutscher Pflegerat 210, 314
Diagnosestatistik 275–276, 280, 306,
310, 337–338, 348–349
Doppelte Facharztschiene 58
Doppeluntersuchungen 13
DRG-System 64, 69, 91, 143, 223
DRGs 3–4, 62, 65, 73, 129–133, 139,
141, 152, 162, 209, 211, 220, 224,
229, 231, 234, 236–237, 364, 366–
368
Durchschnittliche Verweildauer 242–
243, 249, 257, 265, 277, 282, 285,
297, 328, 339, 349

E

Effizienzgewinne 93, 95
Einweisungs- und Entlassungsmanage-
ment 80
Einzelförderung 144–147, 151–152

Einzugsgebiet 12, 179
 Elektiv(e Leistungen) 155, 158, 162,
 164–166, 168, 172, 178, 180
 Elektronische Gesundheitskarte 210–
 214, 217–219, 225
 Elektronische Patientenakte (EPA)
 115, 117, 122
 Entlassungsmanagement 80
 Ermächtigte Krankenhausärzte 36
 Erreichbarkeit 12, 81, 85, 156, 158,
 180, 199
 European Society of Mastology
 (EUSOMA) 102–103, 113
 Exzellenzzentren 11

F

Facharztzentren 13
 Fallpauschalen-Katalog 224
 Fetale Mangelernährung 187
 Finanzierungsreform 203
 Fixkosten(degression) 5, 131
 Freigemeinnützige Krankenhäuser 23,
 251, 260, 269, 341

G

Gatekeeper 51, 57
 Gefäßzentrum 125
 Gemeinschaftspraxen 36
 General Practitioner (GP) 56–57
 Geokodierung 159–160
 Geriatrische Rehabilitation 77
 German Diagnosis Related Groups
 (G-DRGs) 129
 Gesunde Neugeborene 243, 264, 276
 Gesundheitsberufe 211, 214, 216, 245
 Gesundheitsfonds 204, 207, 213, 216–
 217, 221
 Gesundheitsministerkonferenz 78,
 143, 154, 206–208, 210, 212
 Gesundheitsreformgesetz (GRG) 50
 Gesundheitstelematik 209
 GKV-OrgWG 204–205

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
 (GKV-WSG) 203, 205, 209
 Großgeräte 243, 252, 340, 344
 Gruppenpraxis 85

H

Hausärztliche Versorgung 75, 77, 81
 Hausarztmangel 81
 Herzzentren 90
 Hochleistungsmedizin 14, 116, 126
 Hochschulambulanzen 83

I

ICD-10 GM 165, 315
 Institut für das Entgeltsystem im Kran-
 kenhaus (InEK) 131–133, 138,
 141, 224, 310, 314, 367
 Institut für Qualität und Wirtschaftlich-
 keit im Gesundheitswesen
 (IQWiG) 157, 159–161, 180, 185,
 197, 199
 Integrierte Versorgung 9, 47, 212
 Interdisziplinarität 4, 27, 93, 102
 International Association for Ambula-
 tory Surgery (IAAS) 54, 59
 Interne Budgetierung 129, 142
 Investitionsfinanzierung 203–204,
 206–208, 217–218
 Investitionsförderung 143–144, 149–
 150, 153, 208

K

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
 18, 63–64, 70–71, 73, 147, 159,
 179, 235–236, 265, 307, 309–310,
 359, 361, 367–368
 Krankenhausfinanzierungsgesetz
 (KHG) 63–64, 67–71, 144–145,
 147, 149–150, 159, 223, 240, 251,
 310

Krankenhausgestaltungsgesetz
(KHGG) NRW 144–145, 147–148,
150–152, 154
Klinikauswahl 6, 157
Kommunikationstechnologien 64, 116–
117
Kompetenzzentren 14, 18, 115–116,
119, 124
Konfidenzintervalle 106, 186, 197
Konsilnetze 119
Konvergenzgewinner/-verlierer 229–
230, 362–363
Konvergenz(phase) 137, 180, 203,
208, 220, 223, 229–240, 360–362
Kostenträgerrechnung 129–133, 137–
142
Krankenhausbeteiligung 35–36, 42–47
Krankenhausbudget 229, 231, 236,
240, 361
Krankenhausdiagnosestatistik 242,
275–276, 283, 291, 307, 318, 349
Krankeinweisung 80, 156
Krankenhausplanung 12, 26–27, 61,
66–73, 86, 100, 143, 147, 170, 173,
179–180, 203, 223
Krankenhauschiedsstellen 68
Krankenhausschließungen 3
Krankenhausstatistik 241–242, 245–
246, 252–254, 257, 260, 264–266,
275, 282, 286, 306–311, 314, 318,
327, 337–338, 344, 348
Krankenhaussträger 144, 219, 251, 260,
266
Krankenhauswahl 155–157, 173, 176,
178–179, 221
Krebszentren 117
Kurzlieger 277, 282, 312

L

Landesbasisfallwert (LBFW) 206,
208, 229–238, 240, 360–361
Leistungserbringer 4, 9, 36, 50, 75, 77,
80, 83, 85, 97, 157, 161–163, 166,
168, 176–177, 179, 184, 195, 217–
218, 240

Leistungsnetze 115
Leistungsplanung 69, 83, 86
Leistungsspektrum 22, 33, 65, 68–69,
137, 266, 348, 364
Leistungsverdichtung 220
Leitlinien 80, 102–103, 212

M

Major Diagnostic Category (MDC)
364, 366, 369
Maximalversorgung 23, 90, 115–116,
133, 140
Medizinisch-technische Großgeräte
252, 344
Medizinische Kompetenzzentren 22
Medizinische Zentren 3, 5, 7, 9–12,
90, 99
Medizinisches Versorgungszentrum
(MVZ) 9, 13, 35–38, 41–47, 79–
83, 85
Mindestmengen(vereinbarung) 7, 14,
62, 65, 102–103, 157, 160, 163,
180–181, 183, 185, 190, 194–195,
198–199, 224
Mobile Praxisassistentin (MoPra) 82
Monistik 143, 147, 153, 203–204, 207,
210, 217–218
Morbidityorientierter Risikostruktur-
ausgleich 207, 221
Mortalität 6, 101, 113, 186, 195, 197
Multimorbide Patienten 75
Multimorbidität 85, 316

N

Nachstationäre Behandlungen 265
National Health Service (NHS) 56–57,
59
Notfallleistungen 155, 164, 166, 168,
172–173, 179, 199
Notfallversorgung 52, 56–57, 70, 152,
156, 223

O

Öffentliche Krankenhäuser 23, 85, 96, 115, 142, 156, 163, 203–204, 251–252, 260, 269, 341, 360
 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 65, 164, 307, 318, 320–322, 335

P

Partitionen 366–367, 369
 Patientenklassifikationssystem 306
 Patientenmobilität 179–180
 Patientenorientierung 88, 90, 96, 98
 Patientenperspektive 101, 109
 Patientenpfade 75, 80
 Patientenrechte 209
 Patientenwege 155, 157–160, 162, 164, 166–168, 170, 178–179, 199
 Pauschale Krankenhausförderung; Verordnung über die (PauschKHFVO) 145, 147–149
 Pay-for-Performance 184
 Perinatalzentren 23–25, 28, 195
 Personalkennzahl 260, 262
 Personalkostenausgleich 203
 Pflegepersonal 95, 104, 204, 206–212
 Pflegeverbände 210
 Portfolioanalyse 129
 Potenziell vermeidbare Todesfälle 186, 190, 197–198
 Präventionsgesetz 204
 Primärärzte 75
 Primärversorgung 52, 77–79, 85
 Prozesskostenrechnung 130, 133–134, 137–138, 141
 Prozessoptimierung 7, 88, 139
 Prozessorientierung 7–8, 89, 96–98, 133–134
 Psychosoziale Interaktionsqualität 101, 104, 106, 108–113
 Public-Health 188

Q

Qualitätsbericht 17–120, 27, 33, 157, 179, 180, 221, 225
 Qualitätsindikatoren 221, 225
 Qualitätssicherung 19, 62, 64–66, 75, 83, 91, 104, 184, 199, 221, 224–225
 Qualitätszirkel 80

R

Rechtsform 35–37, 42, 46, 242, 252
 Restrukturierung 3, 98
 Risikostrukturausgleich (RSA) 77, 205, 207, 213, 216, 221

S

Sanierungsbeitrag 203, 207, 210–212
 Schwerpunktversorgung 65, 115–116, 156
 Sektorenüberbrückung 87–88, 91–92
 Sektorübergreifend(e Netzwerke) 3–4, 9–10, 75, 83, 91
 Selbstkostendeckungsprinzip 71
 Selbstverwaltung 72, 209, 212, 218–219, 223–224
 Selektive Verträge 203–204, 206–207, 209
 Servicezentren 90
 Sicherstellungsauftrag 62
 Skaleneffekte 3–5, 87–88, 93
 Sonstige Entgelte 234, 236–237, 368
 Sozialversicherungsträger 50
 Spezialisierung 3–7, 11–14, 62, 66, 87–88, 92–93, 95, 99–103, 116, 129–130, 137, 155, 158
 Spitalsambulanzen 55–56
 Standardisiertes Mortalitäts-Ratio (SMRs) 185–186, 188, 197
 Statistisches Bundesamt 241, 275, 309–310, 338
 Strategic Management Accounting 133
 Stundenfälle 276, 282–283, 311–312
 Subspezialisierungen 83

SWOT-Analyse 130, 137
 Synergiepotenzial 13

T

Target Costing 133
 Tarifpolitik 212, 215, 219, 221–222, 224
 Tarifsteigerungen 204, 206–210, 220, 235
 Technische Regelungen 203
 Teilkostenrechnung 132
 Telematik 12, 212–214, 217–219, 225
 Telemedizin 118
 Todesursachenstatistik 283
 Trägerschaft 17–18, 20, 23, 32–33, 36, 42–46, 85, 96, 99, 245, 251, 269, 341, 344, 359–360, 363
 Transaktionskosten 3–4, 7–8, 11
 Transplantationszentrum 14, 22, 94
 Tumortherapiezentren 90

U

Überkapazitäten 3, 62, 137, 143, 145, 210
 Übersterblichkeit 186, 188
 Understaffing 198
 Universitätskliniken 11, 23, 33, 75, 78, 83, 87–100, 116, 125–126, 251–252, 269
 Unterversorgung 75, 78, 80

V

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) 9, 13, 78, 85
 Varianzschätzung 197
 Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) 82
 Versorgungsauftrag 65, 68–69, 156
 Versorgungsdichte 78, 172
 Versorgungsnetze 117, 119
 Versorgungsplanung 195–196, 198

Versorgungsqualität 80, 85, 101, 103–104, 109–110, 112–113, 184
 Versorgungssteuerung 188, 196, 199
 Versorgungszentren 4–5, 9, 12–13, 17, 20, 35–37, 41–42, 47, 53, 57–58, 78, 85, 115, 125–126
 Versorgungszentrierung 3–4, 9, 11–12
 Verweildauer 84, 134–135, 138, 142, 156, 215, 243, 257, 265, 267, 275, 277, 282, 284–285, 297, 299, 321, 327, 349–350
 Verweildauerverkürzungen 135
 VLBWs 183–199
 Vollkostenrechnung 131–132
 Volume-Outcome-Analyse 196, 198
 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 36, 241–242, 276, 337–350, 356
 Vorstationäre Behandlungen 265

W

Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 338
 Wanderungsbereitschaft 75, 83, 179
 Web-EPA 117–119
 Wettbewerbsfähigkeit 3, 13, 222, 252
 Wiederbeschaffungspauschale 144–150
 Wirtschaftlichkeit 10–12, 88, 91, 157, 180, 184, 197, 199, 252
 Wirtschaftlichkeitsgebot 62
 Wohnortnächstes Krankenhaus 167–168, 170, 173, 176–178

Z

Zentralisierung 4, 12, 102
 Zentrenbildung 5, 7, 9–10, 17–18, 20, 32–33, 61–62, 65–73, 87–91, 93–98, 100, 130, 179–180
 Zentrenlandschaft 17–18, 32–33
 Zentrierte Versorgung(sformen) 3, 75
 Zentrierung 4–5, 7–8, 11–14
 Zertifizierungsverfahren 103–104
 Zusatzentgelte 70, 234, 236–237, 240, 367–369

Spezialisierte Versorgungszentren versprechen verbesserte Behandlungsqualität, Effizienz, Wettbewerbsfähigkeit und Patientenorientierung. Sie stellen aber auch neue Anforderungen an das Klinikmanagement und die professionelle Zusammenarbeit der Akteure. Von besonderem Interesse sind dabei Zentren, die nicht nur bloße Größenvorteile nutzen, sondern bei denen die Zentrenbildung mit Veränderungen der Versorgungsformen und -inhalte einhergeht. Die Wahrnehmung dieser gestalterischen Möglichkeiten erlaubt den Krankenhäusern nicht nur eine Konzentration auf ihre jeweiligen fachlichen Stärken – sie gewinnen möglicherweise einen neuen Stellenwert im Gesundheitssystem.

Mit dem **Schwerpunktthema »Versorgungszentren«** widmet sich der Krankenhaus-Report 2008/2009 dem aktuellen Stand der Zentrenbildung und diskutiert deren Möglichkeiten und Perspektiven:

- Ziele und Optionen der Zentrenbildung
- Zentrenbildung und Krankenhausplanung
- empirische Analysen der Versorgungszentren in Deutschland
- ausländische Erfahrungen mit ambulanten Krankenhausleistungen
- Zentrenbildung und demographische Entwicklung
- Zentrenbildung in der Praxis

Weitere interessante Themen werden **zur Diskussion** gestellt:

- betriebswirtschaftliche Steuerungselemente in Zeiten der G-DRGs
- neue Wege der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen
- räumliche Mobilität der Patienten bei Krankenhausleistungen
- Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen am Beispiel sehr untergewichtiger Neugeborener

Der Datenteil umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes für Krankenhäuser und für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzt werden diese Daten durch das **Krankenhaus-Directory** und die bewährte **krankenhauspolitische Chronik**.

Im **Internetportal** zum Krankenhaus-Report finden sich alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000 mit Dokumenten zum Herunterladen ab 2004.

ISBN 978-3-7945-2646-8

