

Klauber
Geraedts
Friedrich

2010

Krankenhaus-Report

Schwerpunkt:
Krankenhausversorgung
in der Krise?

mit Online-Zugang



Schattauer

Zugang zum Internetportal des »**Krankenhaus-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 521)

... 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: **KHR2010-6361-5D4Faa**

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich

Krankenhaus- Report 2010

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2010

Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?

Herausgegeben von
Jürgen Klauber, Max Geraedts und Jörg Friedrich

Editorial Board

Gerhard Brenner

Saskia Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn

Rolf Hoberg

Jörg-Dietrich Hoppe

Hans-Helmut König

Karl Lauterbach

Michael Monka

Günter Neubauer

Dieter Paffrath

Bernt-Peter Robra

Barbara Schmidt-Rettig

Rüdiger Strehl

Axel Wiest

Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Boris Augurzky

Sabine Bartholomeyczik

Andreas Beivers

Ute Bölt

Annette Busley

Reinhard Busse

Jörg Friedrich

Jürgen Fritze

Alexander Geissler

Max Geraedts

Thomas Graf

Günther Heller

Alexander Karmann

Jürgen Klauber

Sebastian Krolop

Wulf-Dietrich Leber

Gregor Leclerque

Andreas Lehr

Markus Lungen

Jürgen Malzahn

Günter Neubauer

Walter Popp

Thomas Rath

Jörg Reschke

Bernt-Peter Robra

Torsten Schelhase

Christoph M. Schmidt

Olaf Schoffer

Jutta Spindler

Jutta Visarius

Christian Wehner

Andreas Werblow

Johannes Wolff

Markus Wörz

Mit 112 Abbildungen und 100 Tabellen



Schattauer

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

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

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

© 2010 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 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, Steinerner Furt 95, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2726-7

Vorwort

Die Frage nach der angemessenen Finanzierung, Vorhaltung und Verteilung von Krankenhausleistungen ist zwar nicht neu, aber hochaktuell. Gerade durch die Diskussionen über die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens nach Ende der DRG-Einführung hat sie nicht nur an Schärfe gewonnen, sondern wurde auch öffentlichkeitswirksamer geführt als in den Jahren zuvor. Dabei sind in der öffentlichen Auseinandersetzung die krisenhaften Aspekte sehr deutlich in den Vordergrund gerückt worden, wie zum Beispiel die Namensgebung des Aktionsbündnisses „Rettung der Krankenhäuser“ zeigt.

Vor diesem Hintergrund haben wir für den vorliegenden Krankenhaus-Report 2010 das Schwerpunktthema „Krankenhausversorgung in der Krise?“ gewählt, um mit einer differenzierten Analyse der Situation im stationären Sektor zu einer Versachlichung der Thematik beizutragen. Wie steht es aktuell um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und über welche Effizienzreserven verfügen sie? Welche Erfolgsfaktoren helfen Krankenhäusern, sich an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen und Produktivitätsfortschritte zu erzielen? Wie stellt sich die Lage der Investitionsfinanzierung dar? Wie sind die Versorgungskapazitäten im Krankenhaus im internationalen Vergleich zu bewerten und wie steht es um den Personalbestand?

In Ergänzung der Schwerpunktbeiträge widmet sich der diesjährige Report weiteren aktuellen Themen, wie etwa den Potenzialen für eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser, den Anforderungen an das anstehende einheitliche Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, der Beschäftigungssituation des Pflegepersonals im Krankenhaus, Hygienefehlern im Krankenhaus sowie Methoden und Ergebnissen der Messung von Ergebnisqualität anhand von Routinedaten.

Wie in jedem Jahr liefern die Autoren des Statistischen Bundesamts und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) einen umfassenden Blick auf die aktuellen Entwicklungen der Leistungs-, Struktur-, Kosten- und Budgetdaten stationärer Leistungserbringer. Die Krankenhauspolitische Chronik rundet das Bild ab und zeichnet alle für den stationären Sektor wichtigen Entwicklungen des vergangenen Jahres nach.

Neben den Konstanten sind für den Krankenhaus-Report 2010 auch Veränderungen zu vermelden, handelt es sich doch um die erste Ausgabe mit einem neuen Herausgaberteam. Und so möchten wir zunächst großen Dank an Bernt-Peter Robra richten, der den Krankenhaus-Report nicht nur mit hohem Engagement über sechs Ausgaben begleitet hat, sondern die Reihe auch auf einem Niveau gehalten hat, an dem wir uns werden messen lassen müssen. Besonderer Dank gilt an dieser Stelle auch Henner Schellschmidt, der den Krankenhaus-Report seit dem Jahr 2000 gleichermaßen innovativ als Mitherausgeber gestaltet hat. Wir freuen uns, dass beide als Mitglieder des Editorial Boards dem Krankenhaus-Report auch in Zukunft eng verbunden bleiben.

Unser Dank gilt darüber hinaus 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.

Nicht zuletzt bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, insbesondere bei Susanne Sollmann und Gregor Leclerque für die kompetente redaktionelle Betreuung des Werks und bei Ulla Mielke für ihr engagiertes Wirken bei der Erstellung von Graphiken, Tabellen und Internetauftritt.

Berlin und Witten, im Oktober 2009

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich

Inhalt

Teil I Schwerpunktthema: Versorgungszentren

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen | 3 |
| | Günter Neubauer und Andreas Beivers | |
| 1.1 | Ausgangssituation – Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser unter schwierigen Rahmenbedingungen | 4 |
| 1.2 | Suboptimale Strukturierung der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich | 6 |
| 1.3 | Defizite als Folge des ordnungspolitischen Rahmens? | 7 |
| 1.3.1 | Defizitäre Investitionskostenfinanzierung | 8 |
| 1.3.2 | Sektoralisierte Vergütung und Versorgung | 8 |
| 1.4 | Ausblick: Bieten die aktuellen Reformgesetze Ansätze zur Defizitüberwindung? | 9 |
| 1.5 | Literatur | 11 |
| 2 | Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser | 13 |
| | Boris Augurzky, Sebastian Krolop und Christoph M. Schmidt | |
| 2.1 | Einleitung | 13 |
| 2.2 | Erlöse und Kosten | 14 |
| 2.2.1 | Status quo | 14 |
| 2.2.2 | Projektionen | 15 |
| 2.3 | Datengrundlage und Methodik. | 17 |
| 2.4 | Die wirtschaftliche Lage | 18 |
| 2.4.1 | Status quo | 18 |
| 2.4.2 | Projektionen | 20 |
| 2.5 | Fazit | 22 |
| 2.6 | Literatur | 23 |
| 3 | Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich | 25 |
| | Alexander Geissler, Markus Wörz und Reinhard Busse | |
| 3.1 | Einleitung | 25 |
| 3.2 | Indikatoren für Überkapazitäten | 26 |
| 3.3 | Krankenhauskapazitäten und deren Entwicklung im OECD-Vergleich | 28 |
| 3.3.1 | Bettendichte und -nutzung | 28 |
| 3.3.2 | Fallbezogene Krankenhausaufgaben | 32 |
| 3.3.3 | Personaleinsatz. | 34 |
| 3.4 | Schlussfolgerungen und Diskussion | 37 |
| 3.5 | Literatur | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung | 41 |
| | Andreas Werblow, Alexander Karmann und Bernt-Peter Robra | |
| 4.1 | Einleitung – Problemstellung | 43 |
| 4.2 | Methoden | 43 |
| 4.3 | Hypothesen | 45 |
| 4.4 | Datengrundlage und Vorabberechnungen | 47 |
| 4.4.1 | Datengrundlage | 47 |
| 4.4.2 | Vorabberechnungen | 47 |
| 4.4.3 | Deskriptive Statistiken und Datenbereinigung | 49 |
| 4.5 | Ergebnisse | 51 |
| 4.5.1 | Effizienzscores allgemeiner Krankenhäuser | 51 |
| 4.5.2 | Determinanten der Effizienz | 56 |
| 4.6 | Sensitivitätsanalysen | 62 |
| 4.6.1 | Regression mit VRS-Scores | 62 |
| 4.6.2 | Effizienzanalyse ohne Schweregradgewichtung der Fälle | 63 |
| 4.6.3 | Veränderung bei der Input- und Output-Wahl | 64 |
| 4.7 | Diskussion und Ausblick | 64 |
| 4.8 | Anhang | 65 |
| 4.9 | Literatur | 69 |
| 5 | Entwicklung des Personalbestandes in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002–2007 | 71 |
| | Andreas Werblow und Olaf Schoffer | |
| 5.1 | Einleitung – Problemstellung | 72 |
| 5.2 | Datenbasis und -bereinigung | 73 |
| 5.3 | Allgemeine Entwicklung | 74 |
| 5.3.1 | Ärztliches Personal | 76 |
| 5.3.2 | Nichtärztliches Personal | 78 |
| 5.3.3 | Relation ärztliches zu nichtärztlichem Personal | 78 |
| 5.3.4 | Entwicklung der Relation der Personal- zu den Sachkosten | 80 |
| 5.3.5 | Indikatoren der Ressourcenauslastung | 83 |
| 5.4 | Multivariate Analyse | 85 |
| 5.4.1 | Modell der Arbeitsnachfrage in Krankenhäusern | 86 |
| 5.4.2 | Deskriptive Statistiken des Samples | 88 |
| 5.4.3 | Ergebnisse | 90 |
| 5.5 | Zusammenfassung | 94 |
| 5.6 | Literatur | 95 |
| 6 | Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl | 97 |
| | Max Geraedts | |
| 6.1 | Einleitung | 98 |
| 6.2 | Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhausanzahl | 98 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6.3 | Erreichbarkeit von Krankenhäusern | 99 |
| 6.4 | Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl | 100 |
| 6.5 | Effekte staatlicher Interventionen auf die Krankenhausstruktur – Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen | 103 |
| 6.5.1 | Hintergrund | 103 |
| 6.5.2 | Methodik | 104 |
| 6.5.3 | Ergebnisse | 104 |
| 6.6 | Fazit | 105 |
| 6.7 | Literatur | 105 |
| 7 | Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf | 107 |
| | Jürgen Malzahn und Christian Wehner | |
| 7.1 | Einleitung | 107 |
| 7.2 | Rückblick auf die Krankenhausfinanzierung | 108 |
| 7.2.1 | Entstehung und Entwicklung der dualen Krankenhausfinanzierung . | 108 |
| 7.2.2 | Rückgang der Fördermittel und Einschränkung der Planungs- kompetenz der Bundesländer | 110 |
| 7.3 | Systematik der Krankenhausinvestitionskostenförderung | 113 |
| 7.3.1 | Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser | 113 |
| 7.3.2 | Ansätze zur Ermittlung der notwendigen Höhe der Investitions- förderung | 116 |
| 7.3.3 | Bewertung der Investitionsförderung | 117 |
| 7.4 | Einflussfaktoren auf die Investitionsvolumina der Krankenhäuser . . | 118 |
| 7.4.1 | Investitionskostenförderung nach dem Krankenhausfinanzierungs- reformgesetz (KHRG) | 118 |
| 7.4.2 | Investitionen im Rahmen des Konjunkturpakets II | 119 |
| 7.4.3 | Auswirkungen des Gesundheitsfonds | 121 |
| 7.5 | Fazit und Reformbedarf | 122 |
| 7.6 | Literatur | 123 |
| 8 | Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen | 127 |
| | Jörg Friedrich, Wulf-Dietrich Leber und Johannes Wolff | |
| 8.1 | Einleitung | 127 |
| 8.2 | Basisfallwerte – die Preisbasis in DRG-Systemen | 130 |
| 8.3 | Price-Cap-Regulation der Basisfallwerte | 131 |
| 8.4 | Z-Bax – die DRG-Preisentwicklung im Zeitverlauf | 134 |
| 8.5 | Produktivitätsorientierte Basisfallwertentwicklung | 142 |
| 8.6 | Fazit | 146 |
| 8.7 | Literatur | 146 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 9 | Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette | 149 |
| | Jörg Reschke | |
| 9.1 | Einführung in den Krankenhausmarkt | 149 |
| 9.2 | Private Krankenhausträger als wirtschaftlich führende Unternehmen | 152 |
| 9.3 | Vorteile der privaten Krankenhäuser gegenüber den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern | 153 |
| 9.4 | Krankenhauspotenziale erschließen und nutzen | 155 |
| 9.4.1 | Einfluss durch transparente Qualität | 157 |
| 9.4.2 | Zeit ist Geld | 158 |
| 9.4.3 | MVZ als weitere Strategie der Markterschließung | 159 |
| 9.5 | Zusammenfassung | 161 |
| 9.6 | Literatur | 161 |

Teil II Zur Diskussion

| | | |
|-----------|---|-----|
| 10 | Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? Eine empirische Abschätzung | 167 |
| | Markus Lungen und Thomas Rath | |
| 10.1 | Hintergrund | 168 |
| 10.2 | Methode | 169 |
| 10.3 | Ergebnisse | 170 |
| 10.3.1 | Auswertung der stationären Daten: Wie viele onkologische Fälle aus dem Krankenhaus könnten ambulant behandelt werden? | 170 |
| 10.3.2 | Auswertung der ambulanten Daten: Wie viele Fälle aus dem ambulanten Sektor könnten am Krankenhaus ambulant behandelt werden? | 173 |
| 10.3.3 | Abschätzung des gesamten ambulanten Potenzials | 174 |
| 10.4 | Diskussion | 176 |
| 10.5 | Anhang | 177 |
| 10.6 | Literatur | 178 |
| 11 | Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen | 181 |
| | Jürgen Fritze | |
| 11.1 | Gesetzlicher Auftrag | 182 |
| 11.2 | Zweck des Beitrags | 183 |
| 11.3 | Bisheriges Entgeltsystem für psychische Krankheiten | 183 |
| 11.4 | Behandlungsbereiche der Psych-PV als Patienten- klassifikationssystem | 191 |
| 11.5 | ICD- und OPS-Basierung der Systementwicklung | 198 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 11.6 | Kalkulationsverfahren | 205 |
| 11.7 | Begleitforschung | 206 |
| 11.8 | Fazit | 207 |
| 12 | Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen | 209 |
| | Sabine Bartholomeyczik | |
| 12.1 | Entwicklung der Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser | 209 |
| 12.2 | DRG und Pflege | 211 |
| 12.3 | Die Problematik der PPR als Maß für den Pflegebedarf | 213 |
| 12.4 | Soll-Vorstellungen zu Aufgaben Pflegenden im Krankenhaus | 215 |
| 12.5 | Entwicklungen von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen. | 217 |
| 12.6 | Personalausstattung des Pflegedienstes und Versorgungsqualität . . . | 218 |
| 12.7 | Perspektive | 219 |
| 12.8 | Literatur | 220 |
| 13 | Hygienefehler im Krankenhaus | 223 |
| | Annette Busley und Walter Popp | |
| 13.1 | Einleitung | 223 |
| 13.2 | Rechtsvorgaben und ihre Umsetzung. | 224 |
| 13.3 | Ursachen für Hygieneprobleme in Krankenhäusern | 226 |
| 13.4 | Hightech-Medizin und Hygieneprobleme | 228 |
| 13.5 | Nosokomiale Infektionen (NI). | 229 |
| 13.6 | Hygieneprobleme in Krankenhäusern: Hinweise aus Routinedaten . | 231 |
| 13.7 | Ausblick und Forderungen. | 235 |
| 13.8 | Literatur | 236 |
| 14 | Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung | 239 |
| | Günther Heller | |
| 14.1 | Einführung – die Entwicklung von QSR | 239 |
| 14.2 | Das Prävalenz-Fallzahl-Problem bei der Messung von Ergebnisqualität. | 240 |
| 14.3 | Qualitätsindizes zur Beurteilung der Ergebnisqualität. | 248 |
| 14.4 | Weiterentwicklung der Qualitätssicherung mit Routinedaten | 251 |
| 14.4.1 | Weiterentwicklung der Qualitätsindizes | 251 |
| 14.4.2 | Statistische Analyseverfahren | 251 |
| 14.4.3 | Weitere Tracer und sektorenübergreifende Qualitätssicherung | 252 |
| 14.5 | Fazit | 252 |
| 14.6 | Literatur | 253 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 15 | Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung | 255 |
| | Günther Heller | |
| 15.1 | Einführung | 256 |
| 15.2 | Material und Methoden | 256 |
| 15.3 | Ergebnisse | 257 |
| 15.4 | Diskussion | 266 |
| 15.5 | Zusammenfassung | 270 |
| 15.6 | Literatur | 270 |

Teil III Krankenhauspolitische Chronik

| | | |
|-----------|--|------------|
| 16 | Krankenhauspolitische Chronik | 275 |
| | Jutta Visarius und Andreas Lehr | |

Teil IV Daten und Analysen

| | | |
|-----------|---|------------|
| 17 | Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz | 305 |
| | Gregor Leclerque und Jörg Friedrich | |
| 17.1 | Einführung | 306 |
| 17.2 | Auswirkung der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets | 307 |
| 17.2.1 | Gewinner und Verlierer | 307 |
| 17.2.2 | Abstand zum LBFW | 308 |
| 17.2.3 | Annäherung an den LBFW | 310 |
| 17.3 | Allgemeine Budgetentwicklung | 310 |
| 17.3.1 | Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten | 310 |
| 17.3.2 | Budgetverteilung | 313 |
| 17.3.3 | Ausgleiche für Vorjahre | 315 |
| 17.4 | Entwicklung der Basisfallwerte | 316 |
| 17.5 | Fazit | 317 |
| 17.6 | Literatur | 318 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 18 | Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2007 | 319 |
| | Ute Bölt | |

| | | |
|--------|--|-----|
| 18.1 | Vorbemerkung | 319 |
| 18.2 | Kennzahlen der Krankenhäuser | 321 |
| 18.3 | Die Ressourcen der Krankenhäuser | 323 |
| 18.3.1 | Sachliche Ausstattung | 323 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 18.3.2 | Angebot nach Fachabteilungen | 330 |
| 18.3.3 | Personal der Krankenhäuser | 337 |
| 18.4 | Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen | 341 |
| 18.4.1 | Vollstationäre Behandlungen | 341 |
| 18.4.2 | Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen | 342 |
| 18.4.3 | Ambulante Operationen | 343 |
| 18.5 | Psychiatrische Krankenhäuser | 344 |
| 18.6 | Kosten der Krankenhäuser | 345 |
| 19 | Statistische Krankenhausdaten: | |
| | Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2007 | 353 |
| | Torsten Schelhase | |
| 19.1 | Vorbemerkung | 353 |
| 19.2 | Kennzahlen der Krankenhauspatienten | 354 |
| 19.3 | Strukturdaten der Krankenhauspatienten | 358 |
| 19.3.1 | Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten | 359 |
| 19.3.2 | Verweildauer der Patienten | 360 |
| 19.3.3 | Regionale Verteilung der Patienten | 362 |
| 19.4 | Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten | 364 |
| 19.4.1 | Diagnosen der Patienten | 367 |
| 19.4.2 | Diagnosen nach Alter und Geschlecht | 370 |
| 19.4.3 | Verweildauer bei bestimmten Diagnosen | 375 |
| 19.4.4 | Regionale Verteilung der Diagnosen | 377 |
| 19.5 | Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2007 | 378 |
| 19.6 | Ausblick | 385 |
| 20 | Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik | |
| | Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis | |
| | der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz | 387 |
| | Jutta Spindler | |
| 20.1 | Vorbemerkung | 388 |
| 20.2 | Erläuterungen zur Datenbasis | 389 |
| 20.3 | Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten | 390 |
| 20.4 | Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten | 393 |
| 20.5 | Operationen und medizinische Prozeduren | 398 |
| 20.6 | Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen | 406 |
| 20.7 | Fallzahlen und Erlöse nach DRGs | 413 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 21 | Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007 | 417 |
| | Thomas Graf | |
| 21.1 | Vorbemerkung | 417 |
| 21.2 | Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. | 418 |
| 21.3 | Das Angebot von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | 420 |
| 21.3.1 | Sachliche Ausstattung | 420 |
| 21.3.2 | Personelle Ausstattung | 425 |
| 21.3.3 | Fachlich-medizinische Ausstattung | 427 |
| 21.4 | Die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | 427 |
| 21.4.1 | Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten). | 429 |
| 21.4.2 | Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten | 429 |

Teil V Krankenhaus-Directory

| | | |
|-----------|---|-----|
| 22 | Krankenhaus-Directory 2008 | |
| | DRG-Krankenhäuser im vierten Jahr der Budgetkonvergenz | 439 |
| | Der Krankenhaus-Report 2010 im Internet | 521 |
| | Autorenverzeichnis | 523 |
| | Index | 537 |

Einführung

Gregor Leclerque und Jürgen Klauber

Die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Den Krankenhäusern wurde ohne Frage durch das DRG-System eine Anpassungsleistung abverlangt, andere Faktoren, wie die rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder, sind belastend hinzu gekommen. In der öffentlichen Diskussion werden dabei oftmals die krisenhaften Aspekte betont, sodass man den Eindruck gewinnen könnte, die Krankenhauslandschaft insgesamt befinde sich in einer Zwickmühle zwischen Kostenexplosion und steigender Belastung infolge der demographischen Entwicklung. Auch in der Politik stößt diese Stimmung auf Widerhall. So beinhaltet beispielsweise das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ein Sonderprogramm für die Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen und der Tarifierhöhung der Jahre 2008 und 2009.

Es stellt sich die Frage, ob tatsächlich eine Krise des gesamten Sektors vorliegt oder ob – aufgrund des Wirkens von Interessengruppen, aus politischen Gründen oder aufgrund des Neuigkeitswertes in der Berichterstattung – Teilprobleme zu einer Generalkrise extrapoliert werden. So steht die berichtete Krisenhaftigkeit in auffälligem Kontrast zur ausgeweiteten Tätigkeit privater, gewinnorientierter Klinikbetreiber, die sich erfolgreich in diesem Markt bewegen und weiterhin akquirieren, auch wenn möglicherweise spezifische Rahmenbedingungen das gute Abschneiden privater Krankenhausketten begünstigen.

Die Diskussion, wie kritisch sich die Marktentwicklung tatsächlich darstellt, an welchen Stellen externe Einflüsse entscheidend sind und wie weit die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser selbst reichen, ist also differenzierter zu führen. Der vorliegende Krankenhaus-Reports 2010 soll im Rahmen des Schwerpunktthemas dazu einen Beitrag leisten.

Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?

Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen

Die Einführung der G-DRGs hat den Wettbewerb im stationären Bereich beflügelt. Tatsächlich haben die deutschen Krankenhäuser, betrachtet man die vergangenen fünfzehn Jahre, ihre Effizienz erheblich steigern können. Diese Erfolgsgeschichte relativiert sich jedoch bei einem Blick auf andere europäische Länder. Nimmt man diese als Vergleichsmaßstab, so lässt sich ein gehöriges, noch nicht ausgeschöpftes Potenzial zur Effizienzsteigerung erkennen. Stationsersetzende Leistungen greifen international deutlich stärker. In der Tat ist der Krankenhausmarkt in Deutschland noch immer streng reguliert. Es bestehen schwierige Rahmenbedingungen mit der Investitions- und Kapazitätsplanung der Länder und der strikten Trennung von ambulanten und stationärem Vergütungssystem. Wettbewerbliche Öffnungen bleiben aus, obwohl genügend Ansatzpunkte zu einer Steigerung des Wettbewerbs existieren. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat hier keinen wirklich neuen ordnungspolitischen Rahmen geschaffen. *(Beitrag Neubauer/Beivers)*

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Gemessen an der Ausfallwahrscheinlichkeit (probability of default, PD), also der Wahrscheinlichkeit, den Zahlungsverpflichtungen in Zukunft nicht nachkommen zu können, befindet sich die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser im „grünen Bereich“: ihr Insolvenzrisiko innerhalb eines Jahres liegt unter 1 %. Der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr liegt nach einem Anstieg 2008 im Jahr 2009 – bedingt durch die zusätzlichen Mittel des KHRG und des Konjunkturpaketes II – wieder ähnlich hoch wie in den Jahren 2006/2007.

Aufbauend auf der Beurteilung der gegenwärtigen Situation zeigt eine Modellrechnung, dass sich bis 2020 der Anteil der Krankenhäuser im „roten Bereich“ – das heißt mit einem Insolvenzrisiko von mehr als 2,6 % innerhalb eines Jahres – verdoppeln könnte, sofern keine geeigneten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Freilich steht zu erwarten, dass die Krankenhäuser dieser Entwicklung nicht tatenlos zusehen werden, haben sie doch bereits in der Vergangenheit Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung ergriffen. Zudem ist bei dieser Projektion nicht berücksichtigt, dass eine Marktberreinigung durchaus einen stabilisierenden Effekt auf die im Markt verbleibenden Häuser haben würde.

Als Problemlagen identifiziert der Beitrag die rückläufigen Investitionsmittel der Ländern und den nicht ausreichenden Wettbewerb im Bereich der Betriebskosten. Die Verantwortung für die Investitionstätigkeit sollte bei den Unternehmen und nicht bei der Politik liegen, ein Wettbewerb um Preise und Leistungen sollte in Form selektiven Kontrahierens ermöglicht werden. (*Beitrag Augurzky/Krolop/Schmidt*)

Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich

Ein wichtiges Ziel der G-DRG-Einführung war der Abbau von Überkapazitäten im stationären Bereich. Die Frage nach den Kapazitäten wird dabei häufig mit der vorgehaltenen Bettenzahl beantwortet. Hier liegt Deutschland im internationalen Vergleich auf einem Spitzenplatz. Tatsächlich liefert der Indikator „Bettenzahl“, wenngleich er aus praktikablen Gründen nahe liegt, nur ein unscharfes Bild der notwendigen Kapazitätsausstattung und muss in Verbindung mit der Fallzahl im stationären Bereich, der Verweildauer sowie der Personalausstattung gesehen werden. Unter Rückgriff auf Daten der OECD lässt sich ein Vergleich zwischen Industrienationen ziehen, wobei auffällt, dass die mitunter deutlich niedrigeren Bettenzahlen anderer Länder oftmals mit einem gänzlich anderen Stellenwert der Erbringung ambulanter Leistungen – gerade auch im Krankenhaus – einhergehen. Der trotz hohen Anfangsbestandes nur langsam vorstattengehende Bettenabbau in Deutschland kann daher nicht uneingeschränkt als Beweis für eine zu hohe Kapazitätsausstattung angesehen werden. Einem zügigeren Abbau steht die nach wie vor strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Bereich entgegen. Rationalisierungspotenziale sehen die Autoren darin, die stationären Fälle durch mehr ambulante Leistungserbringung zu reduzieren und im Bereich der Personalstruktur das Verhältnis von qualifizierten Pflegekräften zu Ärzten zu erhöhen. (*Beitrag Geissler/Wörz/Busse*)

Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung

Es stellt sich die Frage, wie sich die ordnungspolitischen Veränderungen der vergangenen Jahre auf die Effizienz der Krankenhäuser ausgewirkt haben. Und welche

Rolle spielten dabei die bisherigen Schritte zur Stärkung des Wettbewerbs? Tatsächlich lässt sich eine Effizienzsteigerung ausmachen, die zeitgleich mit der Einführung der G-DRGs verläuft. Dennoch bestehen nach wie vor ungehobene Effizienzpotenziale in einer Größenordnung von zwei bis vier Milliarden Euro. Dabei haben Krankenhäuser in privater Trägerschaft stärkere Effizienzgewinne realisieren können als öffentliche oder freigemeinnützige Häuser, wie aus der durchgeführten Effizienzfrontanalyse (DEA) hervorgeht. Nach wie vor finden sich bei den erreichten Effizienzwerten Unterschiede zwischen den Bundesländern, wenn auch auf deutlich höherem Niveau als vor der DRG-Einführung. (*Beitrag Werblow/Karmann/Robra*)

Entwicklung des Personalbestandes in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002 bis 2007

In den Jahren 2002 bis 2007 hat sich der Personalbestand der Krankenhäuser verringert. Die deskriptive Analyse unter Berücksichtigung von Vollkräfteäquivalenten (VKÄ) zeigt eine unterschiedliche Entwicklung für die Personalgruppen: Während die Zahl der Ärzte gestiegen ist, haben das pflegerische und das sonstige nichtärztliche Personal abgenommen, letzteres vor allem aufgrund von Ausgliederungen.

Die Verschiebung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal muss vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Leistungsgeschehens gesehen werden. Der Rückgang an Fällen im Betrachtungszeitraum wurde einerseits durch einen Anstieg der durchschnittlichen Fallschwere – abgebildet durch den Casemix-Index (CMI) – leicht überkompensiert. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer jedoch deutlich zurückgegangen, was zu einer starken Abnahme der Zahl an Pflegetagen geführt hat.

Auf der Basis multivariater Modellierungen unter Berücksichtigung möglicher erklärender Variablen argumentieren die Autoren, dass die These einer sinkenden Beschäftigtenzahl im Pflegebereich nicht bestätigt werden kann. Vielmehr zeigen sich in allen Personalkategorien positive durchschnittliche Wachstumsraten, lediglich bei den privaten Trägern zeigt sich im Pflegebereich keine Steigerung, aber zumindest eine konstante Entwicklung. Zu beachten ist dabei, dass auch die Veränderungen bei der zu versorgenden Fallschwere in diese Modellierungen eingeflossen sind. (*Beitrag Werblow/Schoffer*)

Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl

Die Frage nach der optimalen Zahl der Krankenhäuser im Land bewegt sich im Spannungsfeld zwischen der Sicherstellung einer hochwertigen flächendeckenden medizinischen Versorgung und dem Abbau bestehender Überkapazitäten. Während die im Sozialstaatsprinzip begründete Sicherstellung der Versorgung eine unverrückbare untere Grenze setzt, weist Deutschland gleichzeitig im europäischen Vergleich eine deutlich überdurchschnittliche Zahl an Krankenhausbetten in Relation zur Bevölkerung auf, wobei zwischen den Regionen jedoch große Unterschiede bestehen.

Wie viele Krankenhäuser künftig zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig sind, ist von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren abhängig. Insbesondere neue Versorgungsformen, welche die Notwendigkeit einer stationären Versorgung reduzieren, ohne die Qualität der Versorgung negativ zu beeinflussen, sowie die konkrete Umsetzung der staatlichen Krankenhausplanung, machen die

Frage nach der optimalen Zahl der Krankenhäuser zu einer Gleichung mit vielen – allerdings gestaltbaren – Variablen. (*Beitrag Geraedts*)

Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf

Es ist allgemein bekannt, dass die Länder ihren Verpflichtungen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung nicht gerecht werden. Die seitens der Länder bereitgestellten Mittel sind im Bundesdurchschnitt kontinuierlich gesunken. Das Ergebnis ist ein massiver Investitionsstau infolge einer strukturellen Unterfinanzierung. Analysen zeigen, dass zum einen erhebliche Mittel in Investitionen fließen, die nicht aus KHG-Fördermitteln, sondern vor allem aus Pflegesätzen und Vergütungen von den Krankenkassen stammen. Zum anderen aber werden die als angemessen betrachteten Investitionsquoten nicht erreicht, sodass zugleich auf Produktivitätsgewinne verzichtet wird, die sich allerdings einer Bezifferung verschließen.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und dem Konjunkturpaket II sind zusätzliche Finanzmittel für den Krankenhausbereich bereitgestellt worden, die faktisch auch den Investitionsmöglichkeiten zugute kommen. Allerdings stellen diese Maßnahmen diskretionäre Finanzierungsspritzen dar. Für eine nachhaltige Entwicklung des Krankenhausesektors ist die zeitnahe Klarstellung erforderlich, wie die notwendigen Krankenhausinvestitionen dauerhaft finanziert werden sollen. (*Beitrag Malzahn/Wehner*)

Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen

Der Beitrag analysiert die reale Preisentwicklung im Krankenhausmarkt seit der Einführung der DRGs auf der Basis eines vorgestellten empirischen Instrumentariums (Z-Bax), beleuchtet aber vor allem das Steuerungsmodell auf der Makroebene, das von den Autoren als Price-Cap-Regulation beschrieben wird. Die Ex-ante-Festlegung einer Preisgrenze bietet danach Planungssicherheit, setzt Anreize für die Realisierung von Produktivitätsfortschritten und ermöglicht grundsätzlich auch, damit zugestandene Gewinne zu erzielen. Dabei zeigt sich allerdings in der bisherigen Praxis, dass nicht streng prospektiv verhandelt wird, wie für die gewollte Anreizwirkung erforderlich.

Die zukünftige Fortschreibung des Vergütungsniveaus auf der Ebene der Landesbasisfallwerte wird nicht konfliktfrei laufen. Bisher hat der Gesetzgeber mit dem KHRG lediglich die Berücksichtigung der Kostenseite relativ dezidiert geregelt, offen ist, wie die produktivitätsorientierte Fortschreibung der Basisfallwerte erfolgen soll. Zwar lässt die rückblickende Analyse deutliche Produktivitätsfortschritte erkennen, die methodische Debatte darüber, wie sie zu berücksichtigen sind, steht jedoch noch am Anfang. (*Beitrag Friedrich/Leber/Wolff*)

Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette

Als Wirtschaftsunternehmen besitzen Krankenhäuser verschiedene Strategien ihre Erfolgsaussichten am Markt zu vergrößern. Zu nennen sind hierbei insbesondere die Straffung und Optimierung von Verfahrensprozessen, die Schaffung und Kommunikation von Qualitätsvorteilen sowie das Angebot eines umfassenden, sektorübergreifenden Versorgungsangebots, beispielsweise durch die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Im Grunde genommen stehen diese Strate-

gien allen Krankenhäusern zur Verfügung, unabhängig von der Trägerschaft. Dies lässt sich auch daran erkennen, dass sowohl Kliniken in privater als auch solche in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft hohe Wirtschaftlichkeit erreichen können. Kliniken in privater Trägerschaft besitzen jedoch Vorteile bei der Investitionsfinanzierung, da ihnen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern deutlich mehr Möglichkeiten zur Aufnahme von Fremdkapital zur Verfügung stehen. Infolge der hierdurch möglichen rascheren Durchführung von Investitionsvorhaben ist eine bessere Anpassung an das Marktgeschehen möglich, die nicht nur der aktuellen Nachfrage nach Krankenhausleistungen Genüge tut, sondern darüber hinaus Kosten durch Produktivitätsfortschritte spart. (*Beitrag Reschke*)

Zur Diskussion

Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? Eine empirische Abschätzung.

Mit dem 2007 verabschiedeten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden den Krankenhäusern Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung eingeräumt, die deutlich über die bisherigen Regelungen hinausgingen. § 116b SGB V sieht die Öffnung von Krankenhäusern für ambulant erbrachte Hochspezialleistungen vor, die die onkologischen Behandlungen umfassen. Auf dieser Grundlage kann abgeschätzt werden, wie viele onkologische Fälle gegebenenfalls ambulant durch Krankenhäuser erbracht werden könnten. Beschränkt man die derzeit im Krankenhaus behandelten Fälle auf teilstationäre sowie solche mit einer Verweildauer von maximal zwei Tagen, so ergibt sich ein Potenzial von knapp 550 000 Fällen. Dies entspräche einem Anteil von mehr als einem Drittel an allen im Krankenhaus erbrachten onkologischen Fällen. Hinzu kommen die circa 3,8 Mio. derzeit ambulant erbrachten Quartalsfälle mit onkologischen Diagnosen. Auch diese eignen sich grundsätzlich für eine Behandlung im Krankenhaus, sodass sich das Gesamtpotenzial für die ambulante onkologische Versorgung im Krankenhaus auf deutlich mehr als vier Millionen Fälle beläuft. Inwieweit diese Möglichkeiten von Krankenhäusern, Patienten und einweisenden Ärzten genutzt werden, ist derzeit noch offen. Sollte dies in großem Umfang der Fall sein, wird eine Neuordnung des Budget- und Abrechnungssystems zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern unumgänglich sein. (*Beitrag Längen/Rath*)

Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) schreibt bis 2013 die Entwicklung eines einheitlichen Entgeltsystems von Tagespauschalen für voll- und teilstationäre Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vor. Dabei folgen die bisherigen gesetzlichen Vorgaben in formaler Hinsicht dem Vorbild des G-DRG-Systems für den somatischen Bereich. Idealtypischerweise sollten hierbei als Grundlage in sich homogene Patientengruppen gebildet werden. Dies setzt eine Kategorisierung anhand von trennscharfen Unterscheidungsmerkmalen voraus, die Patientengruppen mit unterschiedlichem und in sich möglichst homogenem Ressourcenverbrauch liefern. Die Ausgangslage ist jedoch durch hohe Varianz der Diagnosespektren, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauern und Pflegesätze zwischen Bundesländern und vermutlich auch Einrichtungen gekennzeichnet.

Auf dieser Grundlage ein leistungsgerechtes, über die institutionellen Grenzen hinweg anwendbares einheitliches Vergütungssystem zu entwickeln, stellt eine große Herausforderung dar. (*Beitrag Fritze*)

Zur Pflege im Krankenhaus – Ist-Situation und Sollvorstellungen

Die Beschäftigungssituation in der Pflege hat sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Auch wenn rechnerisch der Rückgang des Pflegepersonals mit einem entsprechenden Rückgang des zu erbringenden Arbeitszeitvolumens einhergeht, bedingt durch starke Verweildauerverkürzung bei zuletzt steigenden Fallzahlen, bleibt die Frage nach der qualitativen Veränderung im Anforderungsprofil an die Pflege. So reduziert sich der Aufenthalt stärker auf die pflegeintensive Phase, spezifische Pflegeaufgaben zur Förderung von Selbständigkeit und Krankheitsbewältigung rücken stärker in den Mittelpunkt. Der vergleichsweise kurze Verbleib von Krankenhauspflegekräften im Beruf kann als ein Indiz für die hohe Arbeitsbelastung gewertet werden. Allerdings fehlt es bisher im Unterschied zu Nordamerika an geeigneten Studien, die belegen, wie sich die bestehende Personalausstattung auf die Qualität der Patientenversorgung auswirkt. (*Beitrag Bartholomeyczik*)

Hygienefehler im Krankenhaus

Wenngleich nosokomiale, also im Krankenhaus entstandene Infektionen nicht meldepflichtig sind und daher keine gesicherten Daten vorliegen, so lässt sich doch in Deutschland eine Größenordnung von bis zu 800 000 Fällen pro Jahr annehmen. Nicht alle diese Fälle sind vermeidbar; dennoch offenbart ein Blick auf die Arbeitspraxis im Krankenhaus zahlreiche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Hygiene. Diese werden u. a. gesehen in einer besseren Ausstattung mit Hygienefachpersonal, in der Beachtung geeigneter baulicher Vorschriften, der Qualitätskontrolle bei der Aufbereitung von Medizinprodukten oder der Schaffung ausreichender Schutzmaßnahmen beim Umgang mit multiresistenten Erregern. Zwar sind diese Maßnahmen zum Teil mit zusätzlichen Kosten verbunden, dem stehen jedoch auf der anderen Seite erhebliche Einsparmöglichkeiten gegenüber, denkt man an die Folgekosten von rd. einem Drittel der Infektionen, die als vermeidbar gelten – vom vermeidbaren Leid der Patienten ganz zu schweigen. Externe Qualitätskontrolle ist erforderlich. In diesem Zusammenhang kann im Rahmen dieses Beitrages auch gezeigt werden, dass sich Verdachtsmomente auf Hygienemängel auch aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ermitteln lassen. (*Beitrag Busley/Popp*)

Qualitätssicherung mit Routinedaten – aktueller Stand und weitere Entwicklungen

Der Ausweis valider Qualitätsinformationen ist zunächst einmal für die Patienten von zentraler Bedeutung und kann ein wesentliches Kriterium bei der Krankenhauswahl darstellen. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser selbst im Rahmen des internen Qualitätsmanagements auf diese Informationen angewiesen und gemeinsam mit den Krankenkassen als Vertragspartnern können sie sich bei selektivvertraglichen Regelungen auf Qualitätsaspekte stützen. Das Projekt Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) stellt einen anerkannt innovativen Ansatz dar, bietet es doch Messung von Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des Follow-up, der Patientenkarriere nach Verlassen des Krankenhauses, und verfolgt grundsätzlich eine sektorübergreifende Perspektive. Der vorliegende Beitrag beleuchtet den Stand des

Projektes, vorgesehene Weiterentwicklungen und geht insbesondere auf methodische Fragen ein.

Geringe Prävalenzen in Kombination mit geringen Fallzahlen stellen ein Problem für alle Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität dar. Für dieses Problem wird eine Lösung durch die Konstruktion von Qualitäts-Indizes vorgeschlagen und deren Implementierung in QSR dargestellt. (*Beitrag Heller Kap. 14*)

Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Qualität der Krankenhausversorgung ist bereits häufig thematisiert worden. Wissenschaftliche Untersuchungen haben dabei jedoch in der Regel den Untersuchungsgegenstand im Rahmen der Operationalisierung stark eingeschränkt. Auf der Basis von AOK-Abrechnungsdaten ist es jedoch möglich, eine Analyse des gesamten Versorgungsspektrums hinsichtlich des Einflusses der Trägerschaft sowie weiterer Strukturmerkmale auf die Versorgungsqualität vorzunehmen. Hierbei ergeben sich Hinweise auf eine reduzierte Mortalitätsrate bei privater Trägerschaft, wenn die Kliniken bereits 2003 privatisiert waren. Deutlicher zeigt sich ein die Mortalität reduzierender Effekt der Klinikgröße in Operationalisierung über die Bettenzahl, wobei die individuellen Komorbiditäten der Krankenhausfälle im Analysemodell berücksichtigt wurden. (*Beitrag Heller Kap. 15*)

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Wie in jedem Jahr beinhaltet der Krankenhaus-Report auch in der diesjährigen Ausgabe die Krankenhauspolitische Chronik. Sie verzeichnet alle wichtigen Ereignisse im stationären Sektor seit dem Erscheinen des letzten Krankenhaus-Reports. Die vollständige Chronik seit 2000 ist darüber hinaus über das Internet-Portal zum Krankenhaus-Report verfügbar.

Im Teil „Daten und Analysen“ findet sich auch in diesem Jahr eine Darstellung der Budgetentwicklung der Krankenhäuser im Rahmen des Konvergenzprozesses über drei Jahre (*Beitrag Leclerque/Friedrich*).

Im Weiteren enthält dieser Teil die bewährten Beiträge des Statistischen Bundesamtes, die zentrale Entwicklungen im Krankenhausbereich aufbereiten. Im Einzelnen sind dies umfassende Darstellungen zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser (*Beitrag Bölt*), den Diagnosedaten der Krankenhauspatienten (*Beitrag Schelhase*), den Diagnosen und Prozeduren auf Grundlage der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (*Beitrag Spindler*) sowie den Grund- und Diagnosedaten im Bereich der Rehabilitation (*Beitrag Graf*).

Schließlich verzeichnet das Krankenhaus-Directory Angaben zu Strukturen, Leistungsmengen und Preisen für rund 1 600 Krankenhäuser auf der Grundlage von Ergebnissen aus den Budgetverhandlungen.

This page intentionally left blank

Teil I Schwerpunktthema:

Versorgungszentren

(Kapitel 1–9)

This page intentionally left blank

Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen

Günter Neubauer und Andreas Beivers

Abstract

Die deutschen Krankenhäuser haben in den letzten fünfzehn Jahren ihre Effizienz erheblich gesteigert. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenvorgaben. Der Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt jedoch, dass die deutsche Krankenhausversorgung nur eine relative Optimierung aufweist. So werden in unseren europäischen Nachbarländern wesentlich weniger Patienten vollstationär – und mit einer kürzeren Verweildauer – behandelt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass viele Leistungen stationsersetzend erbracht werden. Um diese Effizienzvorteile auch in Deutschland zu generieren, müssen jedoch die schwierigen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Investitions- und Kapazitätsplanung der Bundesländer, aber auch die strikte Trennung des stationären und ambulanten Vergütungssystems, angepasst und reformiert werden. Wie ein Blick auf die letzten Reformgesetze der Bundesregierung zeigt, sind dies nur kleine Schritte, die keinen wirklich neuen ordnungspolitischen Rahmen schaffen, der es den Krankenhäuser ermöglichen würde, sich an die veränderten Wettbewerbsbedingungen anzupassen.

Over the last 15 years, German hospitals have considerably enhanced their efficiency against the background of a difficult regulatory framework. Since the early 1990s, structural changes caused a certain “economising” of the health care system, e. g. a growing market concentration in the hospital sector. In this connection, the DRG system which was introduced step by step from 2000 onwards acts as accelerator. A comparison with other countries, however, reveals that Germany’s hospital care was optimised only relatively. In Germany’s neighbouring countries, there are a lot less inpatients whose stay at the clinics is shorter because many services are rendered in the ambulatory sector. In order to generate these efficiency benefits in Germany, the difficult parameters, such as the federal states’ investment and capacity planning or the strict separation between the inpatient and outpatient sector, must be adjusted and reformed. In this context, the most recent health care reforms are but small steps and did not really install a new regulatory framework which would allow hospitals to adjust to changed market conditions.

1.1 Ausgangssituation – Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser unter schwierigen Rahmenbedingungen

Im Bereich der Krankenhausversorgung ist ein erheblicher Strukturwandel zu beobachten, der in den letzten Jahren in raschen Effizienzsteigerungen deutscher Krankenhäuser sichtbar wird. Der erwähnte Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. (vgl. Augurzyk et al. 2009). Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator und führt zu drastischen Veränderungen. Deutliche Anzeichen dafür sind die sich häufenden Meldungen über den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber oder gar die Schließung von Krankenhausstandorten.

In allen Industriestaaten stehen Krankenhäuser unter Kostendruck. So steigen einerseits die medizinisch-technischen Möglichkeiten und Ansprüche der Gesellschaft sprunghaft an (vgl. Schaeffer 2006), andererseits wachsen die Finanzierungsgrundlagen nicht dementsprechend mit (vgl. Neubauer, Neubauer 2007). Deshalb leiden auch die deutschen Krankenhäuser unter einem spürbaren Kostendruck. Auf der einen Seite steigen ihre Personal- und Sachkosten jährlich an, auf der anderen Seite sind aber die Ausgaben durch das Wachstum der Grundlohnsumme gedeckelt, die mit wesentlich geringerer Dynamik anwächst als die Kosten.¹ Daraus ergibt sich eine Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser, die so genannte Deckungslücke.

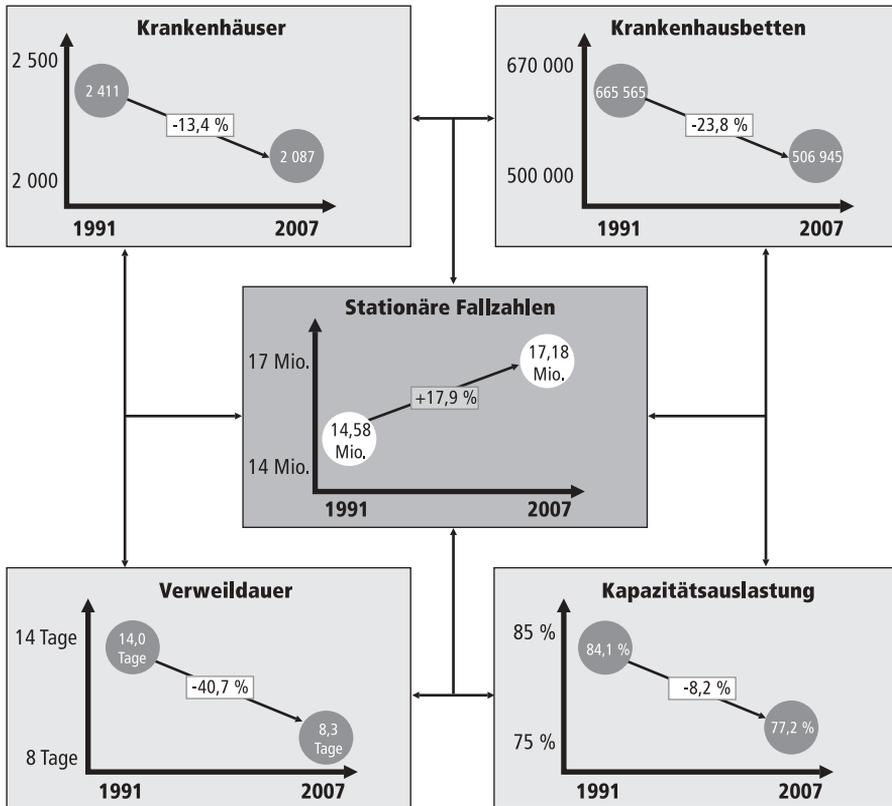
Erschwerend kommt hinzu, dass der Krankenhausbereich hoch reguliert ist, wobei der Staat insbesondere seit 1972 durch die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das Angebot und die Investitionen der Krankenhäuser lenkt (vgl. Kies 1998).

Um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung mit stationären Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten, haben die Bundesländer die Hoheit, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in einem so genannten Landeskrankenhausplan auszuweisen. Die spezifischen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser werden somit durch die Krankenhausplanungsbehörden festgelegt. Durch den Versorgungsauftrag werden Leistungsumfang und Leistungsinhalt geplant und insoweit determiniert, als die einzelnen Plankrankenhäuser die Kapazitäten vorzuhalten haben, die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderlich sind (vgl. Bruckenberger et al. 2005).

¹ Nach § 71 SGB V dürfen die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, und somit auch die der Krankenhausversorgung, maximal mit der Entwicklung der Grundlohnsumme ansteigen. Jedoch sieht das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Ablösung der Grundlohnsummendeckelung vor. Demzufolge soll nun gemäß §10 KHRG das Statistische Bundesamt zur „Ermittlung eines Orientierungswerts für Krankenhäuser“ beauftragt werden, der die Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen besser als die Grundlohnsummenveränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Werts ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; dieser Orientierungswert soll dann die Grundlohnsummenwachstumsrate ablösen.

Abbildung 1–1

Leistungs- und Effizienzsteigerung im deutschen Krankenhausmarkt (1991 bis 2007)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Den Krankenkassen fällt im heutigen System primär die Aufgabe zu, den Plankrankenhäusern dafür eine adäquate Vergütung zu gewährleisten. Nicht zuletzt führen diese strikten staatlichen Vorgaben, auf die wir im Folgenden noch im Detail eingehen werden, zu schwierigen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser, die versuchen, aufgrund von Finanzknappheit Effizienz- und somit Wettbewerbsvorteile zu generieren.

Bedingt durch diese Entwicklung sind v. a. in den letzten fünfzehn Jahren drastische Veränderungen zu beobachten (vgl. Pföhler 2004). So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2007 um rund 13% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten und der Verweildauer zu beobachten. (vgl. Abbildung 1–1). Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 18% gekommen – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Fallzahlsteigerung kann aber die Rationalisierungsfortschritte nicht voll kompensieren, sodass die Kapazitätsauslastung sinkt. (vgl. Augurzyk et al. 2009).

Neben einer ganzen Reihe anderer Effekte ist es insbesondere durch die DRG-Einführung zu der erwähnten Verkürzung der Verweildauer gekommen. Gleichzeitig wurden die vorgehaltenen Planbetten nur in einem unterproportionalen Maß abgebaut. Dies kann vor allem als ein Zeichen staatlicher Fehlplanung bezeichnet werden. Die Reduktion der Betten, die in Deutschland im Durchschnitt zu Überkapazitäten führt, ist deshalb unzureichend, weil die staatlichen Krankenhausplanungen in den einzelnen Bundesländern die letztendlich eingetretene Verkürzung der Verweildauer unterschätzt haben. So sind Bettenüberhänge entstanden, die die Krankenhäuser nur ungern abbauen. Ein Grund dafür ist, dass für die Krankenhausbetten entsprechendes Personal vorgehalten wird. Personal kann jedoch aufgrund der restriktiven Arbeitsgesetzgebung nur langsam abgebaut werden (vgl. Neubauer 2003). Demzufolge verfügen die Krankenhäuser über einen hohen Anteil an Fixkosten, weshalb sie aus betriebswirtschaftlichen Gründen versuchen, eine hohe Auslastung sicherzustellen. In Kombination mit den dargestellten Überkapazitäten führt dies zu einem intensiven „Belegungs-Wettbewerb“ der Krankenhäuser (vgl. Beivers 2009).

Die bereits erwähnte „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens und insbesondere der Krankenhausversorgung wird vor allem an der Veränderung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser deutlich. Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten, gewinnorientierten Krankenhausunternehmen ist Ausdruck des Marktwandels. So ist die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in dem Zeitraum von 1996 bis 2007 um 31,3% und die der freigemeinnützigen um 18,8% gesunken, während die Zahl der gewinnorientierten, privaten Krankenhäuser um 40,6% angestiegen ist (vgl. Augurzyk et al. 2009).

1.2 Suboptimale Strukturierung der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich

Der Wettbewerb nimmt heute an Intensität zu, weil die Krankenhausversorgung eine Reihe von Effekten zeigt, die typisch für staatliche Planungssysteme sind. So hinkt die Krankenhausplanung bedeutenden medizinisch-technischen Entwicklungen hinterher, was – wie bereits erwähnt – dazu führte, dass die deutschen Krankenhäuser heute zu viele Betten aufweisen. Um die überzähligen Betten belegen zu können, sind die Krankenhäuser einerseits bestrebt, Patienten anzuwerben, andererseits aber auch die Liegezeit der Patienten tendenziell auszudehnen. Das Ergebnis ist, dass Deutschland bis heute in Europa zu den Ländern gehört, die eine hohe Krankenhausverweildauer und eine nicht minder hohe Krankenhaushäufigkeit aufweisen. In Tabelle 1–1 werden die entsprechenden Kennziffern für die Länder Deutschland, Spanien, Finnland, Schweden und Frankreich nebeneinander gestellt (vgl. Neubauer 2007).

Kennzeichnend ist, dass andere Länder – wie Finnland und Frankreich – bei hoher Krankenhaushäufigkeit deutlich niedrigere Verweildauern aufweisen als Deutschland und deswegen auch mit wesentlich weniger Krankenhausbetten auskommen. Hier ist zu vermuten, dass die Krankenhäuser aufgrund von Unterkapazi-

Tabelle 1–1

Deutsche Krankenhauskennzahlen im europäischen Vergleich (2006)

| Land | Krankenhausfälle je 100 Einwohner | akutstationäre Verweildauer | Akutbetten je 1 000 Einwohner | Krankenhauskosten je Fall in US-\$ (PPP) |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Schweden | 16,2 | 4,6 | 2,2 | 4 929 |
| Finnland | 19,6 | 4,8 | 3,1 | 3 693 |
| Spanien | 10,7 | 6,7 | 2,5 | 4 992 |
| Frankreich | 28,4 | 5,4 | 3,7 | 3 685 |

Datenquelle: Aaltonen (2009) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

täten auf eine kurze Verweildauer drängen, während in Deutschland das Gegenteil der Fall ist.

Zwar ist zu beobachten, dass es auch in Deutschland zu einer Ambulantisierung der stationären Grundleistungen kommt, die dazu führt, dass Krankenhäuser immer mehr vormals stationäre Leistungen nun ambulant erbringen (vgl. Beivers 2009). Noch stärker drängen sie jedoch in den ambulanten, fachärztlichen Bereich, weil das hilft, ihre Überkapazitäten auszulasten, während eine Ambulantisierung stationärer Behandlungen die Überkapazitäten erhöht und so das Problem verschärft.

Diese Entwicklung tagesklinischer Behandlungen ist ein Ergebnis des medizinisch-technischen Fortschritts und wird vor allem in den Ländern verstärkt umgesetzt, in denen weder die Ärzte noch die Krankenhäuser ein (finanzielles) Interesse daran haben, ihre Leistungen vollstationär, d. h. über die Komponente „Bett“ abzurechnen (vgl. Neubauer und Beivers 2008). So kann man beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika feststellen, dass die bettengebundenen Leistungen in den letzten Jahren drastisch an Bedeutung verloren haben. Dort ist es daher an der Tagesordnung, dass bis zu 60 Prozent aller Erlöse eines Krankenhauses aus nicht bettengebundenen, sondern aus ambulanten und teilstationären Leistungen erbracht werden (vgl. Neubauer und Beivers 2005). Es kann also festgehalten werden, dass in Deutschland noch zu viele Patienten vollstationär behandelt werden, obwohl eine ambulante bzw. teilstationäre Behandlung medizinisch möglich wäre. Auf die Gründe dafür wollen wir im nächsten Abschnitt eingehen.

1.3 Defizite als Folge des ordnungspolitischen Rahmens?

Das gegenwärtige Steuerungssystem der deutschen Krankenhausversorgung zeichnet sich im Wesentlichen durch zwei Steuerungsmodulen aus: Dem staatlichen Planungsmodul und dem wettbewerblich orientierten DRG-Vergütungsmodul. Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt. Eine Kombination von zwei ordnungspolitisch unterschiedlichen Steuerungsansätzen führt jedoch zu Konflikten, wie sie auch tatsächlich in Deutschland zu beobachten sind (vgl. Neubauer 2006).

1.3.1 Defizitäre Investitionskostenfinanzierung

Deutschland hat ein multiples Krankenhausfinanzierungssystem. Die Krankenhäuser erhalten aus mehreren Finanzierungsquellen Mittel. Die Hauptfinanziers sind hierbei die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungen, die Sozialhilfeträger, die einzelnen Bundesländer und die Selbstzahler. Wichtiger als die Zahl der Finanzierungsquellen ist die Art der Investitionsfinanzierung. Die deutschen Krankenhäuser haben gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (vgl. § 9 Abs. 1 KHG) einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung der Investitionskosten. Voraussetzung dafür ist die Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan. Plankrankenhäuser haben wiederum zwingenden Anspruch auf Versorgungsverträge mit den Krankenkassen.

Dieses System der zweigeteilten Finanzierung wird als „duale Krankenhausfinanzierung“ bezeichnet. Demzufolge sollen Investitionen voll aus Steuermitteln finanziert werden. Die tatsächlichen Fördervolumina unterscheiden sich dabei in ihrer Höhe von Bundesland zu Bundesland erheblich.² De facto kommen jedoch die Bundesländer aufgrund der angespannten Haushaltslage ihrem gesetzlichen Auftrag der Investitionsfinanzierung nicht adäquat nach. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2008) hat sich der Umfang der öffentlichen Förderung zwischen 1991 und 2007 um rund 28% verringert. Im Jahr 2007 stammten nur noch 64% der investierten Geldsummen aus öffentlichen Kassen. Der dadurch entstandene Investitionsstau beträgt inzwischen schätzungsweise 25 bis 50 Mrd. EUR. Aus diesem Grund wird immer mehr die Umstellung auf eine monistische Finanzierung gefordert. Man könnte auch attestieren, dass die gesetzlich vorgeschriebene, duale Finanzierung von den Bundesländern heimlich auf den Weg zu einer monistischen Finanzierung geschickt worden ist.

1.3.2 Sektoralisierte Vergütung und Versorgung

Im Vergütungsbereich ist die Ursache für die bereits angesprochene, bis dato unzureichende Ausschöpfung des ambulanten bzw. teilstationären Potenzials zu suchen. Es sind dies zwei zentrale Gründe: Zum einen ist es für Krankenhäuser nicht attraktiv, Patienten ambulant zu behandeln, da die Vergütung für ambulante Leistungen wesentlich niedriger ist als die stationäre DRG-Vergütung. Krankenhäuser verlieren somit (DRG-)Erlöse und auch Überschussquellen. Auf der anderen Seite müssen Krankenhäuser die ihnen gemäß Krankenhausplan zugewiesenen Betten zur Versorgung der Bevölkerung vorhalten – und wollen auch nicht gerne abgeben. In einigen Bundesländern dienen die Betten noch immer als Bemessungsgrundlage für die

² Die KHG-Mittel je Planbett unterschieden sich von Bundesland zu Bundesland erheblich. Die maximale Förderung je Planbett wurde im Jahr 2007 im Bundesland Thüringen mit 9 580 Euro gezahlt, die geringste im Bundesland Niedersachsen mit 3 034 Euro. Die neuen Bundesländer förderten im Jahr 2007 im Durchschnitt ein Planbett mit 7 468 Euro, die alten Bundesländer mit 5 325 Euro. Der bundesdeutsche Durchschnitt lag demzufolge bei 5 679 Euro je Planbett (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. 2009).

staatliche Investitionsförderung; eine Bettenreduktion ist dadurch mit einer Reduktion der Investitionsmittel verbunden (vgl. Beivers 2009).

Mit dem im Jahr 2004 eingeführten Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) erhielt die Verzahnung der einzelnen Sektoren, auch integrierte Versorgung genannt, einen Auftrieb und sollte durch eine spezifische Anschubfinanzierung für ausgewählte Projekte dazu beitragen, dass es zu dem gewünschten Zusammenwachsen der Sektoren kommt. Auch wenn in der Zwischenzeit eine große Anzahl integrierter Versorgungsverträge geschlossen wurde, ist es bis dato immer noch nicht zu dem gewünschten Ergebnis gekommen. Dabei ist die sektorspezifische Vergütung das wohl gewichtigste Hindernis zur vollständigen Umsetzung der integrierten Versorgung. Nachdem kein Sektor gerne Budgetmittel aufgibt, erfolgt keine systemoptimale, sondern lediglich eine sektoreoptimale Leistungserstellung (vgl. Neubauer 2005). Die Einführung neuer Vergütungssystematiken, wie teilstationäre DRGs, könnte hier entscheidend zu einer verbesserten Umsetzung des stationärendes Potentials beitragen (vgl. Neubauer und Beivers 2008).

Insgesamt zeigt sich, dass die Krankenhäuser durch fehlsteuernde ordnungspolitische Rahmenbedingungen im Gesamtkontext nur eine teilweise Optimierung erreichen.

1.4 **Ausblick: Bieten die aktuellen Reformgesetze Ansätze zur Defizitüberwindung?**

Betrachtet man die genannten, schwierigen Rahmenvorgaben des deutschen Krankenhausmarktes, so stellt sich die Frage, inwiefern die neuesten Reformgesetze zu einer Besserung beigetragen haben. Im Bereich der staatlichen Investitionsfinanzierung hat hier das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (kurz KHRG) einige Neuerungen gebracht. So sieht das KHRG ab 1. Januar 2012 eine Zusammenlegung der Pauschal- und Antragsförderung zu so genannten „leistungsorientierten Investitionspauschalen“ vor. Dafür werden „bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt“, so § 10 KHRG. Die Umsetzung der leistungsorientierten Investitionspauschalen verbleibt jedoch weiterhin in der Hoheit der Bundesländer.

Weiter sieht das KHRG eine Lockerung der Krankenhausdetailplanung hin zur so genannten Krankenhausrahmenplanung vor, lässt jedoch den Ländern die Freiheit, je nach den spezifischen Landeskrankengesetzen auch weiterhin ihre eigenen Planungsvorgaben umzusetzen. So hält § 10 KHRG wie folgt fest: „Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt“. Dies führt eher zu einer weiteren Heterogenisierung der länderspezifischen Krankenhausplanung wie auch -finanzierung als zu einem wirklichen ordnungspolitischen Neuanfang (vgl. Beivers 2009).

Auch um den genannten Investitionsstau im Krankenhausbereich zumindest teilweise zu reduzieren, sieht das KHRG eine Reihe von Maßnahmen bzw. Veränderungen vor:

Eine essentielle Neuregelung im Vergütungsbereich stellt dabei die anteilige Finanzierung der durch die Tarifabschlüsse sowohl des öffentlichen Dienstes als auch des Marburger Bundes in den Jahren 2008 und 2009 zu erwartenden Lohnerhöhungen direkt durch die Krankenkassen dar. Eine solche Erstattung von zusätzlichen Lohnkosten ist zwar grundsätzlich für die Krankenhäuser als positiv zu bewerten, doch kann dies als eine Art Rückfall in die Selbstkostendeckungsphilosophie bewertet werden. Gleiches gilt für die im KHRG vorgesehene Abkoppelung der Krankenhausbudgets von der Entwicklung der Grundlohnsumme. Zukünftig sollen die Krankenhausbudgets mit einem vom Statistischen Bundesamt zu berechnenden Index wachsen, der die Kostenentwicklungen adäquat abbildet.

Ein weiterer wesentlicher Teil der Vergütungsneuregelung im KHRG stellt die geplante Zurverfügungstellung von 21 000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst dar. Doch auch diese Maßnahme muss aus ordnungspolitischen Gründen kritisch betrachtet werden. Es ist der falsche Weg, Krankenhäusern durch die direkte Subventionierung von Personalkostenstellen zu Personaleinstellungen zu animieren. Dies ist ein Eingriff in betriebliche Prozessabläufe, die von außen niemand beurteilen kann. Insgesamt summieren sich die von der Bundesregierung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geplanten Finanzhilfen auf rund 3,5 Mrd. Euro. Negativ ist jedoch anzumerken, dass diese Mittel nicht zu einer Verbesserung des ordnungspolitischen Rahmens beitragen und primär über Beitragssatzerhöhungen finanziert werden, aber keine der fundamentalen Probleme lösen.

Eine weitere Neuerung ist die vorgesehene Normierung der Vergütung auf bundesweit einheitliche Basisfallwerte. Hiermit wird letztlich ein zentral administriertes Festpreissystem eingeführt. Nach dem KHRG sollen sich die bisher auf Landesebene vereinbarten Basisfallwerte in den kommenden fünf Jahren an einen bundeseinheitlichen Durchschnittswert annähern. Danach dürfen sie nur noch in einer Bandbreite von $-1,5\%$ bis $+2,5\%$ vom Durchschnittswert abweichen.

Die vorgesehene Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors ist jedoch ordnungspolitisch und betriebswirtschaftlich nicht zielführend. Eine derartige Festsetzung von Einheitspreisen muss letztlich zu Effizienzverlusten führen. So verliert der Preis mit der Einführung eines vorgegebenen Einheitspreises seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot herzustellen. Das führt zwangsläufig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung und sicherlich nicht zu mehr Wettbewerb. Statt einer weiteren staatlichen Preisvorgabe ist vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhäuser sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.

Wünschenswert wäre eine Öffnung der Einheitspreise hin zu flexiblen Preisen. Durch selektive Verträge von einzelnen oder mehreren Krankenversicherungen mit Leistungserbringergruppen jenseits der Kollektivpreise käme es zu einer Flexibilisierung der Preisbildung. Wichtige zu nennende Gesetze in Bezug auf das so genannte Selektive Kontrahieren sind das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004, das AVWG und das GKV-WSG von 2007. Vor allem jedoch mit dem GKV-WSG wurden die Felder des selektiven Kontrahierens deutlich erweitert. Insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung sowie für Arznei- und Hilfsmittel gibt es zusätzliche Spielräume. Im Dezember 2007 hat die AOK Baden-Württemberg die gesamte hausärztliche Versorgung für mehrere Millionen Versicherte bundesweit

ausgeschrieben. Fachleute rechnen mit einer Einsparung von mehr als einer Milliarde Euro im Jahr, was alleine schon die bisherige Vergütungssumme aller derzeitigen IV-Verträge übersteigen würde. Den Neuerungen gemein ist es, dass durch selektives Kontrahieren kassenspezifisch ein Versorgungsoptimum erreicht werden soll. Die bestehenden Einheitspreise fungieren dabei als Höchstpreise (vgl. Neubauer und Pfister 2008). Auch wenn ein Trend hin zu flexibleren Verträgen unterhalb der Kollektivverträge erkennbar ist, besteht hier noch ein erheblicher Nachholbedarf.

Die bereits erwähnte Einführung des bundeseinheitlichen Basisfallwertes ist hierfür ein gutes Beispiel. Dieser schließt sozusagen von vornherein einen Preiswettbewerb aus und impliziert lediglich einen Qualitätswettbewerb. Dieser Qualitätswettbewerb ist zwar wünschenswert, jedoch kann er seine ordnungspolitische Steuerungsfunktion nur in Kombination mit einem Preiswettbewerb voll entfalten. Ein reiner Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb ist hingegen auf lange Sicht eher preis- und kostensteigernd und führt somit in die falsche Richtung (vgl. Neubauer und Pfister 2008).

1.5 Literatur

- Aaltonen J. Efficiency of Hospital Care in Finland. Vortrag auf dem 18. Neubiberger Krankenhausforum „Gesundheitsfonds und Morbi-RSA: Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung“ am 3. Juli 2009. Neubiberger: Universität der Bundeswehr 2009.
- Augurzyk B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Factbook zur Bedeutung der privaten Krankenhausunternehmen. Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg). RWI: Materialien 52. Essen 2009.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Dissertation. München: Universität der Bundeswehr 2009. Unveröffentlicht.
- Brucknerberger E, Klauke S, Schwintowski HP. Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2005.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Stellungnahme der DKG zu den Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge zum KHRG. das krankenhaus 2008; 12: 1287–89.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Zahlen, Daten, Fakten 2008. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2009.
- KHRG – Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz). Gesetz vom 17.03.2009, BGBl I, S 534, Geltung ab 25.03.2009. Download unter: <http://www.buzer.de/gesetz/8675/index.htm> (Zugriff am 28. August 2009).
- Kies F. Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses. Reihe II Rechtswissenschaft, Vol. 2567. Frankfurt a. Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften 2005.
- Neubauer G. Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer Verlag 2004; 101–19.
- Neubauer G. Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung. In: Kampe DM, Bächstädt KH (Hrsg). Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung. kma Reader. Wegscheid: Wikom-Verlag 2007; 56–73.
- Neubauer G. Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize: Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung? In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer Verlag 2006; 37–54.
- Neubauer G, Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen. das krankenhaus 2005; 11: 961–66.

- Neubauer G, Beivers A. Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung. In: Schütze L (Hrsg). Gesellschaftspolitische Kommentare gpk 2008; 6: 48–50.
- Neubauer G, Neubauer AS. Der Kranke als Gast: Patientenhotels. Schriftlicher Management-Lehrgang, Lektion 9. Düsseldorf: Euroforum Verlag 2007.
- Neubauer G, Pfister F. Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Franz W. et al. (Hrsg). Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Gesundheitsökonomie. Band 227. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft 2008; 621–35.
- Neubauer G. Krankenhausplanung in der Sackgasse: Eine ordnungspolitische Neubesinnung ist notwendig. In: Mantzavinos C, Daumann F, Okruch S. (Hrsg). Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens. Festschrift für Peter Oberender zu seinem 65. Geburtstag. Budapest: Schriftenreihe Andrassy Universität; 305–19.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2007. Wiesbaden 2008. Download unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html> (Zugriff am 28. August 2009).

2 Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Boris Augurzky, Sebastian Krolop und Christoph M. Schmidt

Abstract

Auf Basis einer Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen aus den Jahren 2002 bis 2007 untersuchen wir die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Der Anteil der Häuser mit einer erhöhten Insolvenzgefahr lag 2006/2007 bei 16 %, 2008 dürfte er aufgrund stark gestiegener Kosten und einem nur geringen Budgetwachstum auf 27 % gestiegen sein und 2009 wegen zusätzlicher Mittel über das KHRG und das Konjunkturpaket II wieder auf 15 % sinken. Bis 2020 könnte er ohne Produktivitätsfortschritt oder Marktberreinigung sogar auf 29 % steigen.

Based on a sample of 546 annual reports, we analyze the economic situation of German hospitals. In 2006/2007 some 16 % of the hospitals displayed a serious probability of experiencing insolvency. While this share substantially increased in 2008, we expect it to decline to some 15 % in 2009, partly due to the fiscal stimulus package. In the long run, however, we expect the probability of insolvencies to rise significantly if the situation is not rescued by a sizeable productivity growth or by market consolidation.

2.1 Einleitung

Langfristige Tendenzen und konjunkturelle Schwankungen prägen gemeinsam die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser. Seit Jahren zeichnet sich immer deutlicher ab, dass der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und die nachlassende Investitionsintensität der öffentlichen Hand einen starken Anpassungsdruck auf ihre Aufbau- und Ablauforganisation ausüben. Und in der Tat zeichnete sich bis zum Jahr 2006 eine wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser ab, weil sich viele unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zunehmend auf eine wettbewerbsintensivere Zukunft vorbereitet hatten. Vielen gelang es sogar, Gewinne zu erwirtschaften, zum Teil aus eigener Kraft Investitionen zu tätigen und somit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu folgen.

Diesen Bemühungen der Krankenhäuser, ihren Ressourceneinsatz zu optimieren und sich für die Zukunft zu rüsten, standen in den Jahren 2007 und 2008 allerdings wachsende Belastungen gegenüber. Insbesondere das Jahr 2008 dürfte für Krankenhäuser in wirtschaftlicher Hinsicht ein schwieriges gewesen sein, auch wenn exakte Zahlen noch nicht vorliegen. Wir gehen jedenfalls davon aus, dass die Finanzierungslücke 2008 erheblich war (RWI 2008), die Kosten also stärker wuchsen als die (gedeckelten) Budgets. Dazu entscheidend beigetragen haben Tariflohn-

erhöhungen, steigende Sachkosten sowie wegen einer steigenden Patientenzahl ein höherer Personal- und Sachmittelbedarf.

Dagegen sollten das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und das Konjunkturpaket II zu unerwarteten Einnahmen der Krankenhäuser im Jahr 2009 führen und damit die Finanzierungslücke mehr als schließen. Dabei dürfte es sich um die Ruhe vor einem bevorstehenden Sturm handeln: Die Folgen der Finanzkrise werden 2010 wohl auch die Gesundheitswirtschaft erreichen. Nicht nur die Einnahmen der Krankenkassen werden voraussichtlich aufgrund einer zu erwartenden höheren Arbeitslosigkeit einbrechen, auch öffentliche Mittel werden dann in Konjunkturpaketen verbraucht und Schulden zurückzuzahlen sein, was die Privatisierung öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser weiter beschleunigen dürfte. Schließlich kündigt sich die nächste Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl 2009 an, bei der es wohl vor allem um Kosteneinsparungen gehen wird. Nicht zuletzt erwarten wir auch für freigemeinnützige Einrichtungen ein gesteigertes Tempo der Konsolidierung in Form von Kettenbildungen.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um einen Auszug aus dem Krankenhaus Rating Report 2009 (Augurzky et al. 2009). In Abschnitt 2.2 stellen wir die Kosten- und Erlössituation inklusive Hochrechnungen auf 2020 dar, die in die Szenarien zur Fortschreibung der wirtschaftlichen Lage eingehen. Abschnitt 2.3 führt unseren methodischen Ansatz ein, während Abschnitt 2.4 dann auf Basis von Jahresabschlussdaten die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser mit Ausblick bis 2020 analysiert. Abschnitt 2.5 zieht ein kurzes Fazit.

2.2 Erlöse und Kosten

2.2.1 Status quo

Die Leistungsmenge von Krankenhäusern, gemessen an der Zahl stationärer Fälle, wuchs von 1997 bis 2007 von 16,4 auf 17,2 Mill. (+4,6%). Die Vergütung pro Fall entwickelte sich in Anlehnung an die Grundlohnrate im Vergleich zum Preisniveau unterdurchschnittlich. In der Summe stiegen die Ausgaben für Krankenhäuser in dem Zeitraum jedoch um 21% und damit stärker als das Preisniveau (+16%), allerdings geringer als das nominale BIP (+26%) (Statistisches Bundesamt 2009). Für das einzelne Krankenhaus änderte sich die Vergütung im Zuge der DRG-Konvergenz indessen teilweise beträchtlich.

Die Investitionsfördermittel der Länder nach KHG sanken 2007 um 2,2% und erreichen mit insgesamt 2,66 Mrd. € einen neuen Tiefstand (DKG 2008), 2008 konnten sie sich indessen auf dem Vorjahresniveau halten. Nimmt man an, dass 10% der Erlöse¹ eines Krankenhauses für Investitionszwecke zur Verfügung stehen sollten, beträgt die nicht geförderte Investitionslücke Ende 2007 16,2 Mrd. € (Augurzky et al. 2009a). Die Lücke wurde in der Vergangenheit allerdings durch eigen-

¹ Unter den Erlösen verstehen wir in diesem Fall (wie bei einer monistischen Finanzierung) die Summe aus den bereinigten Kosten und den notwendigen Investitionsmitteln.

finanzierte Investitionen der Krankenhäuser teilweise geschlossen. Im Jahr 2007 haben die Krankenhäuser etwa 7,3 % ihrer – um Investitionsmittel erweiterten – Erlöse (inkl. KHG-Fördermittel) investiert. Die KHG-Mittel machten dabei etwa 4,5 % aus, sodass die Krankenhäuser offenbar Investitionen in Höhe von 2,8 % ihres Umsatzes ohne eine öffentliche Förderung getätigt haben müssen. Nimmt man an, dass dies bis zu einem gewissen Grad auch in der Vergangenheit der Fall war, so beliefe sich der geschätzte Investitionsstau 2007 auf lediglich 8,9 Mrd. €.

Die Personalkosten je Vollkraft stiegen im ärztlichen Dienst zwischen 2002 und 2007 um 11,5 %, dabei besonders stark im Jahr 2007. Im Pflegedienst belief sich der Anstieg auf 6,7 %, im medizinisch-technischen Dienst auf 8,5 %, im Funktionsdienst auf 5,6 %. Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten ist jedoch seit einigen Jahren rückläufig, nicht zuletzt aufgrund von Personalabbau beim Outsourcing von Dienstleistungen: 2002 betrug er noch 65,2 %, 2007 61,2 %. Im Gegenzug nahm der Anteil der Sachkosten von 33,7 % auf 37,5 % zu. Je stationären Fall stiegen die Sachkosten in diesem Zeitraum um 27,8 %, die Personalkosten nur um 7,6 %. Bei steigenden Tariflöhnen dürfte dieser Prozess anhalten.

2.2.2 Projektionen

Zur Hochrechnung der Kosten und Erlöse bis 2020 orientieren wir uns am Modell aus RWI (2008) und treffen Annahmen über die Entwicklung jeweils der Mengen und Preise (Augurzky et al. 2009a). Betriebliche Optimierungsmaßnahmen von Krankenhäusern zur Erhöhung der Produktivität werden jedoch nicht berücksichtigt, sodass es sich ganz bewusst nicht um eine Prognose der zu erwartenden, sondern eine Projektion bei unverändertem Verhalten handelt. Somit sind wir in der Lage, den anstehenden Handlungsbedarf zu charakterisieren.

Auf Basis der demografischen Entwicklung auf Kreisebene, mit Annahmen über das ambulante Potenzial² sowie über die Verweildauer und Bettenauslastung schreiben wir zunächst die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf bis 2020 fort. Hierzu bestimmen wir ausgehend von der regionalen Nachfrage nach Krankenhausfällen im Jahr 2006 (FDZ 2009) die regionalen Prävalenzraten je ICD, Alter und Geschlecht. Um den medizinisch-technischen Fortschritt abzubilden, lassen wir Trends in den Prävalenzraten zu. Unter diesen Annahmen („Basisszenario“) rechnen wir bundesweit bis 2020 mit etwa 13,7 % mehr Fällen als 2007.³ Wir berücksichtigen dieses Mengenwachstum sowohl auf der Erlös- als auch Kostenseite.

Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses wird sich im Rahmen des ersten Schritts der DRG-Konvergenz auf Bundesebene die Vergütung abermals ändern. Mit dem KHRG wurde der erste Schritt zur Bundeskonvergenz eingeleitet. Bis 2014 konvergieren alle Landesbasisfallwerte (LBFW), die das Preisniveau eines Bundeslandes darstellen, außerhalb eines Korridors um einen noch zu bestimmenden Bun-

2 Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären.

3 Bei konstanten Prävalenzraten läge der Anstieg bis 2020 nur 6,7 %. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte die Zunahme schließlich nur 5,8 % betragen.

desbasisfallwert (BBFW) schrittweise auf die Korridor Grenzen.⁴ Die obere Korridor Grenze liegt 2,5 % über dem BBFW, die untere 1,5 % darunter. Bei dieser Konstellation werden Krankenhäuser aus Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin und Bremen bis 2014 mit Erlöseinbußen zu rechnen haben. Häuser aus Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und besonders Schleswig-Holstein können eine Zunahme der Erlöse erwarten.

Die Erlöse insgesamt hängen von der Vergütung pro Fall und der Zahl der Fälle ab. Die Änderung der Vergütung für Krankenhausleistungen richtet sich bis 2009 nach der Veränderung der Grundlohnrate. Ab 2010 gilt hingegen der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende Orientierungswert als Grundlage zur Festlegung der Budgetanpassung (KHRG). Die Vergütungsanpassung gilt für Fälle der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, die zusammen rund 80 % der Krankenhauserlöse ausmachen (RWI 2008). 2008 lag die Vergütungsanpassung bundesweit bei 0,64 %, 2009 bei 1,41 %. Ab 2010 dürften die Folgen der Finanzkrise dazu führen, dass die Vergütungsanpassung – trotz Einführung des neuen Orientierungswerts – sehr gering ausfällt. Wir rechnen mit einer Steigerung von nur 0,8 % für 2010 und 0,5 % für 2011. Ab 2012 gehen wir von einer jährlichen Steigerung in Höhe von 1,5 % aus.

Des Weiteren berücksichtigen wir 2009 und 2010 Einmaleffekte auf die Erlöse. Aufgrund des KHRG können Krankenhäuser 2009 mit rund 1,67 Mrd. € Mehreinnahmen rechnen. Durch den letzten Schritt der DRG-Konvergenz steigen die Erlöse 2010 um weitere 400 Mill. €. Das Konjunkturpaket II stellt Investitionsmittel zur Verfügung: bundesweit insgesamt rund 1 Mrd. € (kma 2009) für Krankenhäuser und weitere 270 Mill. € für Universitätskliniken⁵. Auch wenn es sich dabei um Investitionsmittel handelt, verbessert sich die Betriebskostenseite, weil die Investitionsfinanzierung aus Eigenmitteln reduziert werden kann. Insgesamt dürften 2020 die Erlöse nominal um 38,7 % höher liegen als 2007.

Der Bedarf an Personal- und Sachmitteln hängt weitgehend von der Zahl der Fälle und Belegungstage ab. Ein Teil dürfte unabhängig von der Leistungsmenge sein. Aufgrund der wachsenden Nachfrage nach Krankenhausleistungen rechnen wir mit einer Zunahme des Personalbedarfs um 5,3 % von derzeit 792 000 Vollkräfte auf 834 000 bis 2020. Wir gehen ferner von Lohnsteigerungen aus, die wegen des sich abzeichnenden Ärztemangels für den ärztlichen Dienst höher als für den nicht-ärztlichen ausfallen dürften. Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, steigen die gesamten Personalkosten zwischen 2007 und 2020 nominal um 47 % bzw. 2,80 % p. a.

Die Preise für Sachmittel schreiben wir auf Basis ausgewählter Preisindizes, darunter für Lebensmittel und Energie fort (siehe auch RWI 2009). Das Statistische Bundesamt stellt außerdem einen eigenen Preisindex für den Krankenhausbedarf zur Verfügung. Seit 2002 sinkt dieser Index tendenziell. Auch der Erzeugerpreisindex für Arzneimittel blieb in den vergangenen Jahren weitgehend konstant. Lang-

4 Durch eine zusätzliche Kappingsregelung wird dieser Prozess allerdings etwas verlängert: Landesbasisfallwerte über der oberen Korridor Grenze dürfen jährlich nur um 0,3 % nach unten angepasst werden. Damit kann sich die Anpassung auf den oberen Korridorwert des BBFW verzögern und länger als bis 2014 dauern (§ 10 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG).

5 Werden nur zum Teil berücksichtigt, weil auch Forschung und Lehre finanziert wird.

fristig erwarten wir für beide nur eine geringe Zunahme. Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, nehmen die gesamten Sachkosten bis 2020 nominal um 23,5% bzw. 1,5% p. a. zu. Tatsächlich dürften sie stärker steigen, weil durch Outsourcing Personalkosten in Sachkosten umgeschichtet werden dürften. Personal- und Sachkosten dürften zusammen bis 2020 um 37,9% steigen.

2.3 Datengrundlage und Methodik

Um die aktuelle wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser zu analysieren und mögliche Zukunftsszenarien auszuloten, greifen wir auf eine Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen aus dem Zeitraum 2002 bis 2007 zurück. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet diese Stichprobe insgesamt 832 Krankenhäuser. Wir verwenden stets die Konzernbilanzen, nicht die Bilanzen einzelner Mitglieder einer Klinikette. Krankenhäuser aus allen Bundesländern sind in der Stichprobe vertreten. Bayern, Rheinland-Pfalz und Hamburg sind leicht unter-, ostdeutsche Länder und Nordrhein-Westfalen leicht überrepräsentiert. Bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser wird die Verteilung der Trägerschaften in der Grundgesamtheit gut abgebildet.

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses ist die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default, PD). Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die PD für jedes Krankenhaus anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse. Das Rating enthält insgesamt elf Kennziffern (Engelmann et al. 2003) und wurde auf Bundesbankdaten getestet und kalibriert. Die PD liegt theoretisch zwischen 0% und 100% und gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Krankenhaus innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr aus eigener Kraft nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Für die weit überwiegende Zahl der Unternehmen bewegt sich die PD zwischen 0% und etwa 5%.

Die errechneten PDs werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem zugeordnet. PDs zwischen 0,0% und 1,0% stellen ein geringes bis moderates Ausfallrisiko dar („grün“). Eine Kreditaufnahme in diesem sollte einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert und Kredite werden teurer. Bei allen Werten darüber („rot“) ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. sie ist sogar unmöglich.

Unsere Analysen gehen allerdings weit über den aktuellen Stand hinaus. Um in die Zukunft zu blicken, bilden wir in einem Basisszenario die Projektionen zu den Kosten und Erlösen aus Abschnitt 2.2 in Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV) bis 2020 ab. Diese Planzahlen werden dann ebenfalls dem Rating unterzogen. Zusätzlich dazu berücksichtigen wir den Einfluss des Ratings auf die Finanzierungskosten. Wir halten in diesen Berechnungen die Unterstellung aufrecht, dass Krankenhäuser keine betrieblichen Gegenmaßnahmen zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation einleiten. In einem weiteren Szenario untersuchen wir jedoch den Effekt des Ausscheidens von Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen (Szenario „Marktberreinigung“).

2.4 Die wirtschaftliche Lage

2.4.1 Status quo

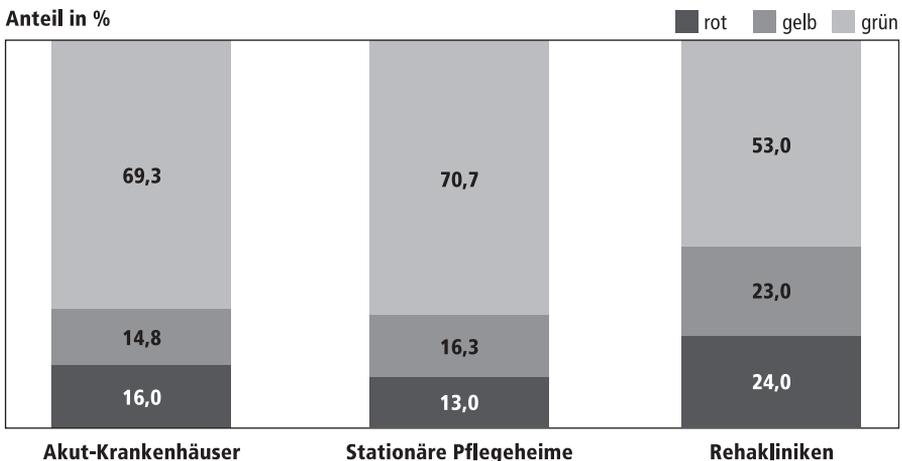
Die durchschnittliche PD beträgt in der Stichprobe 2006/2007 1,3 %. Sie liegt damit nur leicht über der von Pflegeheimen (Augurzky et al. 2009b) und anderen Branchen Westdeutschlands, aber besser als bei Reha-Kliniken (Augurzky et al. 2009c). 16 % der Krankenhäuser waren im roten, 15 % im gelben, immerhin 69 % im grünen Bereich angesiedelt (Abbildung 2–1). Im Vergleich zu vergangenen Jahren hat sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser leicht verbessert.

Dennoch ist die Ertragslage der Krankenhäuser vergleichsweise schlecht. Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen (auf geförderte und nicht-geförderte Anlagen) und Amortisation (EBITDA) im Verhältnis zum Umsatz liegt ohne Berücksichtigung von KHG-Mitteln durchschnittlich bei nur 3,4 %, mit KHG-Mitteln bei 7,7 %. 20 % aller Krankenhäuser wiesen sogar eine EBITDA-Marge (mit KHG-Mitteln) unter 3,5 % auf. Dagegen erzielten immerhin 20 % einen Wert über 11,7 %. Um in ausreichendem Maße Investitionen finanzieren zu können, sollte ein Wert von mindestens 10 % erreicht werden, was nur einer Minderheit aller Häuser gelingt. Sollten die öffentlichen Fördermittel weiter sinken, bedeutet dies, dass die EBITDA-Marge ohne KHG-Mittel steigen muss, d. h. die Profitabilität des operativen Geschäfts. Ein derzeitiges EBITDA inkl. KHG-Mittel von 10 % wäre damit langfristig nicht ausreichend.

Hochgerechnet auf 2008 würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich von 16 % auf 27 % steigen. Ebenso würde der Anteil der Häuser, die einen Verlust zu verzeichnen haben, von 19 % auf 50 % zunehmen (Abbildung 2–2). Diese Pro-

Abbildung 2–1

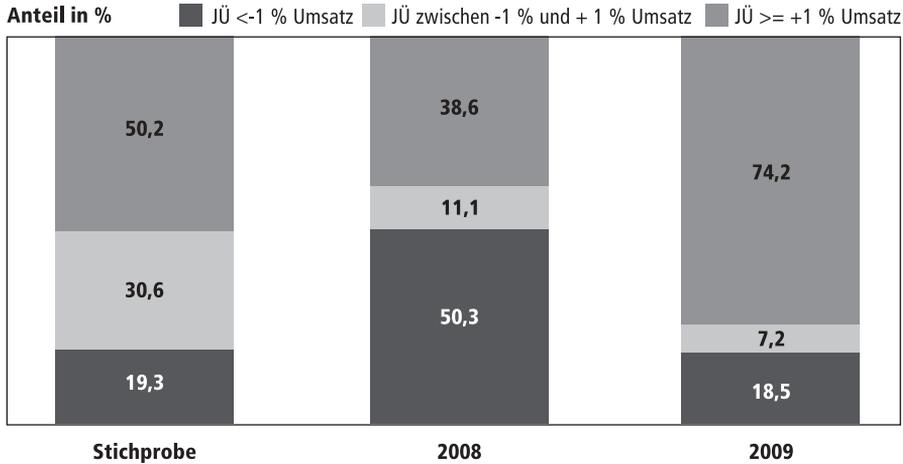
Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation 2006/2007



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse; Augurzky et al. 2009b und 2009c

Abbildung 2-2

Verteilung der Krankenhäuser nach dem Jahresüberschuss 2008 und 2009



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

jektion fällt damit schlechter aus als von den Krankenhäusern laut DKI-Krankenhausbarometer (2008) erwartet. Durch den starken Zuwachs der Erlöse 2009 in Folge des KHRG und des Konjunkturpakets sollte der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich jedoch wieder auf 15% sinken und die Jahresüberschüsse beträchtlich steigen, sodass 2009 drei Viertel aller Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben dürften.

Für einzelne Untergruppen fallen die Ergebnisse 2006/2007 unterschiedlich aus. Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche Krankenhäuser schlechter als ostdeutsche. Bei öffentlich-rechtlichen Häusern liegen 23,9% im roten Bereich, bei freigemeinnützigen 9,5% und bei privaten 13,9%. In Ostdeutschland und in Nordrhein-Westfalen liegen besonders viele Krankenhäuser im grünen und nur wenige im roten Bereich. In Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg ist der Anteil im roten Bereich vergleichsweise niedrig, jedoch der Anteil im gelben Bereich sehr hoch.

Hält man die Ausprägung aller anderen Eigenschaften in einer multivariaten Analyse konstant, so zeigt sich, dass ein hoher Basisfallwert (BFW; Preisniveau eines Krankenhauses⁶) eine hohe Leistungskonzentration und ein großer Anteil pauschaler Fördermittel im Bundesland (als Anteil an allen KHG-Mitteln) typischerweise wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser kennzeichnen. Auch junge und ländliche Krankenhäuser zeigen bei ansonsten gleicher Struktur ein besseres Rating. Allerdings sammeln sich bei ländlichen Krankenhäusern Faktoren mit nega-

6 Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich dabei um den krankenhausesindividuellen Basisfallwert zum Zeitpunkt des vorliegenden Jahresanschlusses handelt, also meist aus 2006 oder 2007.

tivem Einfluss auf das Rating. Keinen statistisch signifikanten Einfluss haben insbesondere die Zugehörigkeit zu einer Klinikette, die Eigentümerstruktur und die Höhe der KHG-Mittel eines Krankenhauses.

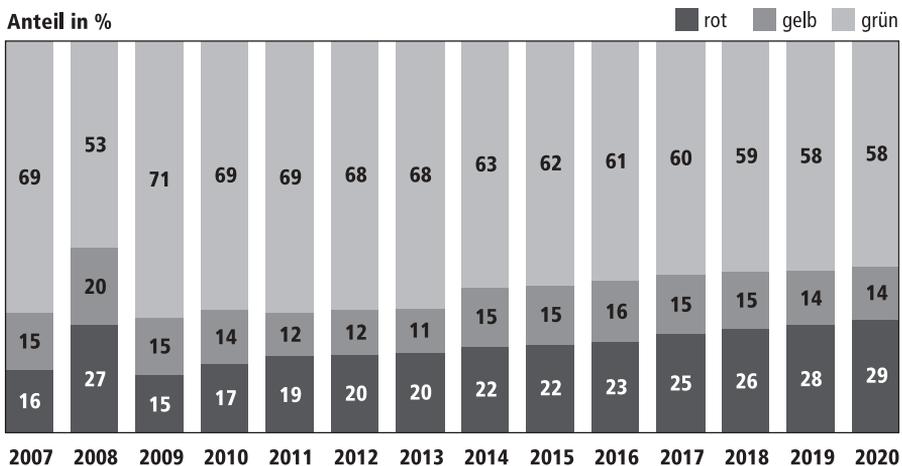
Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit griffen wir auf Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2006 zurück, die auch im Rahmen der Krankenhaus-Qualitätsberichte 2006 veröffentlicht wurden. Details zu den Daten finden sich in Augurzky et al. (2008). Es lässt sich tendenziell erkennen, dass qualitativ negativ auffällige Krankenhäuser eine leicht höhere PD aufweisen. Ähnliches gilt nach dem Ampelsystem: Krankenhäuser im grünen Bereich zeigen geringere qualitative Auffälligkeiten als solche im gelben oder roten Bereich. Für alle Analysen gilt allerdings, dass die beobachteten Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Dennoch lässt sich folgende wichtige Aussage ableiten: Krankenhäuser mit einer besseren Wirtschaftlichkeit weisen keine schlechtere Qualität auf.

2.4.2 Projektionen

Abbildung 2–3 stellt die erwartete Situation bis 2020 unter den in Abschnitt 2.2 getroffenen Annahmen zum Basisszenario dar. Ab 2010 dürfte sich der negative Einfluss der Finanzkrise in Form eines geringeren Erlöswachstums bemerkbar machen. Das Konjunkturpaket II wirkt 2010 noch leicht positiv. Wir erwarten, dass sich der rote Bereich in den darauf folgenden Jahren wieder langsam erhöht, sodass sich die Situation – ohne Produktivitätsfortschritt der Krankenhäuser – bis zum Ende des Projektionszeitraums bedrohlich darstellt. Wichtigster Grund hierfür sind

Abbildung 2–3

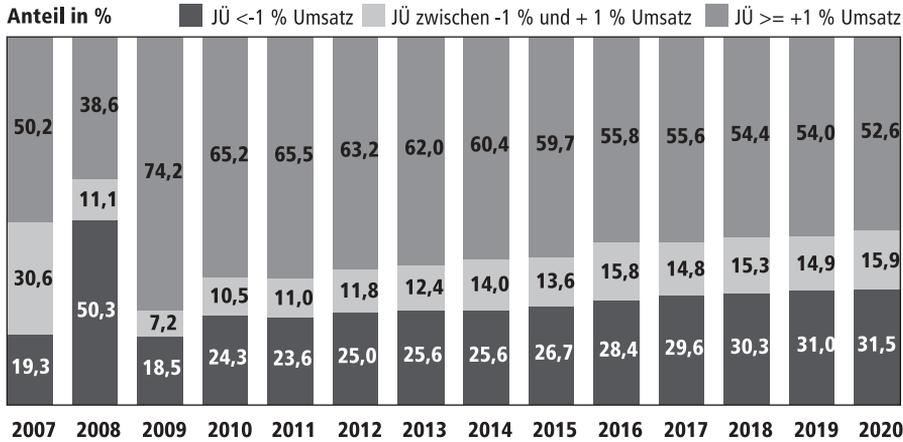
Projektion der Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Basisszenario 2007 bis 2020



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Abbildung 2–4

Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse im Basisszenario 2007 bis 2020



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Krankenhaus-Report 2010

WlDÖ

wachsende Löhne und Gehälter, besonders im ärztlichen Dienst. Die Ertragslage zeigt in der Projektion einen ähnlichen Verlauf, zeigt aber größere Ausschläge als das Rating (Abbildung 2–4). 2010 dürften ohne Strukturanpassungen nur noch zwei Drittel der Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben. Aufgrund der schnelleren Zunahme der Kosten im Vergleich zu den Erlösen verschlechtert sich die Ertragslage sukzessive bis 2020.

Besonders auffällig ist der Unterschied in der Entwicklung der Gewinner und Verlierer der DRG-Konvergenz auf Bundeslandebene. DRG-Gewinner erfahren im Zuge der DRG-Konvergenz bis 2010 eine Erhöhung ihres krankenhausindividuellen Basisfallwerts, Verlierer hingegen eine Senkung. Daher können sich DRG-Gewinner trotz der zum Teil widrigen Einflüsse bis 2020 voraussichtlich sehr gut halten, während DRG-Verlierer jedoch bereits relativ früh tief in den roten Bereich fallen dürften. Wiederum werden dabei mögliche betriebliche Gegenmaßnahmen nicht berücksichtigt. Viele Betroffene dürften allerdings bereits Maßnahmen zur Betriebsoptimierung eingeleitet haben.

Es ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass sich die Krankenhäuser demgegenüber völlig passiv verhalten. In der Vergangenheit bemühten sich zahlreiche Krankenhäuser kontinuierlich um Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage durch die Erhöhung ihrer Produktivität. Wir gehen davon aus, dass dies auch weiterhin passieren wird. Vermutlich dürften zukünftige Finanzierungslücken daher zumindest teilweise geschlossen werden. Insofern ist das hier vorgestellte Basisszenario bis 2020 keine Prognose der zu erwartenden Entwicklung, sondern soll vielmehr den Handlungsbedarf aufzeigen. Alternativ diskutieren wir, wie eine Marktberaumung nach rein wirtschaftlichen Kriterien die Situation wohl langfristig beeinflussen würde.

Auf freien Wettbewerbsmärkten müssten ineffiziente Anbieter im Vergleich zu ihren Wettbewerbern höhere Preise für die gleiche Qualität verlangen und würden daher relativ schnell ihre Kunden verlieren. Auch eine Marktberreinigung im Krankenhaussektor könnte die wirtschaftliche Lage insgesamt verbessern. Beispielsweise verzeichnen die wirtschaftlich schlechtesten 10% der Krankenhäuser, hochgerechnet auf die Grundgesamtheit, einen Jahresverlust in Höhe von 314 Mill. €. Aufgrund der zu erwartenden Ratings im Basisszenario gehen wir davon aus, dass bis 2020 rund 15% der wirtschaftlich schwachen Krankenhäuser vom Markt verschwinden könnten und die verbleibenden Häuser deren Patienten übernehmen. Die Marktberreinigung stabilisiert langfristig die Ertragslage der verbliebenen Krankenhäuser.

Da die Landes- oder Kommunalpolitik allerdings bei manchen gefährdeten Kliniken unterstützend eingreifen dürfte oder den Verkauf unter der Bedingung anstreben könnte, dass die Klinik erhalten bleibt, wird sich das Szenario Marktberreinigung in der vorgestellten Schärfe wohl nicht in der Gänze realisieren. In diesem Szenario dürften kleine Krankenhäuser deutlich häufiger von einer Schließung betroffen sein als große, öffentlich-rechtliche stärker als private oder freigemeinnützige. Krankenhäuser im Westen wären stärker betroffen. Schließlich dürften nicht mehr ländliche als städtische Krankenhäuser ausfallen. Besonders auffallend ist der Unterschied nach der Höhe des BFW. Krankenhäuser mit einem BFW unterhalb des LBFW dürften fast gar nicht betroffen sein.

2.5 Fazit

Krankenhäuser befinden sich wie Betriebe anderer Branchen in einem fortlaufenden Prozess zur Verbesserung der betrieblichen Abläufe. Sie schließen sich außerdem zu Verbänden zusammen, um Synergien zu heben. Bis 2006 verbesserte sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, 2008 dürfte sich allerdings eine spürbare Verschlechterung eingestellt haben. Der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr könnte auf 27% gegenüber 16% im Vorjahr gestiegen sein. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser dürfte 2008 einen Jahresverlust ausweisen. Völlig anders sollte die Lage hingegen aufgrund des KHRG und des Konjunkturpakets II im Jahre 2009 sein. So dürften sich der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich 2009 wieder auf 15% reduzieren und der Anteil der Häuser mit Jahresverlust auf nur noch 19%.

Es ist zu empfehlen, mit diesen kurzzeitig verbesserten Einnahmen einen Puffer für 2010 und 2011 aufzubauen, denn die Finanzkrise wird nicht spurlos an den Krankenhäusern vorbeiziehen. Spätestens wenn die Krankenkassen mit einem geringeren Beitragsaufkommen infolge steigender Arbeitslosigkeit auskommen und die öffentlichen Haushalte ihre Schulden abbauen müssen, wird auch das Gesundheitswesen den finanziellen Engpass spüren. Vor diesem Hintergrund dürfte die nach der Bundestagswahl anstehende Gesundheitsreform eher unter dem Zeichen der Kostendämpfung statt der Leistungsausweitung stehen. Ab 2010 erwarten wir daher wieder eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage. Durch weiter überproportional steigende Personalkosten dürften sich die Probleme ohne Produktivitätsfortschritte im nächsten Jahrzehnt stetig weiter verschärfen.

Zur Steigerung der Produktivität können neben der internen Optimierung aber auch verbesserte politische Rahmenbedingungen einen Beitrag leisten. Die Umstellung der dualistischen Krankenhausfinanzierung auf die Monistik würde die Effizienz des Systems erhöhen (BDPK und RWI 2007, SVR 2008). Dabei kommt es nicht so sehr darauf an, dass die gesamte Krankenhausfinanzierung aus einer Hand erfolgt, sondern vielmehr darauf, dass Krankenhäuser eigenständig über die Verwendung der Mittel entscheiden können und keine aufwändigen Anträge auf Mittel stellen müssen. Im Rahmen des KHRG sollen bis 2010 vom InEK DRG-Investitionspauschalen erarbeitet werden – in Analogie zum DRG-System, mit eigenen Relativgewichten und landesspezifischen Investitions-LBFW. Die Bundesländer können dann wählen, ob sie auf die Investitionspauschalen umsteigen. Dabei muss es insbesondere zu keiner Umverteilung der KHG-Fördermittel zwischen Bundesländern kommen.

Eine in ihrer Steuerungswirkung vergleichbare Investitionsfinanzierung wurde bereits in Nordrhein-Westfalen eingeführt (Winterer 2009) und befindet sich im Saarland in der Umsetzung. Empirisch zeigt sich (Augurzyk et al. 2009a), dass sich bei wachsendem Anteil pauschaler Fördermittel das Rating der Krankenhäuser signifikant verbessert. Zwar sind die bisherigen pauschalen KHG-Fördermittel nicht identisch mit den geplanten Investitionspauschalen. Aber der aufgezeigte Zusammenhang legt nahe, dass es für die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser vorteilhaft ist, wenn die Verantwortung über die Investitionstätigkeit nicht bei der Politik, sondern beim Unternehmen selbst liegt. Es ist daher – auch im Sinne eines Bürokratieabbaus – zu empfehlen, dass die Bundesländer ihre Investitionsfinanzierung entsprechend umstellen.

Bei den Betriebskosten ließe sich schließlich ein Wettbewerb um Preise und Leistungen implementieren („Pay-for-Performance-Modelle“, Leber et al. 2008, Hücke et al. 2008, Lungen et al. 2008), indem manche Leistungspakete selektiv mit Kostenträgern kontrahiert werden. Damit dürfte der Strukturwandel im Krankenhaussektor beschleunigt, die Bildung von Verbänden weiter vorangetrieben und die Schwerpunktbildung forciert werden. Dies würde natürlich zu Gewinnern und Verlierern führen, weshalb große Widerstände gegen solche Modelle zu erwarten sind. Die Effizienz des Systems dürfte aber zweifellos zunehmen.

2.6 Literatur

- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009a.
- Augurzyk B, Krolop S, Menniken R, Reichert A, Schmidt A, Schmitz H und S. Terkatz S. Pflegeheim Rating Report 2009: Konsolidierung voraus! RWI: Materialien 54. Essen: RWI 2009b.
- Augurzyk B, Krolop S, Lemm M, Schmidt H, Schmitz H und Ch. Schwierz C. Reha Rating Report 2009: Trügerische Erholung? RWI: Materialien 50. Essen: RWI 2009c.
- Augurzyk B, Budde R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2008: Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI: Materialien 41. Essen: RWI 2008.
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken und RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Modell 21 – regionale monistische Finanzierung. BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausfinanzierung. Berlin 2007.

- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin, Juni 2008.
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf, Umfrage 2008.
- Engelmann B, Hayden D und E. Tasche E. Testing rating accuracy. In: Shimko D (ed) Credit Risk – Models and Management. Second Edition, RISK books Januar 2003. Internet: www.risk.net (Zugriff: 13. August 2009).
- FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter. Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung, Projektnummer 911-2008. Wiesbaden 2009.
- Hucke D, Kuntz L und Wuttke R. Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 107–19.
- kma. Was bringt das Konjunkturpaket? Ausgabe März 2009, Stand 6.3.2009.
- Leber WD, Malzahn J und Wolff J. Elektiv wird selektiv, Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmen für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–106.
- Lüngen M, Gerber A und Lauterbach KW Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern? In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer; 157–69.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009, RWI-Projektbericht. Essen 2008.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Die wirtschaftliche Entwicklung im Inland. RWI-Konjunkturberichte 60 (1). Essen 2009 .
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/2009. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt (2009), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2007. Wiesbaden.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer; 143–54.

3 Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich

Alexander Geissler, Markus Wörz und Reinhard Busse

Abstract

Bekanntermaßen verfügt Deutschland über eine im internationalen Vergleich hohe Anzahl von Betten. Dies wird immer wieder zum Anlass genommen, um den Abbau von Überkapazitäten zu fordern. Doch ist das Bett überhaupt der richtige Indikator und wie steht Deutschland tatsächlich in internationalen Vergleichen da, wenn auch andere kapazitätsbestimmende Faktoren wie das Personal berücksichtigt werden? Dieser Beitrag untersucht diese Fragen in einem Vergleich der deutschen Kapazitäten mit denen anderer Industrienationen auf Grundlage von aktuellen OECD-Gesundheitsdaten und zeigt dabei auch auf, welche Hürden einem internationalen Kapazitätsvergleich entgegenstehen. Als Ergebnis zeigt sich, dass Deutschland zwischen 1997 und 2007 Kapazitäten in Form von Betten abgebaut hat, allerdings weiterhin deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder liegt. Rationalisierungspotenziale zeigen sich im internationalen Vergleich insbesondere in Bezug auf eine Reduktion der stationären Fälle sowie im Verhältnis von qualifizierten Pflegekräften zu Ärzten.

In an international comparative perspective, Germany clearly has an above average hospital bed to population ratio. This fact often leads to the claim that overcapacities in the German health care system should be reduced. The question remains, however, if the hospital bed is an adequate indicator to measure the concept “overcapacity” at all. This chapter discusses concepts and difficulties with international comparisons and analyses developments in OECD health care systems between 1997 and 2007 in relation to several different indicators of hospital capacity, such as hospital beds, length of stay, bed occupancy and staffing ratios. The results indicate that while hospital beds have been reduced, Germany is still above average. Potentials for rationalisation in the German health care system can be seen in a reduction of inpatient hospital cases and an altered ratio between professional nurses and physicians.

3.1 Einleitung

In der Diskussion um die Kostenentwicklung und die Einsparpotenziale im deutschen Gesundheitswesen wird oftmals gefordert, Effizienzreserven zu mobilisieren, indem Krankenhauskapazitäten verringert werden (z. B. Augurzky et al. 2009b). Dabei sollen die Krankenhauskapazitäten der tatsächlichen Nachfrage angepasst

werden, um den vermeintlichen Angebotsüberhang zu beschneiden. Diese Forderung ist mit zwei zentralen Fragestellungen verbunden. Erstens, welcher Indikator wird zur Messung von Kapazitäten herangezogen und ab welchem Schwellenwert und unter welchen Voraussetzungen kann von ineffizienten Überkapazitäten gesprochen werden? Und zweitens, so tatsächlich Überkapazitäten vorliegen, welche Ursachen haben diese und auf welcher Ebene und mit welchen Instrumenten kann ihnen begegnet werden?

Die Abschätzung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen spielt also eine zentrale Rolle bei der Ausgestaltung des Angebots (hier Kapazitäten). Dafür wäre jedoch die Berechnung und Erhebung von Versorgungsnotwendigkeiten – oder aber die genaue Bestimmung von Versorgungszielen – nötig, was beides nur schwer möglich ist und unweigerlich zu methodischen Problemen führt (Arnold 1998). Daher sollen hier die aufgeworfenen Fragen nur in Zusammenhang mit einem Vergleich Deutschlands zu anderen Industrieländern und deren Kapazitäten beantwortet werden. Ziel dieses Beitrags ist es deshalb, mithilfe der aktuellen (Juni 2009) Gesundheitsdaten der OECD die Kapazitäten Deutschlands und deren Entwicklung mit denen anderer Industrienationen zu vergleichen¹. Dabei wird diskutiert, ob – und wenn ja warum – Deutschland vergleichsweise viele Überkapazitäten vorhält.

3.2 Indikatoren für Überkapazitäten

Überkapazitäten im stationären Sektor als maßgeblicher Grund für eine ineffiziente Gesundheitsversorgung sind in der Vergangenheit mehrfach und kontrovers diskutiert worden (vgl. Krankenhaus-Report 1998 zum Schwerpunkt Überkapazitäten im Krankenhaus). Dass Überkapazitäten als Differenz aus der maximal möglichen Leistungsfähigkeit deutscher Krankenhäuser und der tatsächlich durch den Patienten abgerufenen Krankenhausleistung existieren, wird dabei meist eingeräumt, das Ausmaß ist jedoch umstritten.

Als Indikator oder Maßzahl für Krankenhauskapazitäten wurde in der Vergangenheit fast immer das „Bett“ genutzt. Da Deutschland im internationalen Vergleich eine Spitzenposition bezüglich der Bettenausstattung einnimmt, werden stets Überkapazitäten unterstellt, da andere Länder mit einer vergleichsweise geringeren Anzahl von Betten auch funktionierende Gesundheitssysteme vorweisen können. Diese Argumentation muss aus verschiedenen Gründen hinterfragt werden: Zunächst sind die Definitionen eines „Bettes“ trotz aller Bemühungen der OECD um Standardisierung längst nicht einheitlich, was auch an der unterschiedlichen Strukturierung der Krankenhaussektoren liegt. So ist ein „Akutbett“ längst nicht immer von einem anderen Bett z. B. in einem rein psychiatrischen Krankenhaus oder einem Rehabilitationszentrum abgrenzbar.

¹ Die Auswahl der Vergleichsländer orientiert sich dabei an der Verfügbarkeit von OECD-Daten. Daher werden teilweise unterschiedliche Länder in die folgenden Vergleiche einbezogen. Einzelne Daten sowie die OECD-Durchschnittswerte werden von der OECD nicht ausgewiesen und beruhen daher auf Berechnungen bzw. Schätzungen der Autoren.

Auch muss dem Bett ein Behandlungsfall gegenüberstehen. Wenn viele Patienten behandelt werden, ist auch eine entsprechend hohe Anzahl von Betten notwendig. Eine möglichst zügige Inanspruchnahme der stationären Versorgung spiegelt auch ein wichtiges Qualitätsmerkmal eines Gesundheitssystems wider. In anderen Ländern mit niedrigeren Bettenkapazitäten (z. B. Irland oder Großbritannien) – und „effizienten“ hohen Bettenauslastungsraten – gab es, und gibt es teilweise noch immer, längere Wartelisten und ein schneller Zugang ins Krankenhaus war bzw. ist nicht mehr gewährleistet. Werden die Behandlungsfälle begrenzt, sind weniger Betten notwendig und umgekehrt (Busse et al. 2006; Hurst und Siciliani 2003). Im Mittelpunkt der Betrachtung des Indikators Bett sollte daher ein wirtschaftlicher und effizienter Betrieb der vorhandenen Bettenkapazitäten stehen. Ein möglicher Indikator dafür ist der Auslastungsgrad der aufgestellten Betten. Hierüber und im Zusammenhang mit der durchschnittlichen Verweildauer kann abgelesen werden, ob die Betten tatsächlich genutzt werden oder als reine Fixkostentreiber anzusehen sind.

Das Bett als Indikator für Krankenhauskapazitäten sagt zudem nichts über die technische Ausstattung des Krankenhauses, die Personalstärke und dessen Qualifikation aus. Weiterhin liegen auch nur auf Länderebene aggregierte Daten vor, was eine Differenzierung nach Fachabteilungen eines Krankenhauses unmöglich macht. Mit einem Blick auf die für einen internationalen Vergleich verfügbaren Daten muss jedoch fest gestellt werden, dass trotz aller Einschränkungen kein anderer Indikator über Jahre und Jahrzehnte zuverlässiger erhoben und international veröffentlicht wurde. Daher wird in Ermangelung anderer aussagekräftigerer Indikatoren auch heute noch das Bett für internationale Kapazitätsvergleiche verwendet.

Allerdings ist das Bett aus Kostenperspektive nicht der entscheidende Produktionsfaktor im Krankenhaus, da der Großteil der Kosten im Krankenhaus auf das Personal entfallen (in Deutschland derzeit etwa 61 % (Augurzyk et al. 2009a)). Daher sollte die Anzahl des medizinischen Fachpersonals im Verhältnis zu den behandelten Fällen oder zu den (belegten) Betten als Indikator für Kapazitätsvergleiche herangezogen werden. Dabei muss jedoch neben der Anzahl des Personals (pro Bett, pro belegtes Bett oder pro Fall) auch die Qualifikation des Personals sowie ihr jeweiliges Aufgabenspektrum betrachtet werden. Insbesondere gilt dies für das Verhältnis von Arzt zu Pflegekraft, da deren Aufgabenspektrum im internationalen Vergleich stark variiert. So ist in Deutschland eine Vielzahl von zeitintensiven Aufgaben (z. B. Blutabnahme) der Ärzteschaft vorbehalten. In Nachbarländern hingegen werden Aufgaben zum Teil von den Ärzten hin zum Pflegepersonal verlagert und so die im Vergleich kostenintensivere Arbeitszeit der Ärzte minimiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 143, vgl. für eine detailliertere Analysen zum Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften in Deutschland, Großbritannien und den USA: Döhler 1997). Leider sind insbesondere die Daten zum Personal international im Grunde noch immer nicht vergleichbar; so unterscheidet die OECD zwischen „professional nurses“ und „practising nurses“, was von Land zu Land sehr unterschiedlich ausgelegt wird.

3.3 Krankenhauskapazitäten und deren Entwicklung im OECD-Vergleich

In international vergleichenden Kapazitätsanalysen wird einerseits auf den Angebotsüberhang hinsichtlich der Betten in Deutschland (z. B. Augurzky et al. 2009b; Dexia und HOPE 2009) und vereinzelt auch auf Überkapazitäten im Personalbereich hingewiesen: „Im internationalen Vergleich leistet sich Deutschland sowohl stationär wie auch ambulant ungewöhnlich viel medizinisches Personal“ (Augurzky et al. 2009b: 16). Andere Studien dagegen beschreiben das deutsche Krankenhauswesen trotz dieses Sachverhalts im internationalen Vergleich als wirtschaftlich (Schölkopf und Stapf-Finé 2003: 119f.; Stapf-Finé und Schölkopf 2003; vgl. für eine schon etwas ältere Studie, die allerdings zu ähnlichen Ergebnissen kommt: Huber et al. 1993).

Bei aller gebotenen Vorsicht hinsichtlich der tatsächlichen Vergleichbarkeit von Daten zu vermeintlich einfachen Konzepten wie „Bett“, „Verweildauer“ oder „Pflegekräfte“ im internationalen Vergleich werden in diesem Abschnitt die Bettenkapazitäten sowie verschiedene andere Indikatoren im internationalen Vergleich beschrieben und analysiert. Wir konzentrieren uns dabei auf drei Dimensionen, die allerdings in einem engen Zusammenhang zueinander stehen: (1) Bettendichte und Bettennutzung, d. h. Krankenhausbetten und Krankenhausfälle pro Einwohner, Verweildauer und Bettenauslastung bzw. -belegung in Krankenhäusern; (2) die Ausgaben pro stationären Fall und (3) die im Gesundheitswesen eingesetzte Personalkapazitäten (da sich die Arbeitsteilung zwischen ambulant und stationär im internationalen Kontext doch recht stark unterscheidet, ist es nicht sinnvoll möglich, sich auf den stationären Sektor zu konzentrieren). Es wird sowohl darauf eingegangen, wie sich einzelne Vergleichsdimensionen gegenwärtig darstellen als auch welche Veränderungen sich in den letzten zehn Jahren (von 1997 bis 2007) ergeben haben.

3.3.1 Bettendichte und -nutzung

Bekanntlich zeichnet sich Deutschland durch eine hohe Bettendichte im internationalen Vergleich aus. Auch wenn man die neueste Veröffentlichung der OECD Gesundheitsdaten heranzieht (Tabelle 3–1) fällt Deutschland nach wie vor durch eine hohe Bettendichte auf. Im Jahr 2007 hatte Deutschland 5,7 Betten pro 1 000 Einwohner. Damit lag Deutschland zum ersten Mal seit längerer Zeit nicht mehr an der Spitze im Vergleich der europäischen OECD-Länder, sondern an zweiter Stelle hinter Österreich. Abgesehen von Griechenland haben alle 24 Länder, für die hier Daten vorliegen, in den vergangenen zehn Jahren Bettenkapazitäten abgebaut (Abbildung 3–1). Deutschland liegt mit –14% dabei im unteren Mittelfeld der 24, obwohl angesichts des hohen Ausgangsniveaus vielleicht ein überdurchschnittlicher Abbau zu erwarten gewesen wäre. Allerdings zeigt Abbildung 3–1 auch, dass eine eindeutige Korrelation zwischen hohem Ausgangsniveau (d. h. Betten im Jahr 1997) und einer starken Veränderungsrate über die folgenden zehn Jahre so nicht gegeben ist. Vielmehr wurden die meisten Betten in Italien mit einem insgesamt mittleren Ausgangsniveau abgebaut, während Österreich mit sehr hohem Ausgangsniveau eine sehr niedrige Abbaurrate vorweist – die so hoch ist wie in Australien oder Irland, obwohl diese 1997 nur halb so viele Betten hatten.

Tabelle 3-1

Akutbetten, Krankenhaushfälle, durchschnittliche Verweildauern und Belegungsraten mit ihren jeweiligen Veränderungsraten von 1997 zu 2007

| Länder | Akutbetten pro 1 000 Einwohner | | Krankenhaushfälle pro 1 000 Einwohner | | Veränderung 1997-2007 in % | | durchschnittliche Verweildauer in Tagen | | Veränderung 1997-2007 in % | | Belegungsrate in % | | Veränderung 1997-2007 in % | |
|----------------|--------------------------------|------|---------------------------------------|------|----------------------------|-------------------|---|-------------------|----------------------------|-------|--------------------|------|----------------------------|------|
| | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997-2007 | in % | 1997 | 2007 | 1997-2007 | in % | 1997 | 2007 | 1997-2007 | in % |
| Australien | 3,8 | 3,6 | 3,5* | 16,1 | 15,8 | 16,2* | 1 | 6,2 | 6,1 | 5,9* | 68,8 | 70,4 | 73,5* | 7 |
| Belgien | 4,9 | 4,7 | 4,3 | 15,5 | 17,8 | 17,4* | 12 | 8,8 | 7,7 | 7,2* | 77,7 | 78,8 | 80,0 | 3 |
| Dänemark | 3,7 | 3,5 | 2,9* | 27,7 | 17,2 | 17,0 | -39 | 4,0 | 3,8 | 3,5** | 82,0 | 85,0 | 56,0 | -32 |
| Deutschland | 6,6 | 6,4 | 5,7 | 18,8 | 19,6 | 22,7 | 20 | 9,9 | 9,2 | 7,8 | 80,4 | 81,1 | 76,0 | -5 |
| Finnland | 4,2 | 4,0 | 3,7 | 26,7 | 26,7 | 19,0 | -29 | 5,5 | 5,0 | 4,6 | 96,0 | 91,0 | 65,0 | -33 |
| Frankreich | 4,4 | 4,1 | 3,6 | 20,5 | 19,8 | 18,5 | 5 | 5,9 | 5,6 | 5,3 | 76,4 | 75,0 | 74,0 | -3 |
| Griechenland | 3,9 | 3,8 | 3,9* | 14,4 | 16,1 | 18,8** | 30 | 6,3 | 6,2 | 5,6** | 70,0 | 78,1 | 74,0 | 6 |
| Großbritannien | N/A | 3,0 | 2,6 | N/A | 12,1 | 12,6* | 3 | N/A | 8,2 | 7,2 | N/A | 82,2 | 83,3 | 1 |
| Italien | 5,2 | 4,1 | 3,1 | 15,9 | 15,6 | 13,9* | -12 | 7,3 | 7,0 | 6,7* | 72,5 | 75,6 | 78,4* | 8 |
| Irland | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 11,8 | 13,8 | 13,8 | 17 | 6,3 ^b | 6,0 | 5,9* | 84,5 | 84,5 | 86,7* | 3 |
| Japan | 11,5 | 9,6 | 8,2 | 10,9 | 11,6 | 12,0 | 10 | 31,4 | 24,8 | 19,0 | 81,7 | 81,8 | 76,4 | -6 |
| Kanada | 3,8 | 3,2 | 2,7* ^b | 10,1 | 9,4 | 8,4* | -17 | 7,0 | 7,2 | 7,3* | 84,6 | 91,2 | 89,0* ^s | 5 |
| Niederlande | 3,7 | 3,5 | 3,0 | 10,1 | 9,3 | 10,9 | 9 | 9,6 | 9,0 | 6,6* | 71,4 | 65,7 | 66,0 | -8 |
| Norwegen | 3,3 | 3,1 | 2,9 | 15,1 | 15,4 | 17,2 | 15 | 6,4 | 6,0 | 5,0 | 80,0 | 85,2 | 88,0 | 10 |
| Österreich | 6,6 | 6,3 | 6,1 | 26,1 | 28,5 | 27,8** | 6 | 7,6 | 6,7 | 5,7 | 75,4 | 77,3 | 79,4 | 5 |
| Polen | 5,7 | 5,2 | 4,6 | 13,3 | 15,8 | 19,4 ^b | 46 | 10,4 | 8,9 | 5,9 | 66,6 | 74,0 | 68,0 | 3 |
| Portugal | 3,4 | 3,2 | 2,8 | 11,6 | 8,6 | 10,8 | -7 | 7,5 | 7,7 | 6,8 | 70,1 | 71,3 | 72,6 | 4 |
| Schweden | 2,7 | 2,4 | 2,1 | 16,8 | 16,5 | 16,5 | -2 | 5,1 | 5,0 | 4,5 | 87,0 | 94,0 | 97,0 | 11 |
| Schweiz | 4,9 | 4,1 | 3,5 | 14,3 | 13,6 | 16,6 | 16 | 10,5 ^b | 9,3 | 7,8 | 83,9 | 84,8 | 85,2 | 2 |

Tabelle 3-1

Fortsetzung

| Länder | Akutbetten pro 1 000 Einwohner | | Verände- rung 1997-2007 in % | | Krankenhausfälle pro 1 000 Einwohner | | Verände- rung 1997-2007 in % | | durchschnittliche Verweildauer in Tagen | | Verände- rung 1997-2007 in % | | Belegungsrate in % | | Verände- rung 1997-2007 in % | |
|---|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|----------------|--|-------------|---------------------------------------|---------------|---|------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------|-------------|---------------------------------------|---------------|
| | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 | 1997 | 2007 |
| Slowakei | 6,1 | 5,8 | 4,9 | -20 | 20,2 | 19,6 | 19,1 | -5 | 10,1 | 8,5 | 7,0 | -31 | 78,5 | 70,6 | 67,9 | -14 |
| Spanien | 2,9 | 2,8 | 2,5* | -14 | 10,6 | 11,2 | 10,7 | 1 | 7,6 | 7,1 | 6,6* | -13 | 76,2 | 77,1 | 77,0 | 1 |
| Tschechien | 6,3 | 5,7 | 5,2 ^b | -17 | 18,1 | 19,1 | 20,3 | 12 | 9,1 | 8,7 | 7,7 | -15 | 71,8 | 70,5 | 72,2 | 1 |
| Ungarn | 5,9 | 5,8 | 4,1 | -31 | 20,7 | 21,8 | 18,9 | -9 | 8,2 | 7,1 | 6,0 | -27 | 78,8 | 73,2 | 69,2 | -12 |
| USA | 3,2 | 2,9 | 2,7* | -16 | 12,3 | 12,2 | 12,6 | 2 | 6,1 | 5,8 | 5,5 | -10 | 61,9 | 63,9 | 66,6 | 8 |
| OECD- Mittelwert^c | 4,7 | 4,3 | 3,8 | ca. -20 | 16,4 | 16,1 | 16,3 | ca. -1 | 8,6 | 7,8 | 6,7 | ca. -22 | 77,2 | 78,4 | 75,9 | ca. -2 |

* 2006 ** 2005. ^a = arithmetisches Mittel; ^b = Bruch in der Datenreihe; ^s = Schätzung

Großbritannien: 7-Jahres-Vergleich 2000-2007; Frankreich: Fallzahlen korrigiert; in OECD Health Data 2009 fehlende Werte wurden z.T. ergänzt; N/A – nicht verfügbar

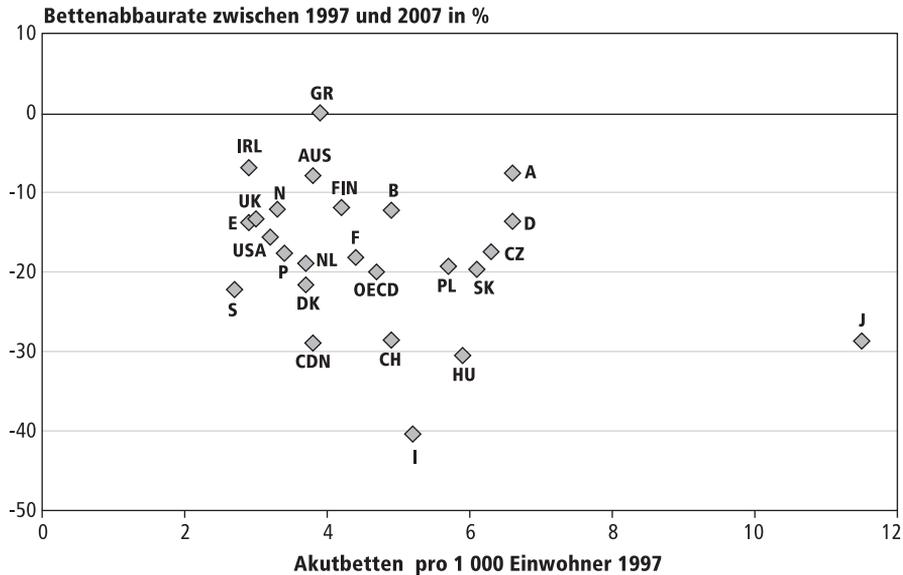
Quelle: OECD 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 3–1

Bettenabbauraten von 1997 bis 2007 im Vergleich zur Bettendichte 1997



Anmerkungen: teilweise nur bis 2006 (AUS, CDN, E, GR, US), bei UK 2000–2007

Quelle: OECD 2009, teilweise nachberechnet

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Bettendichte und Bettenutzung stehen in einem engen Verhältnis zueinander, da Krankenhausfälle mal Verweildauer geteilt durch die Krankenhausbetten immer auch die Bettenauslastung ergibt, d. h. ein Bettenabbau entweder durch eine Fallzahlreduktion, ein Verweildauerrückgang und/oder eine erhöhte Bettenauslastung begleitet sein sollte. Erst diese vier Faktoren gemeinsam lassen eine gewisse Interpretation zu. Abbildung 3–2 zeigt daher die Veränderungsdaten der Krankenhausfallzahl, der durchschnittlichen Verweildauer sowie der Belegungsrate im Verhältnis zur Stärke des Bettenabbaus. Dabei zeigt sich, dass von den 24 Ländern nur acht eine Verringerung der Fallzahlen aufweisen, aber 16 Länder ihre Belegungsraten steigern konnten; eine Verringerung der Verweildauer ist in 23 der 24 Länder zu beobachten.

In Italien, dem Land mit der stärksten Bettenreduktion von 40%, haben sich die Faktoren in der zu erwartenden Richtung entwickelt, d. h. Fallzahl und Verweildauer haben abgenommen und die Belegungsrate hat sich erhöht. Dies kontrastiert mit Ungarn, wo die Fallzahlen und die Verweildauer so stark abgenommen haben, dass trotz eines 31%igen Bettenabbaus die Bettenauslastung zurückgegangen ist, also vermutlich Ineffizienzen bestehen. Durch einen Rückgang der Fallzahlen um 17% bei gleichzeitigem Anstieg der Verweildauer um 4% konnte Kanada 29% der Betten im Vergleichszeitraum abbauen und seine Bettenbelegung um 5% erhöhen. Dies spricht dafür, dass in Kanada nunmehr eher schwerere Fälle stationär im Kranken-

haus behandelt werden – bei jetzt höherer Bettenbelegung – leichtere Fälle hingegen ambulant versorgt werden, d. h. das System insgesamt effizienter geworden ist. Noch höhere Rückgänge in den stationären Fallzahlen gab es in Dänemark (–39%) und Finnland (–29%); in beiden Ländern konnte der Bettenabbau damit aber nicht Schritt halten – und es ergaben sich somit starke Verringerungen der Bettenbelegungsraten (um –32% bzw. –33%), d. h. vermutlich Ineffizienzen.

Abbildung 3–2 macht zudem deutlich, dass in wenigen Ländern die Zahl der stationären Fälle so stark zugenommen hat wie in Deutschland (+20%) – höhere Anstiege gab es nur in Polen (+46%) und Griechenland (+30%). Dieser Fallzahlenanstieg wird für den relativ geringen Bettenabbau verantwortlich gemacht (Augurzky et al. 2009b: 16). Fraglich sind jedoch die Ursachen dieses Fallzahlenanstiegs. In der deutschen Diskussion wird oftmals – aber angesichts der doch sehr starken Unterschiede im OECD-Vergleich vermutlich zu Unrecht – die aufgrund des demografischen Wandels zunehmende Alterung der Bevölkerung angeführt. Zwar ist Deutschland neben Italien und Japan von diesem Umstand besonders betroffen, aber auch andere Industrienationen müssen sich dieser demografischen Entwicklung stellen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: 91 ff.). Richtiger und wichtiger dürfte die im internationalen Vergleich schleppende „Ambulantisierung“ der stationären Krankenhausfälle sein.

Wie aus Tabelle 3–1 hervorgeht, verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer in den 24 Ländern seit 1997 um ca. 22%. Extreme Verkürzungen der Verweildauer waren insbesondere in Polen (–4,5 Tage bzw. –43%), Japan (–12,4 Tage bzw. –39%) und den Niederlanden (–3 Tage bzw. –31%) zu beobachten, während sie in Deutschland um –2,1 Tage bzw. –21% abnahm.

Die Belegungsquote ist in Deutschland seit 1997 zurückgegangen, was unterstreicht, dass der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer ausgeprägter war als der (unterdurchschnittliche) Rückgang der Bettenanzahl und der (überdurchschnittliche) Fallzahlenanstieg. Mit seiner jetzigen Auslastungsrate liegt Deutschland im internationalen Vergleich etwas über dem Durchschnitt. Höher als in Deutschland liegt die Bettenauslastung in traditionell zu Wartelisten neigenden Ländern wie Kanada (89%), Norwegen (88%), Irland (86,7%) oder Großbritannien (83,3%) – aber auch der Schweiz (85,2%), wo bei ähnlichen Veränderungen der Fallzahlen und der Verweildauer wie in Deutschland doppelt so viele Betten abgebaut worden sind.

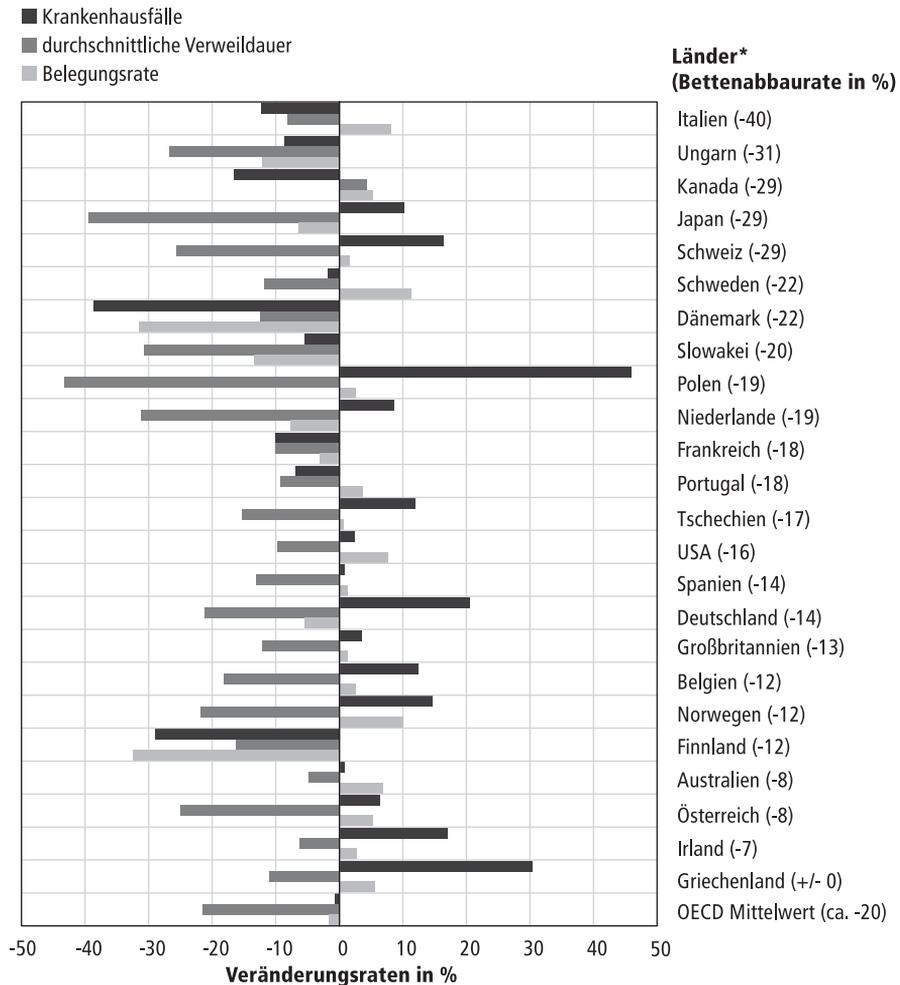
3.3.2 Fallbezogene Krankenhausausgaben

Ein ganz anderes Bild zur Position Deutschlands im OECD-Kontext ergibt sich, wenn man die Krankenhausausgaben pro Fall analysiert (Abbildung 3–3). Dabei wird deutlich, dass im internationalen Vergleich mit abnehmender Fallzahl die Kosten pro Fall zunehmen. Deutschland nimmt hier keine Spitzenposition ein, sondern bewegt sich vielmehr im unteren Mittelfeld – günstiger sind stationäre Fälle nur in Österreich, Tschechien, Ungarn, der Slowakei und Polen. Insbesondere ein Vergleich mit Kanada ist interessant: Dort gibt es nur rund 40% so viele Fälle wie in Deutschland – aber die Kosten betragen pro Fall rund das 2,5fache, sodass die stationären Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung gleich hoch sind.

Die Krankenhausausgaben pro Fall hängen von sehr vielen Faktoren ab. Unter anderem ist zu berücksichtigen, welches Patientenklientel (Case Mix) in den Kran-

Abbildung 3–2

Veränderung der Fallzahl, Verweildauer und Belegungsrate von 1997 bis 2007



* Sortiert nach Veränderungsrate der Bettendichte

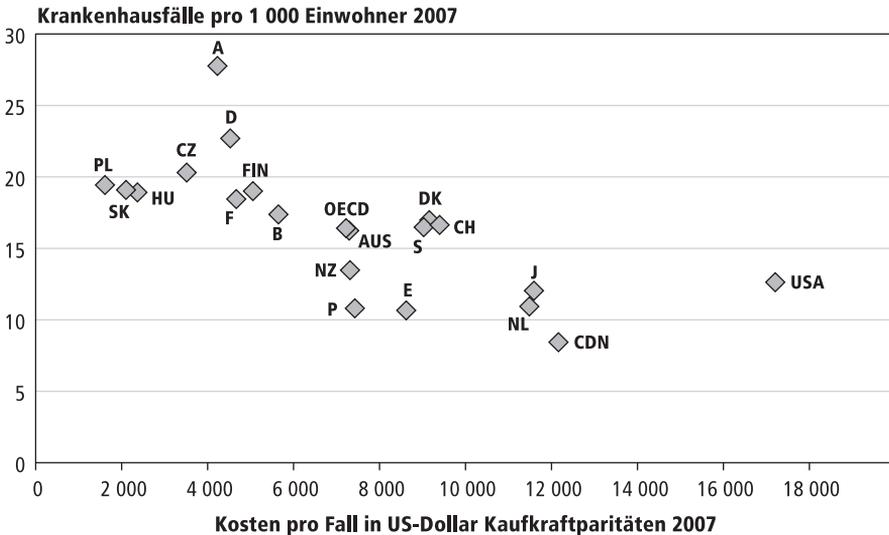
Anmerkungen: teilweise nur bis 2006 (AUS, CDN, E, GR, US), bei UK 2000–2007; bei F: Fallzahlen korrigiert

OECD 2009, teilweise nachberechnet

kenhäusern behandelt wird. Hier zeigt sich, dass die Länder, die durch sehr hohe Fallkosten auffallen (Kanada, Dänemark und die Niederlande), gleichzeitig einen sehr hohen Anteil an ambulanten Operationen haben (vgl. zu einer näheren Untersuchung der ambulanten Operationen in Krankenhäusern im internationalen Vergleich auf der Basis der OECD Gesundheitsdaten: Busse und Wörz 2009). Dies legt den Schluss nahe, dass in diesen Ländern vorwiegend Krankenhausfälle mit ver-

Abbildung 3–3

Anzahl der Krankenhausfälle im Verhältnis zu den Fallkosten (2007)



Quelle: OECD 2009

Krankenhaus-Report 2010

Wido

gleichsweise hohem Aufwand stationär behandelt werden, was mithin auch die Kosten pro Fall ansteigen lässt. In diese Richtung weist auch die Anzahl der jährlich behandelten Krankenhausfälle. Im Jahr 2007 wurden in Deutschland ca. 23 Krankenhauspatienten pro 1 000 Einwohner behandelt; damit befindet sich Deutschland nach Österreich an zweiter Stelle unter den OECD-Ländern und erheblich über dem Durchschnitt, der bei ungefähr 16 Fällen liegt (Tabelle 3–1). In Ländern, die in höherem Maße stationäre Behandlungen durch ambulante ersetzen, wurden beispielsweise knapp über 8 (Kanada) oder 11 (Niederlande) Patienten pro 1 000 Einwohner in Krankenhäusern versorgt.

So ist der deutsche stationäre Sektor im internationalen Vergleich geprägt von *unterdurchschnittlichen* Kosten pro Fall, *durchschnittlichen* Ausgaben pro Einwohner und einer *überdurchschnittlichen* Zahl von stationären Behandlungsfällen. Ob man dies als schlecht – weil vorgeblich ineffizient – oder vielmehr als gut – weil zugänglich, bedarfsgerecht, leistungsstark und damit wirtschaftlich – betrachtet, hängt also vor allem von der Betrachtungsweise ab.

3.3.3 Personaleinsatz

Tabelle 3–2 präsentiert Daten zu unserer dritten Vergleichsdimension, dem medizinischen Personal. Aufgrund der international sehr unterschiedlichen Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor kann hier nicht eindeutig das stationäre vom ambulant tätigen Personal abgegrenzt werden. Daher wird das insgesamt im Gesundheitssystem tätige Personal für einen Vergleich herangezogen. Im

Tabelle 3–2

Praktizierende Ärzte und qualifizierte Krankenpflegekräfte je 1000 Einwohner und deren Verhältnis (2007)

| | Praktizierende Ärzte | Qualifizierte Krankenpflegekräfte | Verhältnis von qualifizierten Pflegekräften zu Ärzten |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--|
| Österreich | 3,75 | 6,20 | 1,7 |
| Kanada | 2,18 | 6,96 | 3,2 |
| Tschechien | 3,57 ^b | 7,47 | 2,1 |
| Dänemark | 3,17 [*] | 9,53 [*] | 3,0 |
| Frankreich | 3,37 | 7,73 ^b | 2,3 |
| Deutschland | 3,5 | 7,77 | 2,2 |
| Griechenland | 5,35 | 1,64 [*] | 0,3 |
| Ungarn | 2,78 ^{b,s} | 4,52 | 1,6 |
| Island | 3,72 | 8,76 | 2,4 |
| Japan | 2,09 [*] | 6,35 [*] | 3,0 |
| Korea | 1,74 | 2,08 | 1,2 |
| Luxemburg | 2,87 | 2,34 [*] | 0,8 |
| Niederlande | 3,93 ^d | 2,53 | 0,6 |
| Neuseeland | 2,31 | 9,15 | 4,0 |
| Norwegen | 3,86 ^b | 15,78 | 4,1 |
| Polen | 2,19 | 5,18 | 2,4 |
| Portugal | 3,51 ^d | 5,11 | 1,5 |
| Spanien | 3,65 | 4,37 | 1,2 |
| Schweden | 3,58 [*] | 10,83 [*] | 3,0 |
| Großbritannien | 2,48 | 8,10 | 3,3 |
| USA | 2,43 | 8,18 | 3,4 |
| OECD-Mittelwert^a | 3,14 | 6,69 | 2,1 |

* 2006 ** 2005, ^b = Bruch in der Datenreihe, ^s = Schätzung, ^d = neue Berechnungsmethode

Quelle: OECD 2009

Krankenhaus-Report 2010

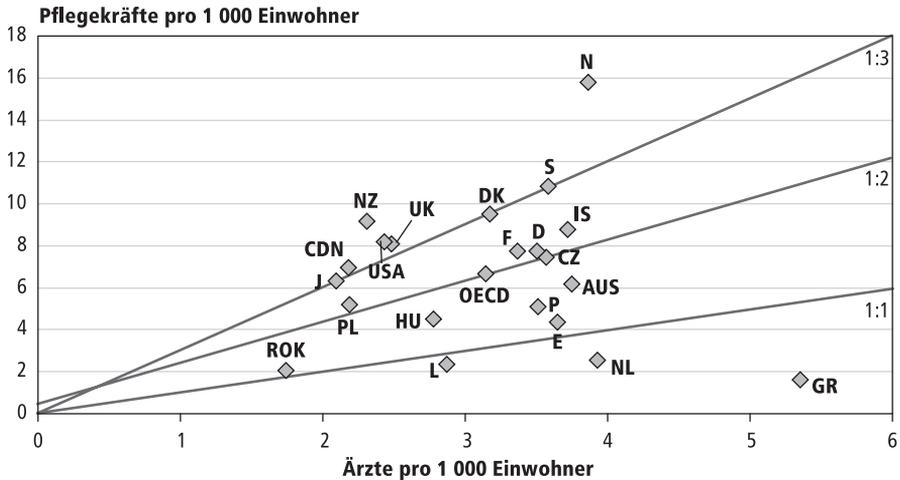
Wido

Jahr 2007 hatte Deutschland eine moderat über dem Durchschnitt liegende Ärztedichte². Auch in Bezug auf die qualifizierten Pflegekräfte befindet sich Deutschland leicht über dem Durchschnitt. Bemerkenswerterweise liegt Deutschland seit 1997 in Bezug auf das Verhältnis von qualifizierten („professionellen“) Pflegekräften zu praktizierenden Ärzten genau im Durchschnitt der Länder, für die hier Daten zur Verfügung stehen (Abbildung 3–4). Wesentlich höhere Krankenpflegekraft/Arzt-

2 Auf den wichtigen Aspekt der Verteilung zwischen Allgemein- und Fachärzten kann hier nicht eingegangen werden (vgl. hierzu Augurky et al. 2009b: 16ff.).

Abbildung 3–4

Verhältnis von praktizierenden Ärzten zu qualifizierten Krankenpflegekräften (2007)



Quelle: OECD 2009

Krankenhaus-Report 2010

WldO

Verhältnisse zeigen sich insbesondere für Norwegen, Neuseeland, die USA, Großbritannien und Japan, während sich Griechenland am anderen Ende des Spektrums befindet. Während – wie gezeigt – nahezu alle hier betrachteten Länder Betten abbauen, gibt die OECD-Datenbank wieder, dass mit wenigen Ausnahmen die Anzahl der Ärzte in vielen Ländern zunimmt, sich mithin die Entwicklung auf den Status quo in Deutschland zubewegt (Daten hier nicht gezeigt). Eine ähnliche Entwicklung kann auch in Bezug auf qualifizierte Krankenpflegekräfte beobachtet werden.

Allerdings müssen diese Daten mit Vorsicht betrachtet werden: Deutschland betrachtet sein Krankenpflegepersonal mit dreijähriger Ausbildung als „professionell“ – und addiert zu den „praktizierenden“ Krankenpflegekräften noch die Pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung (wodurch sich die Zahl von 7,77 auf 9,94 erhöht), während die Niederlande etwa ein deutlich höheres Qualifikationsniveau anlegen – und so bei lediglich 2,53 qualifizierten auf 8,69 praktizierende Krankenpflegekräfte kommen (was auch zu einem anderen Verhältnis führen würde).

Die Abbildung 3–4 legt den Schluss nahe, dass sich die Situation in Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten (z. B. Großbritannien, Schweden, Dänemark) von der in Sozialversicherungsländern (z. B. Deutschland, Österreich und Niederlande) unterscheidet. Die Daten deuten darauf hin, dass in Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten den qualifizierten Pflegekräften mehr Kompetenzen zukommen als in Sozialversicherungsländern. Wie bereits beschrieben, zeigen sich für Deutschland hier noch Rationalisierungspotenziale.

Da sich der demographische Wandel auch ausgeprägt unter den ambulant tätigen Ärzten zeigt (z. B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: 117ff.), könnte es künftig erforderlich sein, solche Poten-

ziale zu erschließen. Modellinitiativen wie das Projekt „Arztentlastende, Gemeindefnahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“ (AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg weisen bereits in diese Richtung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 148). Hinzu kommt, dass viele immer noch davon ausgehen, dass die Alterung der Gesellschaft unter sonst gleichen Bedingungen (!) zu einer Zunahme der Behandlungsfälle führen wird. Bei einer Fortschreibung des Status quo etwa rechnet das Statistische Bundesamt mit einer Zunahme der stationären Fälle bis zum Jahr 2030 um 11,8% (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008: 12).

3.4 Schlussfolgerungen und Diskussion

Die hier verdeutlichten Zusammenhänge illustrieren, wie schwierig internationale Vergleiche sind und mahnen auch zur Vorsicht vor zu schnellen Schlussfolgerungen und Ratschlägen an die Politik.³ Vergleiche von Krankenhauskosten müssen den Case Mix mitberücksichtigen und sind derzeit auf der Basis von OECD Daten kaum möglich. Infolgedessen sind auf der Basis der OECD Gesundheitsdaten nur sehr beschränkt Wirtschaftlichkeitsvergleiche möglich. Europäisch vergleichende Projekte wie *HealthBASKET* oder *EuroDRG*, die die Kosten für stationäre Krankheitsepisoden analysieren, illustrieren die Komplexität, mit denen solche Wirtschaftlichkeitsvergleiche behaftet sind (Busse et al. 2008, <http://www.eurodrgeu.eu>). Es wird aber auch deutlich, wie wandlungsfähig Krankenhäuser im internationalen und intertemporalen Vergleich sind (Healy und McKee 2002). Andere Länder zeichnen sich hier durch eine bessere Verzahnung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich aus und haben – folgt man den gezeigten Zahlen – deutlich stärkere Umstrukturierungsprozesse im Gesundheitswesen erlebt als Deutschland. Auch mangelnde Datenqualität kann an verschiedenen Stellen zu Missverständnissen führen. Bei unseren Analysen stießen wir auf eine Reihe von hinterfragenswerten Angaben, die zumeist auf Fehler in der Datenerhebung schließen lassen.

Allerdings lassen die Daten auch einige Schlussfolgerungen zu: So wurden und werden zwar in Deutschland wie in vielen anderen Ländern die Akutbetten im Krankenhaus reduziert, jedoch geschieht dies ausgehend von einem hohen Niveau und vergleichsweise langsam. Zugleich steigen die Fallzahlen im internationalen Vergleich überdurchschnittlich stark an, was hierzulande oftmals wegen des demographischen Wandels als quasi unvermeidbar hingenommen wird – obwohl andere Länder zeigen, dass entgegengesetzte Entwicklungen auch in alternden Gesellschaften möglich sind – sofern man sie denn will und fördert.

³ Auch wenn die OECD mit dem „System of Health Accounts“ Version 1.0 (OECD 2000) erhebliche Fortschritte bei der Erstellung eines statistischen Beschreibungssystems gemacht und die internationale Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten erleichtert hat, gibt es nach wie vor offene Fragen, wie z.B. bei der Messung von Preisen und Ausgaben sowie bei der Abgrenzung von Akut- und Langzeitversorgung. Unter anderem aus diesen Gründen wird das System of Health Accounts derzeit zu einer Version 2.0 überarbeitet (http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_40045874_40037351_1_1_1_1_1,00.html (Zugriff am 10. 07. 2009)).

Ursachen für das hohe Bettenniveau und den langsam fortschreitenden Bettenabbau gibt es viele: So könnte man die Krankenhausfinanzierung der frühen 70er bis frühen 90er Jahre nennen. Oder auch die Planungshoheit für Krankenhäuser auf Ebene der jeweiligen Bundesländer, die in mehr (z. B. Berlin) oder weniger (z. B. Saarland) detaillierten Krankenhausplänen die Versorgungsstruktur festlegen. Zum anderen verhindert eine Finanzierungslücke von geschätzten 9 Mrd. € (Augurzky et al. 2009a) eine strukturelle Anpassung der Krankenhäuser an zeitgemäße Versorgungsprozesse wie z. B. Neubauten oder den Einsatz moderner IT-Technik. So werden Kapazitäten teilweise zum reinen Selbstzweck betrieben. Auch die sektorale Trennung und damit verbundene doppelte Vorhaltung von Fachärzten im ambulanten und stationären Sektor steht einer stärkeren Verringerung der Bettenanzahl entgegen.

Der Gesetzgeber wollte mit Einführung der DRGs die stationären Kapazitäten indirekt reduzieren, da DRGs keine Anreize für lange Liegezeiten mit sich bringen und nur die tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet werden. Der Leitsatz: „gleicher Preis für gleiche Leistung“ stand im Mittelpunkt der DRG-Einführung. Damit sollen auf Krankenseite Anreize geschaffen werden, kostentreibende Ineffizienzen zu beseitigen. Konkret bedeutet das, dass Krankenhäuser, die mit ihren Kosten über den Erlösen liegen, ihre Strukturen und Prozesse anpassen müssen, um einen zumindest ausgeglichenen Jahresabschluss zu erzielen. Weiterhin hat der Gesetzgeber mit der Aufweichung der sektoralen Trennung den Krankenhäusern Instrumente zur ambulanten Patientenversorgung (z. B. integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V, Medizinische Versorgungszentren) an die Hand gegeben, damit nur die Patienten stationär versorgt werden, bei denen dies tatsächlich notwendig ist. Zudem bietet die moderne Medizin heute zahlreiche Verfahren im ambulanten Rahmen an, die noch vor wenigen Jahren nur als rein stationäre Behandlungen möglich waren.

Die bisherigen Maßnahmen des Gesetzgebers scheinen im internationalen Vergleich eher leicht unterdurchschnittliche Veränderungsraten in der Bettendichte hervorzurufen. Dies hat zum einen ökonomische und zum anderen strukturelle Ursachen. Strukturell steht einem schnelleren Bettenabbau die sektorale Trennung mit ihren unterschiedlichen Planungsinstanzen und Vergütungsmechanismen gegenüber. Aus Perspektive des Krankenhauses, so es denn frei über sein Bettenangebot verfügen könnte, gibt es zwei wesentliche ökonomische Gründe, die für den langsamen Abbau oder den Erhalt von Kapazitäten sprechen. So kann es entweder sein, dass ein leeres Bett nahezu vernachlässigbare Gemeinkosten produziert und die Eindämmung der Überkapazitäten mit einem Investitionsbedarf verbunden ist, den das Krankenhaus nicht decken kann⁴ – oder aber mit der bisherigen Betriebskostenvergütung über DRGs können die ungenutzten Kapazitäten problemlos quersubventioniert werden. In diesem Fall bleibt abzuwarten, ob zukünftig eine Verringerung des Vergütungsvolumens oder ein weiterer Kostenanstieg (Personal, Energie, Steuern) zu einer höheren Bettenabbaurate führt. Derzeit ist lediglich zu beobach-

⁴ Hierbei muss abgewogen werden ob der fortlaufende Betrieb mit Überkapazitäten kostenwirksamer als eine Umstrukturierung ist. In der Praxis ist in diesem Fall zu beobachten, dass ein oder mehrere Zimmer oder ganze Gebäudeteile zeitweise vom Betrieb abgeschnitten werden.

ten, dass die Krankenhäuser auf den mit dem GKV-WSG initiierten Verdrängungswettbewerb mit Kooperationen und Fusionen reagieren. So ist die Abnahme der Krankenhauszahl seit 2003 zu 90% durch Fusionen statt durch Schließungen zu erklären (Augurzky et al. 2009a).

Mit Einführung der DRGs war argumentiert worden, dass diese aufgrund ihrer Anreizstrukturen zu einem Abbau von Kapazitäten führen. Zwar konnte ein Rückgang der Akutbetten konstatiert werden, jedoch war dieser erstens auch schon vor der Einführung der DRGs zu beobachten und zweitens ist der Anteil der DRG-Einführung am Gesamtrückgang der Kapazitäten schwer zu bestimmen, da eine Reihe weiterer Faktoren die Kapazitätsentwicklung ebenfalls beträchtlich beeinflussen. So ist der Bettenrückgang in erster Linie der durchschnittlichen Liegezeitverkürzung anzurechnen, die auch schon vor der DRG-Einführung mit Hilfe des medizinisch-technischen Fortschritts erreicht wurde.

Durch einen internationalen Vergleich ist der Anteil des Kapazitätsrückgangs, der auf die neue Vergütungssystematik zurückzuführen wäre, nicht identifizierbar. Dies ist allein schon aus dem folgendem Grund der Fall: Obwohl die meisten DRG-Systeme auf dem gleichen Grundgedanken – ökonomisch ähnlich schwere Fällen zu Fallgruppen zusammenzufassen – beruhen, sind sie in ihrer aktuellen Evolutionsstufe sehr unterschiedlich (Busse et al. 2008; Dexia und HOPE 2009). Dies betrifft vor allem den Zweck des DRG-Systems; dieser reicht vom Einsatz für Vergütungszwecke bis hin zur schlichten Leistungserfassung im Krankenhaus. Der Vergleich wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die DRG-Systeme international zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt worden sind (HOPE 2006). Vergleiche zwischen Ländern mit und ohne DRG-System, um Rückschlüsse auf den Wirkungsgrad eines DRG-Systems hinsichtlich der Kapazitäten zu ziehen, sind ebenso nur schwer möglich. Nahezu alle vergleichbaren Industrienationen haben teilweise auch schon mehrere Jahre vor Deutschland ein DRG-System eingeführt.

DRG-Systeme zumindest innerhalb Europas vergleichbarer zu machen und deren Unterschiede herauszuarbeiten, ist Gegenstand der aktuellen Forschung. Vor kurzem abgeschlossene Projekte wie *HealthBASKET* (Busse et al. 2008) zeigten bereits, wie heterogen die DRG-Landschaft innerhalb Europas ist. Mit dem jetzt laufenden, im Rahmen des 7. EU-Forschungsrahmenprogramms geförderten *Euro DRG-Projekt* (<http://www.eurodrg.eu/>) soll daher nun unter anderem analysiert werden, welche strukturellen Faktoren (wie etwa Größe des Krankenhauses, Urbanität seines Standortes) Krankenhauskosten, Behandlungsqualität und Effizienz beeinflussen und ob diese neben den patientenbezogenen Variablen (wie Alter, Krankheit und Schweregrad) und den technologiebezogenen Variablen (d. h. Behandlungsart) einen eigenständigen Stellenwert bei der Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung und -qualitätssicherung haben sollten.

3.5 Literatur

- Arnold M. Editorial. In: Krankenhaus-Report 1998. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1998; 1–10.
- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schwierz C. und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009. Im Auge des Orkans. RWI: Materialien, Heft 53 Executive Summary. Essen: RWI Essen, HCB, ADMED 2009a.
- Augurzky B, Tauchmann H, Werblow A und Felder S. Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI: Materialien, Heft 49. Essen: RWI 2009b
- Busse R, Schreyögg J und Smith P. Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from HealthBASKET project (Editorial). *Health Economics* 2008; S1: 1–8.
- Busse R, Wörz M. Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus. In: Klauber J, Robra BP und Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Stuttgart, New York: Schattauer 2009; 49–58.
- Busse R, Wörz M, Foubister T, Mossialos E, Berman PC et al. *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS). Final Report 2006*. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf (Zugriff: 17. August 2009).
- Dexia und HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*. La Défense Cedex: Dexia Editions 2009.
- Döhler M. *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt/New York: Campus 1997.
- Healy J, McKee M. The role and function of hospitals. In: McKee M, Healy J (Hrsg). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press 2002; 59–80.
- HOPE. DRGs as a financing tool. Brussels: HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) 2006.
- Huber M, Köse A und Schneider M. *Wirtschaftlichkeit und Leistungsniveau deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich. Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft*. Augsburg: BASYS 1993.
- Hurst J, Siciliani L. *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Health Working Papers No. 6. Paris: OECD 2003.
- OECD. *A System of Health Accounts. Version 1.0*. Paris: OECD Publications Service 2000.
- OECD. *OECD Health Data 2009*. Juni 2009.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Bonn 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. Bonn 2009.
- Schölkopf M, Stapf-Finé H. *Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung*. *Das Krankenhaus* 2003; 2: 111–20.
- Stapf-Finé H, Schölkopf M. *Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich – Zahlen, Fakten, Trends*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2003.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2008.

4 Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung

Andreas Werblow, Alexander Karmann und Bernt-Peter Robra

4

Abstract

Der vorliegende Beitrag untersucht die Entwicklung der Effizienz deutscher Krankenhäuser auf Krankenhausebene für die Jahre 2002 bis 2007, d. h. für den Zeitraum der Einführung des DRG-Systems. Als Datenbasis dienen die anonymisierten Krankenhausdaten des Forschungsdatenzentrums der Statistischen Landesämter. In einem ersten Schritt werden die Effizienzwerte der einzelnen Krankenhäuser in einer sog. Effizienzfrontanalyse (DEA) ermittelt. Als Output der Analyse wird die Anzahl der Fälle, die in einem Krankenhaus behandelt werden, verwendet. Die Fallschwere wird über den mittleren Case-Mix-Index (CMI) der wichtigsten Fachabteilungen berücksichtigt. Inputs sind die Zahl der Vollkräfte und die Sachkosten in konstanten Preisen (2005). In einem zweiten Schritt prüft eine Regression den Einfluss exogener Faktoren auf diese Effizienzwerte. Zu den exogenen Faktoren zählen Wettbewerbsindikatoren, die sowohl den Standort (Landkreis) als auch das Einzugsgebiet des Krankenhauses (90% der Patienten) abbilden, wobei im letzteren Fall auch die durchschnittliche Entfernung der Patienten zum Krankenhaus berücksichtigt wird.

Die durchschnittliche Effizienz der Krankenhäuser im Untersuchungssample ist zwischen den Jahren 2002 und 2007 um 8 Prozentpunkte angestiegen, am stärksten in 2004. Die Ineffizienz konnte entsprechend um 24,7 Prozent des Ausgangswertes reduziert werden. Betrachtet man die Effizienzscores der Häuser auf Bundeslandebene im Jahr 2007, wird deutlich, dass die besten beiden Bundesländer eine durchschnittliche Effizienz von über 80% ausweisen, das Schlusslicht jedoch nur 70 Prozent erreicht. Im Jahr 2002 dagegen konnte das beste Bundesland eine durchschnittliche Effizienz von knapp 74 Prozent erreichen, das Schlusslicht von 56 Prozent. Die größte Effizienzsteigerung hatten die Krankenhäuser in Berlin. Private Krankenhäuser sind signifikant effizienter als öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser, Häuser in Ostdeutschland effizienter als Häuser im Westen. Die Anzahl der Fachabteilungen steht in einem komplexen Zusammenhang mit der Effizienz der Krankenhäuser. Für kleine Krankenhäuser ist dieser Zusammenhang negativ, für größere (ab 10 Fachabteilungen) führt hingegen jede weitere Fachabteilung zu einer Steigerung der Effizienz. Ein Haus mit vielen Intensivbetten ist ineffizienter als ein Haus ohne oder mit wenigen Intensivbetten. Der Belegbettenanteil hat hingegen einen signifikant positiven Einfluss auf die Effizienz eines Hauses. Die Effizienz könnte durch Abbau von Skalen-Ineffizienz weiter gesteigert werden.

Wettbewerb, gemessen über den Herfindahl-Hirschman-Index, und Effizienz stehen in einem positiven Zusammenhang. Die nachfrageseitige Marktabgrenzung über das Einzugsgebiet hat einen stärkeren Einfluss auf die Effizienz eines Krankenhauses als die geographische Standortabgrenzung. Damit sind die Bedeutung von Ärzten und Patienten bei der Krankenhauswahl betont.

This paper examines the development of the efficiency of German hospitals at hospital level for the years 2002 to 2007, i. e. for the period of the DRG introduction. The analysis was performed using anonymised hospital data of the Research Data Center of the Statistical Offices of the federal states. In a first step, the efficiency scores of individual hospitals were determined by means of a Data Envelope Analysis (DEA). The number of cases treated in a hospital is used as output in the analysis. Inputs are the number of staff and material costs in constant prices (2005). The case mix is taken into account via the average case mix index (CMI) of the major departments. In a second step, a regression examines the influence of exogenous factors on the efficiency values. The exogenous factors include competition indicators which reflect both the location of the hospital and its service area (90% of patients) as well as the average distance patients have to travel to get to the hospital.

The average efficiency of hospitals in the sample increased between 2002 and 2007 by 8 percentage points, mostly in 2004. Compared to the baseline, inefficiency could be reduced by 24.7 percent. The variance of efficiency scores decreased slightly. If the hospitals are sorted by federal states the best two states will reach an efficiency score of 80% the rear only of 70% for the year 2007. In 2002, the best state reached an average efficiency of about 74 percent, the rear of only 56 percent. The Berlin hospitals showed the largest efficiency gains for the given period. Private hospitals are significantly more efficient than public and non-profit hospitals, houses in East Germany more efficient than those in the West. There is a complex relation between the number of departments and the efficiency of hospitals. For small hospitals, this relationship is negative, for larger ones (10 departments or more), however, any additional department leads to an increase in efficiency. A hospital with many intensive care beds is less efficient than one with few or none. The number of beds for patients of attending physicians has a significant positive impact on the efficiency of a hospital. Reducing scale inefficiencies would further improve efficiency.

Competition, measured by the Herfindahl-Hirschman Index, and efficiency are positively related. The demand-oriented market definition by service area has a stronger influence on the efficiency of a hospital than the geographic demarcation.

4.1 Einleitung – Problemstellung

In regulierten Märkten, in denen es kein korrektes Preissignal für Nachfrager und Anbieter gibt, sind Informationen über die Effizienz der Produktion von besonderer Wichtigkeit. Sie liefern den Anbietern selbst, den Nachfragern und dem Regulierer wichtige Hinweise darauf, wo Einsparpotenziale vorhanden sind und – gegebenenfalls – wie sie gehoben werden können. Eine aktuelle Schätzung geht von zwei bis zu vier Mrd. Euro Einsparpotenzial im Krankenhaussektor aus (vgl. Augurzky et al. 2009b).

Der vorliegende Beitrag untersucht erstmals die Entwicklung der Effizienz deutscher Krankenhäuser auf Krankensebene für die Jahre 2002 bis 2007, d. h. den Zeitraum vor und nach der Einführung des DRG-Systems in Deutschland. Bisherige Analysen beschäftigten sich auf Krankensebene nur mit Untersuchungsjahren vor der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems (vgl. bspw. Herr 2008), betrachteten die Effizienz von Krankenhäusern in einzelnen Bundesländern (z. B. Felder et al. 2004, Steinmann et al. 2004), oder untersuchten die Effizienz auf Bundesländerebene mit stark aggregierten Daten (Werblow und Robra 2007).

Das Besondere der vorliegenden Analyse liegt darin, dass die gemessene Effizienz der Krankenhäuser um bestimmte Rahmenfaktoren bereinigt wird, die bisher in vergleichbaren Analysen nicht berücksichtigt worden waren. Derartige Faktoren sind insbesondere Wettbewerbsindikatoren. Diese Wettbewerbsindikatoren berechnen wir sowohl für den Standort des Krankenhauses als auch für das Einzugsgebiet des Krankenhauses, wobei im letzteren Fall auch die durchschnittliche Entfernung der Patienten zum Krankenhaus berücksichtigt wird.

Abschnitt 4.2 stellt zunächst die verwendeten Methoden vor (zweistufige Schätzung mit DEA und Regression). Im Abschnitt 4.3 diskutieren wir dann die wichtigsten Hypothesen, die mit der im Abschnitt 4.4 dargestellten Datengrundlage beantwortet werden sollen. Unsere Ergebnisse stellen wir in Abschnitt 4.5 dar. Abschnitt 4.6 ist einigen Sensitivitätsanalysen vorbehalten. Schließlich fassen wir im letzten Abschnitt die Ergebnisse zusammen und geben einen Ausblick.

4.2 Methoden

Zur Effizienzbestimmung wird ein zweistufiger Ansatz gewählt. Dabei werden in einem ersten Schritt die Effizienzwerte der einzelnen Krankenhäuser in einer sog. Effizienzfrontanalyse (DEA) ermittelt. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Regression dieser Effizienzwerte auf verschiedene (exogene) Faktoren. Grund für dieses Vorgehen ist, dass die Effizienz von Faktoren bzw. Rahmenbedingungen abhängen kann, die nur schwer in der DEA Berücksichtigung finden können.

Zur Messung der Effizienz von Krankenhäusern kann man zwischen parametrischen und nicht-parametrischen Verfahren unterscheiden. Zu den parametrischen Verfahren zählen die korrigierte kleinste Quadratschätzung (COLS) und die stochastische Effizienzfrontanalyse (SFA). Ein verbreitetes nicht-parametrisches Verfahren ist die so genannte Data Envelopment Analysis (DEA). Beide Verfahrensgruppen besitzen Vor- und Nachteile, die bei der Wahl für die jeweilige Anwendung

Tabelle 4–1

In- und Outputs der Effizienzanalyse (DEA)

| | | |
|----------------|---------------------------------|---|
| Outputs | Fälle Chirurgie | Anzahl – adjustiert für unterschiedliche Schweregrade |
| | Fälle Innere Medizin | Anzahl – adjustiert für unterschiedliche Schweregrade |
| | Fälle restliche Fachabteilungen | Anzahl – adjustiert für unterschiedliche Schweregrade |
| Inputs | Ärztliches Personal | Anzahl Vollkräfte |
| | Pflege Personal | Anzahl Vollkräfte |
| | Sonstiges Personal | Anzahl Vollkräfte |
| | Medizinische Sachkosten | In konstanten Preisen (2005) |
| | Sonstige Sachkosten | In konstanten Preisen (2005) |
| | (Betten) | Anzahl |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

von Bedeutung sind (siehe bspw. Jacobs 2001). Ein großer Vorteil der DEA besteht darin, dass man mehrere Outputs betrachten kann. Da in der vorliegenden Analyse aufgrund der Heterogenität der Krankenhäuser insbesondere dieser Punkt von Bedeutung ist, wird der DEA der Vorzug gegeben.¹

Bei einer Effizienzanalyse muss als erstes entschieden werden, was die Outputs sind (und wie sie am besten gemessen werden können) sowie welche Inputs diese Outputs in der Hauptsache produzieren. Bei der Betrachtung des Krankenhauses als Produktionsbetrieb fällt diese Einteilung oft nicht ganz leicht.

Die Verbesserung der Gesundheitszustände der Patienten wäre ein „Output“ des Krankenhauses, der allerdings nur schwer zu operationalisieren ist. Hier – wie in vielen anderen Studien auch – messen wir den Output über die Anzahl der Fälle, die in einem Krankenhaus behandelt werden. Hinter dieser Operationalisierung steht die Annahme, dass ein „Mehr“ an Leistung positiv mit dem Gesundheitszustand der Patienten korreliert ist. Somit wird vom Krankenhaus als einem perfekten Sachwalter ausgegangen. Aufgrund der starken Heterogenität der betrachteten Krankenhäuser untergliedern wir die Fälle nach den beiden wichtigsten Hauptabteilungen (Chirurgie, Innere und einer Restkategorie). Damit wird sichergestellt, dass Krankenhäuser nicht durch eine „ungünstige“ Fachabteilungsstruktur zu schlecht bewertet werden. Außerdem adjustieren wir alle Fälle um den jeweiligen Schweregrad, sodass Unterschiede der Krankenhäuser in der Fallschwere die Effizienzschätzung nicht beeinflussen.²

Tabelle 4–1 enthält die Outputs und Inputs der Effizienzanalyse. Der Faktor „Betten“ hat eine besondere Stellung. Er kann sowohl als Input als auch als Output aufgefasst werden.

Ein Bett als Output zu betrachten, betrifft den Optionsgut-Charakter eines Krankenhausbettes. Auch wenn ein Bett nicht belegt ist, erfüllt es einen Teil der öffentlichen Nachfrage, in dem es für einen möglichen Notfall bereitsteht. In diesem

1 Eine Erklärung der verwendeten Methodik befindet sich im Anhang.

2 Zur genauen Berechnung vgl. Abschnitt 4.2.2.

Sinne wäre das Bett ein Output. Gleichzeitig wird häufig argumentiert, dass das Bett ein klassischer Produktionsfaktor (also Input) ist.³ Allerdings kann man hier einwenden, dass das Krankenhaus in der Regel nicht in der Lage ist, die Bettenkapazität kurzfristig anzupassen. Wir werden in einer Sensitivitätsanalyse beide Varianten betrachten.

Unterschiede in den berechneten Effizienzscores der einzelnen Krankenhäuser werden in einem zweiten Schritt weiter untersucht. Zum einen können die beobachteten Effizienzunterschiede von krankenhausspezifischen Faktoren abhängen, die in der DEA nicht direkt berücksichtigt werden, da sie nicht als reine Input- oder Output-Größe spezifiziert werden können. Zum anderen agieren Krankenhäuser in einer spezifischen Umwelt. Auch sie kann möglicherweise einen Teil der systematischen Unterschiede in der Effizienz von Krankenhäusern erklären. Zu den krankenhausspezifischen Faktoren zählen u.a. die bereits diskutierte Variable Betten (insgesamt aufgestellte Betten sowie „Spezialbetten“), die Anzahl der Fachabteilungen, ein Maß für die vorhandenen Großgeräte, die Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig oder privat) und die Abrechnungsart (DRG-Vergütung).⁴ Zu den Umweltfaktoren zählen dagegen in erster Linie Variablen, die Aussagen über die Wettbewerbsintensität treffen können. Eventuell spielen auch politische und geografische Unterschiede eine Rolle (Ost/West, Stadt/Land). Um den gleichzeitigen Einfluss dieser Faktoren auf die Effizienz untersuchen zu können, führen wir eine Regressionsanalyse durch.⁵

4.3 Hypothesen

Mit den vorhandenen Daten und dargestellten Methoden prüfen wir drei Hypothesen, die allgemeinsprachlich wie folgt formuliert werden können:

- H1: Private Häuser sind effizienter als öffentliche Häuser, da sie Kostenminimierung betreiben.
- H2: Der Wettbewerb hat einen Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser: Mit steigendem Wettbewerbsdruck nimmt die Effizienz zunächst zu. Ab einem bestimmten Punkt nimmt die Effizienz aber wieder ab.
- H3: Die Wettbewerbssituation am Standort (angebotsseitiger Wettbewerb) ist von untergeordneter Bedeutung für die Effizienz eines Krankenhauses im Vergleich zur Wettbewerbssituation im Einzugsgebiet des Krankenhauses (nachfrageseitiger Wettbewerb).

3 Für Deutschland reflektiert die Variable Betten auch die gewährten staatlichen Zuweisungen gemäß Krankenhauplan. Die Betten stellen daher eine inputseitige monetäre Ressource für das Krankenhaus dar. Eine weiterführende Diskussion findet sich in Breyer et al. 2005.

4 Im empirischen Teil werden die einzelnen Variablen noch näher erläutert.

5 Erläuterungen der Methodik befinden sich im Anhang.

Bezüglich der ersten Hypothese gibt es in der internationalen Literatur sowohl Bestätigungen als auch Ablehnungen. So stellte Sloan (2000) fest, dass es keinen klaren empirischen Anhaltspunkt für Unterschiede im Verhalten von „for-profit“ und „not-for-profit“-Krankenhäusern gibt. Farsi und Filippini (2008) kommen für die Schweiz zu einem ähnlichen Schluss. Hollingsworth (2008) zeigt in seiner Meta-Studie hingegen, dass im Durchschnitt der ausgewerteten Krankenhäuser die privaten Kliniken ineffizienter sind als die öffentlichen. Für Deutschland gibt es mittlerweile auch eine Reihe von Untersuchungen, die dieses Thema behandeln. Lapsley und Helmig (2001) kommen für die Periode von 1991 bis 1996 zu dem Schluss, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft weniger effizient operieren als solche in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Staat (2006) konnte hingegen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Trägergruppen feststellen, was allerdings eventuell der sehr kleinen Stichprobe geschuldet sein könnte. Werblow und Robra (2006) leiteten mit aggregierten Daten einen Effizienzvorteil für die privaten Häuser her. In einer aktuellen Arbeit zeigt wiederum Herr (2008) mit Daten aus dem Jahr 2003, dass private Krankenhäuser im Vergleich zu den anderen beiden Trägergruppen besonders ineffizient produzieren. In die gleiche Richtung weist eine noch unveröffentlichte Studie von Tiemann und Schreyögg (2009). Alles in allem scheint sich das Puzzle nicht aufzulösen.

Die Hypothesen zwei und drei beschäftigen sich mit dem Einfluss des Wettbewerbs auf die Effizienz der Krankenhäuser. Das Verhalten von Krankenhäusern unter unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen ist seit langem ein wichtiges Forschungsfeld in der internationalen Literatur (vgl. Dranove und White 1994). Entsprechend der mikroökonomischen Theorie erhöht der Wettbewerb den Druck auf die Unternehmen in einem bestimmten Markt, die Kosten zu senken. Daher sollte mit größerem Wettbewerb auch eine höhere Effizienz verbunden sein. Während in vielen Industriezweigen dieser positive Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Effizienz auch empirisch belegt werden konnte, ist die Evidenz im Gesundheitsmarkt und insbesondere im Krankenhausmarkt gemischt. Einige empirische Studien zeigen sogar einen inversen Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Effizienz. Ein Grund hierfür kann im fehlenden Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gesehen werden, sodass steigender Wettbewerbsdruck zu höheren Kosten aufgrund höherer Komfortanstrengungen und damit zu geringerer Effizienz führt. Empirische Studien aus den USA, die diesen inversen Zusammenhang stützen, sind bspw. Hersch (1984) und Robinson und Luft (1985). Für die Schweiz bestätigen auch Steinmann et al. (2004) indirekt diese Sicht. Einen positiven Zusammenhang finden dagegen Zwanziger und Melnick (1988), Fournier und Mitchel (1992), Dranove und White (1994) und Lindrooth et al. (2003). Unterstützung für einen positiven Marginaleffekt des Zusammenhangs zwischen Wettbewerb und Effizienz liefert schließlich eine neuere Untersuchung von Abraham et al. (2007). Die Autoren zeigen für die USA, dass mit dem Eintritt weiterer Konkurrenten in einen lokalen Krankenhausmarkt die Gewinne der Krankenhäuser abnehmen und der Output steigt.

Wie viele andere Studien verwenden wir zur Messung der Wettbewerbsintensität den Herfindahl-Hirschman-Index. Dieser zwischen Null und Eins liegende Index gibt den Grad des Wettbewerbs in einem bestimmten Gebiet an (1 = Monopol). Dabei betrachten wir alternativ nicht nur die Marktkonzentration in einem bestimm-

ten geografischen Gebiet (Kreis), sondern berücksichtigen auch die Wettbewerbssituation im gesamten Einzugsgebiet der betrachteten Krankenhäuser.⁶ Während wir die erstere Marktangrenzung als angebotsseitige Marktangrenzung auffassen können, entspricht die zweite Marktdefinition eher einer nachfrageseitigen Betrachtungsweise.⁷

4.4 Datengrundlage und Vorabberechnungen

4.4.1 Datengrundlage

Als Datenbasis dienen die Einzeldaten der amtlichen Krankenhausstatistik in Deutschland aus den Jahren 2002 bis 2007. Diese wurden vom Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter zur Analyse bereitgestellt. Es wurden dabei Grund-, Kosten- und Diagnosedaten allgemeiner Krankenhäuser untersucht. In aggregierter Form werden diese Daten vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht (bspw. nach Bundesländern und Trägern). Allerdings können mit letztgenannter Datenbasis keine tiefer gehenden Analysen durchgeführt werden – wie etwa die Berücksichtigung von Fallschwere und Wettbewerbsindikatoren.⁸

4.4.2 Vorabberechnungen

Für die hier vorgenommene Analyse mussten vorab einige Berechnungen durchgeführt bzw. externe Variablen – d. h. Variablen, die nicht im Forschungsdatenzentrum verfügbar sind – zugespielt werden. Diese Vorabberechnungen werden im Folgenden kurz dargestellt.

CMI

Verschiedene Behandlungen verursachen unterschiedlichen Aufwand im Krankenhaus. Um dies zu berücksichtigen, wird in der Analyse der Case-Mix-Index (CMI), welcher den durchschnittlichen Schweregrad aller Fälle eines Krankenhauses abbildet, zur Gewichtung genutzt. (Quelle: Krankenhaus-Report 2008/2009). Der CMI ist allerdings nicht für alle betrachteten Einrichtungen bekannt. Außerdem wird das zugrundeliegende Berechnungsschema jährlich fortentwickelt. Daher wird für die bekannten CMI-Werte des Jahres 2007 ein Regressionsmodell in Abhängigkeit von Hauptdiagnose, Alter, Geschlecht und Verweildauer der behandelten Fälle aufgestellt (vgl. Werblow und Schoffer 2009). Das geschätzte Modell erlaubt dann für die übrigen Häuser die Nachbildung des CMI anhand der Patientenstruktur, sodass ausgewählte Merkmale aller betrachteten Einrichtungen gemäß der mittleren Fallschwere gewichtet werden können. Die Patientenstruktur gemäß Hauptdiagnose, Alter, Geschlecht und Verweildauer wird berücksichtigt, indem für die berücksich-

6 Zur Berechnung s. Abschnitt 4.4.2.

7 Letztere Abgrenzung folgt damit der Sicht von Gresenz et al. 2004.

8 Wir danken Dr. Olaf Schoffer vom Forschungsdatenzentrum für die Unterstützung der Auswertung.

tigten Krankenhaus-Fachabteilungen individuelle Prozentanteile der Behandlungsfälle nach folgender Struktur gebildet werden:

- Hauptdiagnose, gruppiert in Diagnosegruppen
- Alter, gruppiert in vier gleich besetzte Gruppen
- Anteil männlicher Patienten
- Abweichung der individuellen Verweildauer von der mittleren Verweildauer je Diagnosegruppe, gruppiert in Kurzlieger (indiv. VD < ¼ mittl. VD), Normalliegender (¼ mittl. VD ≤ indiv. VD ≤ 2 mittl. VD) und Langlieger (indiv. VD > 2 mittl. VD).

Einzugsgebiet

Als Einzugsgebiet eines Krankenhauses dient eine minimale Auswahl von Kreisen, aus welcher mindestens 90 Prozent der Behandlungsfälle des jeweiligen Krankenhauses in einem Jahr stammen. Dies wird erreicht, indem für jede Einrichtung die Herkunftskreise der Patienten absteigend nach der Zahl von Behandlungsfällen sortiert werden und zum Einzugsgebiet in dieser Reihenfolge so lange Kreise hinzugezählt werden, bis die kumulierte Zahl an Behandlungsfällen 90 Prozent der Gesamtzahl übersteigt. Nachbarschaftsbeziehungen der Kreise spielen dabei keine Rolle. Indem man die Kreise, welche nur noch minimalen Anteil der Patienten liefern, herauslässt, erhält man ein über die Jahre „relativ stabiles“ Einzugsgebiet, das sinnvolle Konkurrenzbeziehungen erlaubt (ein Krankenhaus steht in Konkurrenz um Patienten mit jenen Häusern, welche in den Kreisen liegen, welche dem erstgenannten Haus einen großen Patientenanteil liefern). Für die Wahl der 90 Prozent sprachen verschiedene Gründe. Einerseits ist klar, dass die Definition eines Einzugsgebietes, das 100 Prozent der Patienten umfasst, nicht optimal ist, da in diesem Fall „sehr viele“ Kreise (und selbst einzelne „verlaufene“ Patienten) das Einzugsgebiet bestimmen würden. Andererseits will man mit dem Einzugsgebiet natürlich auch ein Gebiet abgrenzen, welches ein Großteil der vom jeweiligen Krankenhaus behandelten Patienten beinhaltet. Insofern ist die Wahl von 90 Prozent ein Kompromiss, ab dem ein weiterer Anstieg des Patientenanteils zu einer deutlichen Erhöhung der Kreiszahl geführt hätte. Ein weiterer Grund für die Wahl der 90-Prozent-Grenze liegt in der durchschnittlichen Entfernung der Patienten-Kreise vom Behandlungskreis (s. u.). Bei der Wahl einer Abschnidegrenze von über 90 Prozent steigt die durchschnittliche Entfernung weiter an (von 16,5 km bei 90 Prozent auf 19 km bei 95 Prozent).⁹

Distanzen

Für jeden Fall der Diagnosestatistik wird die Distanz zwischen den Kreismittelpunkten des Wohn- und Behandlungsortes gebildet und anschließend pro Krankenhaus die durchschnittliche Distanz aller Fälle im Einzugsgebiet (Definition wie für Herfindahl-Hirschman-Index) berechnet. Quelle für Distanzen sind die VG1000-Daten des Bundesamtes für Kartographie und Geodäsie (<http://www.geodatenzentrum.de/>).

⁹ Eigene Berechnungen. Zur Bestimmung der Distanzen vgl. nächsten Abschnitt.

Wettbewerbsindikatoren

Als Maß für die Wettbewerbsintensität verwenden wir den Herfindahl-Hirschman-Index (HHI). Für den Krankenhausstandort k auf räumlicher Ebene (def. Raum = Kreis oder Einzugsgebiet) definiert sich dieser wie folgt:

$$HHI_k = \sum_{i=1}^n \left(\frac{Fälle_i}{\sum_{i=1}^n Fälle_i} \right)^2,$$

d. h. er entspricht der Summe der quadrierten Marktanteile aller $i = 1 \dots n$ Krankenhäuser in einer bestimmten Region k .

4.4.3 Deskriptive Statistiken und Datenbereinigung

Die DEA als nicht-parametrisches Verfahren kann stark von Ausreißern beeinflusst werden. Daher kommt der Vorab-Datenanalyse hinsichtlich fehlerhafter, unvollständiger und „auffälliger“ Beobachtungen eine besondere Bedeutung zu. Hierfür wenden wir in erster Linie inhaltliche Grenzen an.

Prinzipiell ist die Analyse auf allgemeine Krankenhäuser beschränkt, sodass bestimmte Spezialkrankenhäuser – insbesondere psychiatrische – nicht betrachtet werden. In einem ersten Schritt wurde die Datenbasis um offensichtliche Datenfehler bereinigt. Hierzu gehören Krankenhäuser, die für einzelne Jahre keine Ärzte oder Pflegekräfte ausgewiesen haben oder Häuser, die höhere durchschnittliche Pflegekosten pro Pflege-VKÄ¹⁰ als durchschnittliche Arztkosten pro Arzt-VKÄ dokumentierten. In einem zweiten Schritt wurde für jedes Haus über die Untersuchungsperiode untersucht, ob die Zeitreihen der interessierenden Variablen über die Zeit stabil waren. Als Maß für die Stabilität dient jeweils der Variationskoeffizient einzelner Variablen pro Einrichtung. Als instabil wurden Häuser eingestuft, deren Variationskoeffizient der jeweiligen Variable über dem 99. Perzentil aller Häuser liegt, die also große Sprünge in der Zeitreihe aufweisen. Auf diese Weise wurden folgende Variablen behandelt: aufgestellte Betten, Pflageetage insgesamt, Entlassungen (insgesamt) sowie die Vollkräftezahlen und Kosten in den drei Personalkategorien. Zudem wurden die medizinischen und sonstigen Sachkosten mit dem Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes deflationiert.

Außerdem betrachten wir nur Krankenhäuser, die in jedem Jahr die beiden wichtigsten Fachabteilungen betrieben haben (Chirurgie und Innere Medizin)¹¹ sowie noch mindestens eine weitere Fachabteilung im Hause hatten, wobei in den beiden Fachabteilungen und in einer der restlichen Fachabteilungen jeweils mindestens 50 Fälle pro Jahr behandelt worden sein mussten. Damit fallen sehr kleine und Spezialkrankenhäuser aus der Analyse heraus.

10 Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Um Verwechslungen mit vollzeitbeschäftigtem Personal zu vermeiden, wird hierfür nachfolgend das Kürzel VKÄ (Vollkräfteäquivalent) verwendet.

11 Chirurgie und Innere Medizin sind die beiden Fachabteilungen mit den größten Fallzahlen.

Tabelle 4–2

Anzahl auswertbarere Krankenhäuser und Anteil an allen allgemeinen Krankenhäusern nach Datenbereinigung

| Bundesland | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| SH | 33 (44%) | 31 (43%) | 29 (40%) | 29 (39%) | 23 (34%) | 23 (33%) |
| HH | 17 (49%) | 17 (39%) | 16 (36%) | 15 (31%) | 15 (34%) | 16 (36%) |
| NI | 117 (61%) | 117 (63%) | 114 (62%) | 114 (61%) | 114 (63%) | 112 (63%) |
| HB | 9 (64%) | 10 (77%) | 10 (83%) | 10 (83%) | 10 (83%) | 10 (83%) |
| NW | 280 (73%) | 273 (71%) | 273 (72%) | 269 (73%) | 264 (73%) | 266 (74%) |
| HE | 70 (45%) | 69 (46%) | 68 (47%) | 70 (45%) | 71 (45%) | 71 (45%) |
| RP | 71 (75%) | 63 (72%) | 60 (73%) | 61 (73%) | 60 (71%) | 61 (73%) |
| BW | 124 (46%) | 127 (49%) | 124 (49%) | 117 (46%) | 111 (46%) | 109 (45%) |
| BY | 176 (51%) | 171 (50%) | 172 (52%) | 167 (49%) | 164 (49%) | 158 (49%) |
| SL | 20 (71%) | 19 (73%) | 20 (77%) | 20 (77%) | 20 (77%) | 19 (76%) |
| BE | 22 (36%) | 22 (35%) | 20 (33%) | 22 (35%) | 22 (34%) | 25 (39%) |
| BB | 36 (78%) | 32 (73%) | 31 (74%) | 31 (72%) | 31 (72%) | 32 (74%) |
| MV | 24 (73%) | 22 (69%) | 23 (74%) | 23 (74%) | 23 (74%) | 23 (77%) |
| SN | 61 (80%) | 61 (81%) | 59 (80%) | 58 (75%) | 54 (73%) | 52 (72%) |
| ST | 31 (70%) | 33 (77%) | 32 (78%) | 31 (74%) | 31 (74%) | 31 (74%) |
| TH | 32 (74%) | 31 (72%) | 32 (73%) | 30 (70%) | 29 (69%) | 28 (68%) |
| Gesamt | 1 123 (59%) | 1 098 (59%) | 1 083 (59%) | 1 067 (58%) | 1 042 (58%) | 1 036 (58%) |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 4–3

Statistiken der In- und Outputs über alle Jahre (2002–2007)

| | Variable | Beobachtungen | Mittelwert | Standardabw. | Minimum | Maximum |
|---------|--|---------------|------------|--------------|---------|---------|
| Outputs | Fallzahl Chirurgie ^{a)} | 6 449 | 3 508 | 2 385 | 56,0 | 36 416 |
| | Fallzahl Innere ^{a)} | 6 449 | 5 202 | 5 381 | 67,2 | 103 249 |
| | Fallzahl restl. FA ^{a)} | 6 449 | 4 773 | 7 884 | 50,1 | 89 041 |
| Inputs | VKÄ ärztliches Personal | 6 449 | 94 | 145 | 0,3 | 2 122 |
| | VKÄ pflegerisches Personal | 6 449 | 226 | 246 | 13,1 | 3 888 |
| | VKÄ sonstiges nichtärztliches Personal | 6 449 | 301 | 472 | 10,3 | 6 502 |
| | Med. Sachkosten ^{b)} (in 1 000 Euro) | 6 449 | 8 636 | 13 900 | 10,3 | 169 000 |
| | Sonst. Sachkosten ^{b)} (in 1 000 Euro) | 6 449 | 8 945 | 13 300 | 11,5 | 237 000 |

^{a)} Mit dem CMI der Fachabteilung gewichtet^{b)} In konstanten Preisen (2005)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Der Datensatz enthält im Jahr 2007 1791 allgemeine Krankenhäuser. Durch die beschriebene Bereinigung des Datensatzes können davon allerdings nur 58 Prozent (1036 Krankenhäuser) ausgewertet werden. Bezogen auf die Bundesländer sind es zwischen 34 und 80 Prozent der allgemeinen Krankenhäuser in den Ländern (vgl. Tabelle 4–2). Diese Bereinigung stellt eine hohe Vergleichbarkeit der betrachteten Häuser sicher und könnte Ergebnisunterschiede etwa zu Herr (2008) erklären (vgl. auch Abschnitt 4.7).

Insgesamt gehen somit 6449 Beobachtungen in die Analyse ein. Das sind durchschnittlich 1101,5 Krankenhäuser pro Jahr. In Tabelle 4–3 sind die deskriptiven Statistiken der In- und Outputs dargestellt.

Ein durchschnittliches Krankenhaus weist zwischen 3508 CMI-gewichtete Fälle (Fachabteilung Chirurgie) und 5202 Fälle (Fachabteilung Innere Medizin) auf. Es setzt 94 ärztliche, 226 pflegerische und 301 sonstige nichtärztliche Mitarbeiter ein. Die eingesetzten Sachkosten verteilen sich etwa zu gleichen Teilen auf medizinische und sonstige Sachkosten (8,6 bzw. 8,9 Mio. Euro).

4.5 Ergebnisse

4.5.1 Effizienzscores allgemeiner Krankenhäuser

Wir stellen zunächst die technische Effizienz allgemeiner Krankenhäuser für den Zeitraum 2002 bis 2007 dar. Als Ergänzung betrachten wir danach die Frage, ob die Effizienz auch von der Größe der Häuser abhängt (Skaleneffizienz).

4.5.1.1 Durchschnittliche Effizienz 2002–2007

Die durchschnittliche Effizienz der Krankenhäuser im Untersuchungssample ist zwischen den Jahren 2002 und 2007 deutlich (um 11,8 Prozent des Ausgangswerts oder 8 Prozentpunkte) angestiegen (vgl. Tabelle 4–4). Die dargestellten Effizienzscores sind dabei die Werte aus den Schätzungen für die einzelnen Jahre unter der

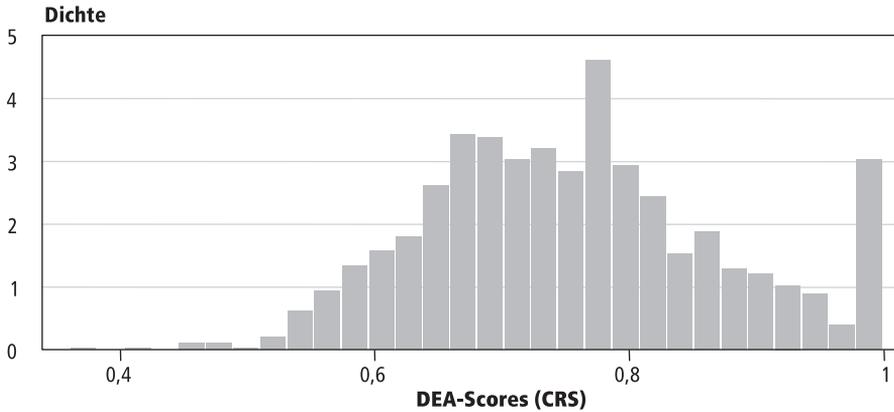
Tabelle 4–4

Durchschnittliche Effizienz (CRS) der Krankenhäuser (2002–2007)^{a)}

| Jahr | Anzahl KH | Mittelwert | Standardabw. | Minimum | Maximum |
|------|-----------|------------|--------------|---------|---------|
| 2002 | 1123 | 0,676 | 0,143 | 0,204 | 1 |
| 2003 | 1098 | 0,697 | 0,132 | 0,243 | 1 |
| 2004 | 1083 | 0,726 | 0,134 | 0,202 | 1 |
| 2005 | 1067 | 0,719 | 0,121 | 0,282 | 1 |
| 2006 | 1042 | 0,727 | 0,119 | 0,400 | 1 |
| 2007 | 1036 | 0,756 | 0,118 | 0,361 | 1 |

^{a)} Effizienzscores beruhen auf Berechnungen für die einzelnen Jahre

Abbildung 4–1
Verteilung der DEA-Scores (CRS) (2007)



Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Annahme konstanter Skalenerträge (CRS).¹² Auch die am wenigsten effizienten Häuser („Minimum“) sind „besser“ geworden und die Varianz hat leicht abgenommen (Sigma-Konvergenz).

Wie Abbildung 4–1 zeigt, weisen die Effizienzscores eine auch in anderen Studien beobachtete typische Verteilung auf. Während die ineffizienten Häuser rund um den Mittelwert von ca. 0,7 mehr oder wenig normal verteilt liegen, erkennt man am effizienten Rand eine Häufung. In dieser obersten Kategorie liegen alle Beobachtungen, die die effiziente Grenze bilden. Hier sind das knapp 3% der Krankenhäuser in jedem Jahr. Dieser methodenbedingte DEA-Effekt wird auch *ceiling effect* genannt.¹³ Eine Analyse der Krankenhäuser, die diese effiziente Grenze bilden, zeigt, dass effiziente Häuser in allen Größenklassen zu finden sind.

Die für jedes Krankenhaus berechneten Effizienzscores können auf verschiedenen Gruppierungsebenen betrachtet werden. Um die Ergebnisse mit einer früheren Untersuchung – bei der Effizienzscores auf Bundeslandebene berechnet wurden¹⁴ – vergleichen zu können, betrachten wir im Folgenden die Effizienz in den einzelnen Bundesländern.

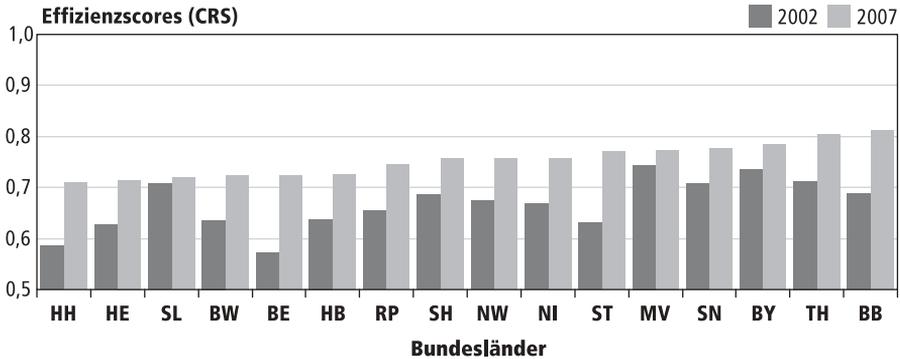
Es zeigen sich erhebliche Unterschiede (vgl. Abbildung 4–2) zwischen den durchschnittlichen Effizienzscores in den einzelnen Bundesländern. Im Jahr 2007 erzielten die beiden „besten“ Bundesländer eine durchschnittliche Effizienz von über 80 Prozent, das Schlusslicht in dieser Reihung hatte immerhin noch eine Effizienz von über 70 Prozent. Im Jahr 2002 sah das Bild hingegen noch wesentlich heterogener aus: Damals bildeten Hamburg und Berlin mit ca. 58 und 56 Prozent die Schlusslichter und das beste Bundesland konnte eine durchschnittliche Effizienz

¹² Eine Produktion kann mit konstanten oder variablen Skalenerträgen erfolgen. Zur Erläuterung vgl. auch die im Anhang dargestellte Methodik.

¹³ Vgl. Breyer et al. 2005, 373.

¹⁴ Vgl. Werblow und Robra 2007.

Abbildung 4–2

Effizienzscores (CRS) nach Bundesländern (2002 und 2007)^{a)}

^{a)} Effizienzscores beruhen auf Berechnungen für die einzelnen Jahre.

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

von knapp 74 Prozent erreichen (Mecklenburg-Vorpommern, dicht gefolgt von Bayern).

Interessant sind auch die Veränderungen der Effizienz in den einzelnen Bundesländern. So konnte sich Berlin (BE), das absolute Schlusslicht aus dem Jahr 2002, mit einer Steigerung der durchschnittlichen Effizienz von knapp 22 Prozent an Hamburg, Hessen, dem Saarland und Baden-Württemberg vorbeischieben.

Vergleicht man die hier gewonnenen Effizienzscores auf Bundeslandebene für 2004 mit denen von Werblow und Robra (2007), zeigt sich eine hohe Übereinstimmung bezüglich der Rangfolge der einzelnen Bundesländer. Der Rangkorrelationskoeffizient für das Jahr 2004 beträgt 0,74. Außerdem sind bei Werblow und Robra (2007) die beiden ineffizientesten Länder und die beiden effizientesten Länder identisch mit denen der vorliegenden Berechnung. Damit bestätigt sich eine frühere Vermutung, dass bereits die Effizienzberechnung auf Bundeslandebene aussagefähige Ergebnisse liefern kann.

In Tabelle 4–5 sind schließlich die Anteile effizienter Krankenhäuser pro Bundesland dargestellt. Während es ein Bundesland gibt, welches in keinem einzigen Jahr effiziente Krankenhäuser stellt (Berlin), gibt es auch Länder, die nur in einem Jahr (Bremen) oder nur in zwei Jahren (Mecklenburg-Vorpommern) effiziente Krankenhäuser aufweisen

Die Effizienzscores unter variablen Skalenerträgen liegen ansatzgemäß über den Effizienzscores bei konstanten Skalenerträgen.¹⁵ Interessant ist die Verschiebung der Reihenfolge bei den VRS-Effizienzscores im Verhältnis zu den CRS-Scores. Am Beispiel von Berlin wird deutlich, welcher Effizienzgewinn erreicht werden kann, wenn die Betriebsgröße angepasst werden würde. Betrachtet man die rein technische Effizienz der Krankenhäuser (VRS), so hat Berlin eine durchschnitt-

¹⁵ Vgl. wiederum die Methodik im Anhang.

Tabelle 4–5

Anteil effizienter Häuser am Untersuchungssample pro Land und Jahr in Prozent (CRS, 2002–2007)^{a)}

| Bundesland | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| SH | 12,1 | 16,1 | 13,8 | 13,8 | 4,3 | 13,0 |
| HH | 5,9 | 5,9 | 0 | 0 | 0 | 6,3 |
| NI | 2,6 | 3,4 | 5,3 | 4,4 | 6,1 | 3,6 |
| HB | 0 | 0 | 0 | 10,0 | 0 | 0 |
| NW | 2,9 | 1,8 | 4,8 | 3,7 | 3,0 | 3,8 |
| HE | 2,9 | 0 | 1,5 | 2,9 | 4,2 | 4,2 |
| RP | 1,4 | 1,6 | 6,7 | 1,6 | 3,3 | 6,6 |
| BW | 0,8 | 2,4 | 1,6 | 0,9 | 2,7 | 1,8 |
| BY | 7,4 | 5,8 | 10,5 | 4,2 | 9,1 | 10,1 |
| SL | 0 | 0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 0 |
| BE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BB | 2,8 | 0 | 9,7 | 3,2 | 9,7 | 9,4 |
| MV | 12,5 | 0 | 8,7 | 0 | 0 | 0 |
| SN | 4,9 | 4,9 | 5,1 | 6,9 | 3,7 | 3,8 |
| ST | 0 | 0 | 3,1 | 0 | 3,2 | 6,5 |
| TH | 3,1 | 6,5 | 3,1 | 10,0 | 10,3 | 17,9 |

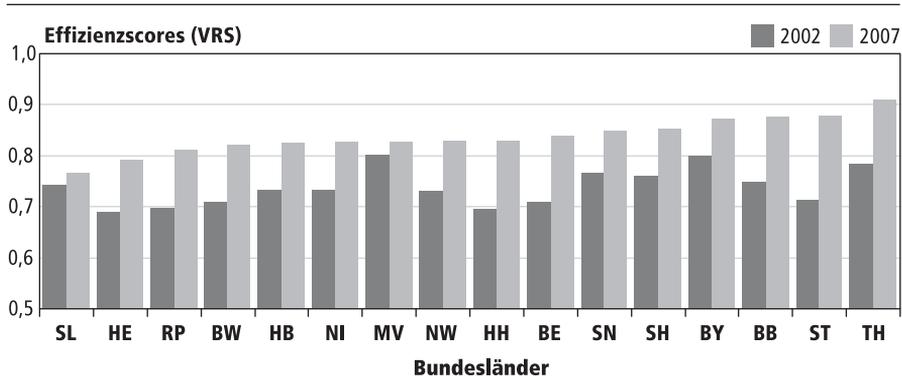
^{a)} Effizienzscores beruhen auf Berechnungen für die einzelnen Jahre

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 4–3

Effizienzscores (VRS) nach Bundesländern (2002 und 2007)^{a)}



^{a)} Effizienzscores beruhen auf Berechnungen für die einzelnen Jahre.

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

liche Effizienz von über 80 Prozent und liegt damit im Mittelfeld der Bundesländer (vgl. Abbildung 4–3). Damit kann ein Teil der beobachteten Gesamt-Ineffizienz durch Skalen-Ineffizienz erklärt werden, die aber durch eine Anpassung der Betriebsgröße abgebaut werden könnte (s. folgenden Abschnitt).

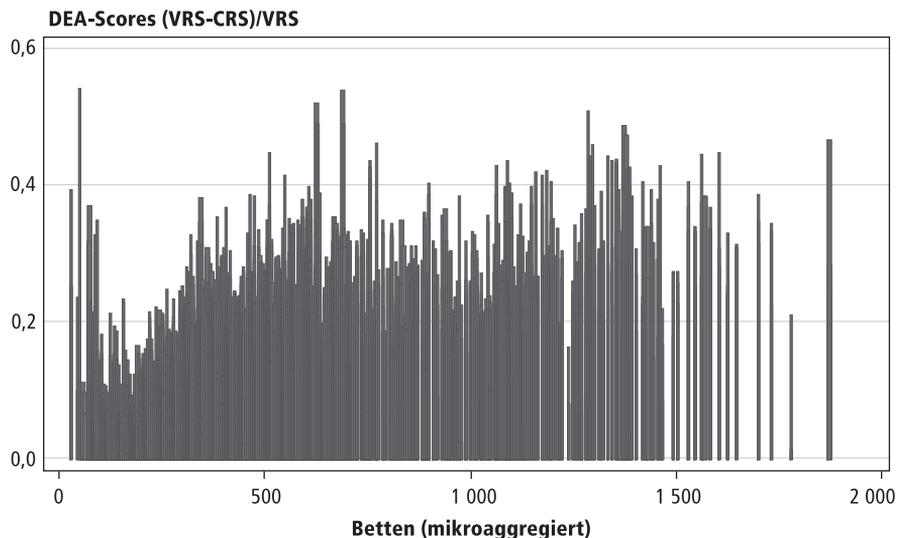
4.5.1.2 Skaleneffizienz

Zur Analyse der Skalenerträge verwenden wir ein grafisches Verfahren. Hierzu berechnen wir für jedes Krankenhaus des Samples die Abweichung der DEA-Scores unter variablen zu den DEA-Scores unter konstanten Skalenerträgen und tragen die Abweichungen geordnet nach der Betriebsgröße der Krankenhäuser ab.¹⁶ Die Betriebsgröße des Krankenhauses messen wir durch die Anzahl der aufgestellten Betten. Unter der Annahme steigender (fallender) Skalenerträge müssten die relativen Abweichungen in Krankenhäusern mit wenigen Betten systematisch höher (niedriger) ausfallen als in großen Häusern.

Man sieht in Abbildung 4–4, dass die Skaleneffizienz zunächst mit zunehmender Bettenzahl abnimmt, d. h. die relative Differenz zwischen VRS und CRS nimmt ab. Man erkennt allerdings auch, dass ab ungefähr 200 Betten mit zunehmender Bettenzahl die Skaleneffizienz erst wieder zunimmt, um dann wieder abzunehmen. Klar ist auf jeden Fall, dass es bei jeder Betriebsgröße skaleneffiziente und skaleneffiziente Krankenhäuser gibt.

Abbildung 4–4

Skaleneffizienz (VRS-CRS)/VRS nach Bettenzahl des Krankenhauses (2002–2007)



¹⁶ In Anlehnung an Cullmann und v. Hirschhausen 2008.

In den weitergehenden Untersuchungen werden zunächst die DEA-Scores unter konstanten Skalenerträgen (CRS) verwendet. Die rein technische Effizienz (VRS) wird fallweise zu Vergleichszwecken betrachtet.

4.5.2 Determinanten der Effizienz

Die Effizienz der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland kann von weiteren Faktoren abhängen, die nicht direkt die Effizienzfront der Technologie bestimmen. Konkret betrachten wir die in Tabelle 4–6 beschriebenen Faktoren zur Erklärung der Effizienz.

Im Jahr 2007 können wir 1 036 Krankenhäuser auswerten, d. h. für diese Häuser sind alle Informationen, die in die Analyse eingehen, verfügbar. Bei den hausspezifischen Eigenschaften, die einen Einfluss auf die Effizienz haben könnten, unterscheiden wir die folgenden Einflussvariablen: Der *Wert med. Großgeräte* gibt den Wert der im Krankenhaus verwendeten Großgeräte wieder und misst den Einfluss technologischer Unterschiede zwischen den Krankenhäusern auf die Effizienz. Hierzu wurden die unterschiedlichen Geräte einheitlich mit dem gleichen gerätespezifischen Preis bewertet. Entsprechend gibt es Häuser, die laut Statistik keine Großgeräte besitzen, und es gibt Häuser mit Großgeräten im Wert von ca. 75 Mio. Euro. Die *Anzahl Fachabteilungen* gibt an, wie viele Fachabteilungen insgesamt ein Krankenhaus hat. Mit dieser Variablen können wir zumindest teilweise den Einfluss von Verbundeffekten (economy of scope) auf die Effizienz erfassen. Gemäß der

Tabelle 4–6

Statistiken der verwendeten Variablen (2007)

| Variable | Beobachtungen | Mittelwert | Standardabw. | Minimum | Maximum |
|--|---------------|------------|--------------|---------|---------|
| DEA-Score | 1 036 | 0,756 | 0,118 | 0,361 | 1,000 |
| Wert med. Großgeräte (in Mio. Euro) | 1 036 | 4,188 | 6,624 | 0,000 | 75,510 |
| Anzahl Fachabteilungen | 1 036 | 6,397 | 3,350 | 3,000 | 20,000 |
| Anzahl aufgestellter Betten (in 1 000) | 1 036 | 0,383 | 0,318 | 0,039 | 4,423 |
| Anteil aufgestellter Betten (Intensiv) | 1 036 | 0,020 | 0,028 | 0,000 | 0,393 |
| Anteil aufgestellter Betten (Beleg) | 1 036 | 0,014 | 0,021 | 0,000 | 0,266 |
| Krankenhausmortalität | 1 036 | 0,027 | 0,008 | 0,000 | 0,087 |
| HHI (Kreis) | 1 036 | 0,368 | 0,247 | 0,053 | 1,000 |
| HHI (Einzugsgebiet) | 1 036 | 0,158 | 0,130 | 0,003 | 1,000 |
| Entfernung (Einzugsgebiet) in km | 1 036 | 6,834 | 8,766 | 0,000 | 108,486 |
| Anteil freigemeinnützig | 1 036 | 0,428 | 0,495 | 0,000 | 1,000 |
| Anteil privat | 1 036 | 0,127 | 0,334 | 0,000 | 1,000 |
| Anteil öffentlich | 1 036 | 0,445 | 0,497 | 0,000 | 1,000 |
| Anteil Stadtstaat | 1 036 | 0,049 | 0,216 | 0,000 | 1,000 |
| Anteil Ost | 1 036 | 0,160 | 0,367 | 0,000 | 1,000 |
| DRG | 1 036 | 0,765 | 0,424 | 0,000 | 1,000 |

Beschränkung unserer Analyse gibt es kein Krankenhaus mit weniger als drei Fachabteilungen. Die maximale Anzahl an Fachabteilungen beträgt 20.

Weiterhin berücksichtigen wir die Gesamtzahl der *aufgestellten Betten*, um mögliche Effekte der Betriebsgröße auf die technische Effizienz zu berücksichtigen. Die minimale Bettenanzahl eines Krankenhauses im Jahr 2007 betrug in unserem Sample 39. Das größte Krankenhaus hatte 4423 Betten. Dabei ist zu beachten, dass Daten der amtlichen Statistik die „Komplex-Kliniken“ als ein Krankenhaus ausweisen.¹⁷ Außer der Gesamtanzahl der Betten betrachten wir auch den Anteil von Intensiv- und Belegbetten an allen aufgestellten Betten. Der Anteil von Intensivbetten dient dabei als ein Indikator der besonderen Fallschwere eines Krankenhauses, der nicht oder nicht vollkommen durch die Schweregradgewichtung der Outputs berücksichtigt werden konnte. Während der Intensivbettenanteil zwischen null und 15,6 Prozent schwankt, reicht die Schwankung beim Belegbettenanteil von null bis 100 %.

Des Weiteren untersuchen wir, welchen Einfluss die *Krankenhausmortalität*¹⁸ auf die Effizienz der Krankenhäuser hat. Da die Schwere der Fälle bereits über die CMI-Gewichtung der Fälle in den Fachabteilungen berücksichtigt worden ist, verstehen wir die Sterblichkeit hier als Qualitätsindikator.

Hinsichtlich der Marktkonzentration zeigt die deskriptive Statistik, dass der Herfindahl-Hirschman-Index (*HHI*) bezogen auf das Einzugsgebiet eines Krankenhauses erwartungsgemäß im Durchschnitt deutlich geringer ist als der *HHI* auf der herkömmlichen Kreisebene. Die durchschnittliche Entfernung von 6,83 km der Patienten vom Krankenhaus spricht für eine durchschnittlich sehr wohnortnahe Krankenhausversorgung in Deutschland.¹⁹ Die maximale Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und Standort des Krankenhauses beträgt ca. 108 km für das definierte Einzugsgebiet eines Krankenhauses (vgl. zur Definition des Einzugsgebietes Abschnitt 4.4).

Den geografisch-politischen Standort erfassen wir mit zwei Variablen. In den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sind 4,9 Prozent der im Sample befindlichen Krankenhäuser angesiedelt (Dummy-Variable *Stadtstaat*). In Ostdeutschland stehen 16 Prozent der untersuchten Krankenhäuser (Dummy-Variable *Ost*), sodass die meisten der untersuchten Krankenhäuser ihren Standort in einem westdeutschen Flächenland haben.

17 Als Abgrenzung von Einrichtungen in der amtlichen Statistik dient folgende Definition „Maßgeblich [...] ist das Krankenhaus [...] als Wirtschaftseinheit. Hierunter wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Wirtschaftseinheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen, wie dies z. B. bei Universitätskliniken in der Regel der Fall ist. In diesem Fall wird nur der Hauptstandort ausgewiesen.“ Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Stand 31.12.2007), Statistisches Bundesamt, 2009. So werden beispielsweise die Vivantes-Krankenhäuser in Berlin als eine Einrichtung gewertet (Quelle: ebenfalls Krankenhausverzeichnis).

18 auch Krankenhausletalität genannt

19 Man beachte, dass Patienten aus dem Standortkreis des Krankenhauses mit einer Entfernung von 0 km in die Durchschnittsberechnung eingehen (vgl. auch Abschnitt zur Erklärung der Distanzberechnung).

Schließlich testen wir, ob die Änderung des Vergütungssystems einen Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser ausübt. Wir unterscheiden Häuser, die ausschließlich über *DRGs* abrechnen von Häusern, die entweder keine *DRGs* verwenden oder die sowohl *DRGs* als auch Pflegesätze verwenden. Für das Jahr 2002 war diese Variable – der zunächst optionalen *DRG*-Einführung ab 2003 entsprechend – für alle Krankenhäuser Null.

Wir führen zwei Regressionen durch, um den Einfluss der unterschiedlichen Wettbewerbsparameter separieren zu können. In der ersten Regression wird der Erklärungsgehalt von angebotsseitigen Wettbewerbsindikatoren untersucht. In der zweiten Regression wird auf die nachfrageseitigen Wettbewerbsindikatoren abgestellt. Die abhängige Variable in allen Regressionen ist der aus den einzelnen Jahresberechnungen ermittelte *DEA*-Score unter der Annahme konstanter Skalenerträge (*CRS* – ohne Betten als Input). In der Sensitivitätsanalyse betrachten wir auch die Ergebnisse unter variablen Skalenerträgen. Die Ergebnisse beider Regressionen sind gemeinsam in Tabelle 4–7 dargestellt. Die linken beiden Spalten geben dabei die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Wettbewerbsintensität bzgl. der Kreisabgrenzung wieder und die rechten beiden Spalten unter Bezugnahme auf das Einzugsgebietes der Krankenhäuser. In beiden Schätzungen werden unsere gewählten Panel-Spezifikationen bestätigt. Denn es zeigt sich, dass die in der *DEA* unbeobachtbare Heterogenität der Krankenhäuser bei der Erklärung der Effizienzunterschiede eine Rolle spielt und daher in der Schätzung berücksichtigt werden sollte.²⁰

Nicht nur hinsichtlich dieser Wettbewerbsparameter, sondern auch in Bezug auf alle anderen Variablen ähneln sich beide Schätzungen. Offensichtlich hat damit die Marktabgrenzung einen relativ geringen Einfluss darauf, ob und wie Wettbewerb – gemessen über den Herfindahl-Hirschman-Index (*HHI*) – auf die Effizienz wirkt. Allerdings gibt es auch interessante Unterschiede. So stellen wir in der Spezifikation bei Kreisabgrenzung einen etwas schwächeren Zusammenhang zwischen Marktkonzentration (*HHI*) und Effizienz fest. Demnach sinkt zunächst in beiden Spezifikationen mit zunehmender Marktkonzentration die Effizienz, um ab einem bestimmten Wendepunkt wieder anzusteigen. Mit anderen Worten ist die Effizienz dort am größten, wo die Marktkonzentration am geringsten oder am größten ist. Der Wendepunkt liegt bei der Spezifikation „Kreisabgrenzung“ ungefähr bei einer Marktkonzentration von 0,55. Hingegen ist bei einer nachfrageseitigen Abgrenzung der Wendepunkt bei 0,67. Nur relativ wenige Häuser agieren in einem Wettbewerbsumfeld, welches durch eine derartig hohe Marktkonzentration gekennzeichnet ist. Nur 14 Prozent aller Häuser agieren im Falle einer angebotsseitigen Marktdefinition in einem Markt mit einer Marktkonzentration, die über 0,6 beträgt. Bei der nachfrageseitigen Marktabgrenzung sind es sogar nur etwa 1 Prozent aller Häuser. Die allermeisten Krankenhäuser operieren daher in einem weitaus stärker wettbewerbslich geprägten Umfeld, in dem steigender Wettbewerb die Effizienz steigern kann. Bei einer nachfrageseitigen Marktabgrenzung ist dieser Zusammenhang deutlich stärker ausgeprägt.

20 Die Hypothese, dass die Varianz von u Null ist, wird auf hohem Signifikanzniveau verworfen (vgl. letzte Zeile in Tabelle 4–7).

Tabelle 4–7

Erklärung Effizienz (abhängige Variable: DEA-CRS, einzelne Jahre gepoolt)

| Variable | Marktabgrenzung angebotsseitig (Kreis) | | Marktabgrenzung nachfrageseitig (Einzugsgebiet) | |
|--|--|------------|---|------------|
| | Koeff | Std.fehler | Koeff | Std.fehler |
| Wert med. Großgeräte (in Mio. Euro) | 0,003 *** | (0,001) | 0,003 ** | (0,001) |
| Wert med. Großgeräte (in Mio. Euro) ² | -0,087 *** | (0,022) | -0,083 ** | (0,022) |
| Anzahl Fachabteilungen | -0,009 *** | (0,004) | -0,008 ** | (0,004) |
| Anzahl Fachabteilungen ² /1 000 | 0,417 ** | (0,205) | 0,369 * | (0,206) |
| Anzahl aufgestellter Betten in 1 000 | -0,241 *** | (0,042) | -0,240 *** | (0,042) |
| Anzahl aufgestellter Betten ² /1 000 | 137,398 *** | (28,485) | 138,385 *** | (28,355) |
| Anzahl aufgestellter Betten ³ /1 000 | -18,281 *** | (4,197) | -18,323 *** | (4,169) |
| Anteil aufgestellter Betten (intensiv) | -0,243 * | (0,146) | -0,300 ** | (0,145) |
| Anteil aufgestellter Betten (Beleg) | 0,172 *** | (0,025) | 0,176 *** | (0,025) |
| Mortalität | -3,358 *** | (0,933) | -2,809 *** | (0,919) |
| Mortalität ² | 26,589 ** | (13,682) | 21,214 | (13,448) |
| Art der Vergütung (DRG=1) | -0,013 *** | (0,004) | -0,013 *** | (0,004) |
| Dummy Stadtstaat = 1 | -0,027 * | (0,014) | -0,019 | (0,013) |
| Dummy Ostdeutschland = 1 | 0,055 *** | (0,009) | 0,059 *** | (0,009) |
| Herfindahl-Index (Kreis bzw. Einzugsgebiet) | -0,096 ** | (0,041) | -0,105 *** | (0,040) |
| Herfindahl-Index (Kreis bzw. Einzugsgebiet) ² | 0,088 ** | (0,036) | 0,079 * | (0,043) |
| Entfernung KH-Patient in m | | | 1,389 * | (0,734) |
| Entfernung KH-Patient in m ² | | | -0,013 | (0,011) |
| Dummy Freigemeinnützig = 1 | -0,008 | (0,006) | -0,010 * | (0,001) |
| Dummy Privat = 1 | 0,025 *** | (0,008) | 0,022 *** | (0,000) |
| Dummy Jahr 2003 = 1 | 0,025 *** | (0,004) | 0,026 *** | (0,006) |
| Dummy Jahr 2004 = 1 | 0,058 *** | (0,004) | 0,058 *** | (0,008) |
| Dummy Jahr 2005 = 1 | 0,053 *** | (0,005) | 0,054 *** | (0,004) |
| Dummy Jahr 2006 = 1 | 0,062 *** | (0,005) | 0,062 *** | (0,004) |
| Dummy Jahr 2007 = 1 | 0,090 *** | (0,005) | 0,091 *** | (0,005) |
| Konstante | 0,846 *** | (0,024) | 0,826 *** | (0,005) |
| R ² | 0,155 | | 0,160 | |
| Sigma(u) | 0,093 | | 0,092 | |
| Sigma (e) | 0,080 | | 0,079 | |
| Rho | 0,575 | | 0,576 | |
| Test Var (ui) = 0 | 4 470 *** | | 4 428 *** | |

***) signifikant auf dem 1 %-Signifikanzniveau, **) signifikant auf dem 5 %-Signifikanzniveau,
*) signifikant auf dem 10 %-Signifikanzniveau

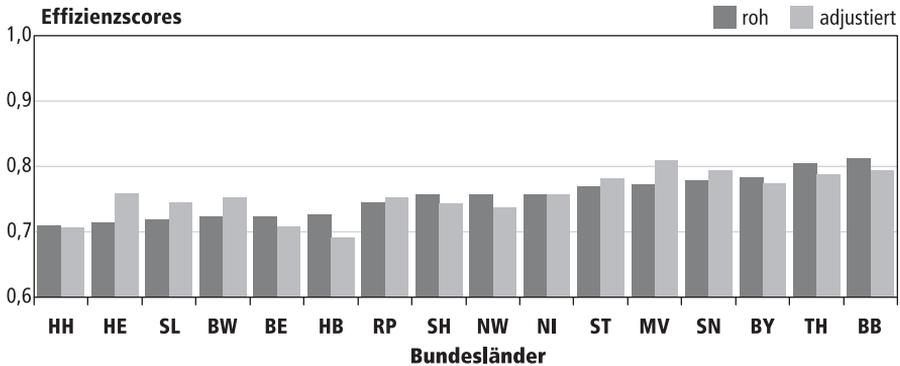
Bei nachfrageseitiger Marktabgrenzung über das Einzugsgebiet hängt die Effizienz zudem auch von der durchschnittlichen Entfernung der Patienten zum Krankenhaus ab: Ist das Einzugsgebiet räumlich groß, ist die Effizienz des betreffenden Hauses größer als wenn es ein kleineres Einzugsgebiet hätte. Vergleicht man bspw. ein Haus, dessen Patienten hauptsächlich aus dem Kreis des Krankenhausstandortes kommen, sodass die durchschnittliche Entfernung der Patienten zum Krankenhaus zum Beispiel 1 km betrage, mit einem Krankenhaus, welches ein Einzugsgebiet mit einer mittleren Entfernung von 100 km hat, so würde im größeren Einzugsgebiet die Effizienz um 0,138 Punkte über dem Haus mit dem kleineren Einzugsgebiet liegen. Die über das große Einzugsgebiet reflektierte Attraktivität geht dann mit hoher Effizienz einher. Insgesamt können wir damit die Hypothesen 2 und 3 als bestätigt ansehen: Wettbewerb und Effizienz stehen in einem positiven Zusammenhang und die nachfrageseitige Marktabgrenzung über das Einzugsgebiet hat einen stärkeren Einfluss auf die Effizienz eines Krankenhauses als die geografische Standortabgrenzung.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis erhalten wir hinsichtlich des Einflusses der Trägerschaft auf die Effizienz. In beiden Schätzungen sind private Krankenhäuser signifikant effizienter als öffentliche Krankenhäuser. Der Wert der Koeffizienten für die privaten Häuser von 0,025 bzw. 0,022 besagt, dass die Privaten einen um diesen Punktwert höheren Effizienzwert aufweisen als die öffentlichen Häuser. Freigemeinnützige Krankenhäuser sind hingegen nicht signifikant (im Falle der angebotsseitigen Marktabgrenzung) oder nur schwach signifikant (im Falle der nachfrageseitigen Marktabgrenzung) weniger effizient als öffentliche Häuser. Damit sind nach unseren Schätzungen die privaten Häuser ebenfalls signifikant effizienter als freigemeinnützige Häuser, sodass Hypothese 1 ebenfalls bestätigt werden kann.

Es zeigt sich, dass die durchschnittliche Effizienz über die Jahre angestiegen ist. Die dargestellten Effekte der einzelnen Jahre beziehen sich immer auf das Basisjahr 2002. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die flächendeckende DRG-Einführung 2004 zunächst zu einem sprunghaften Anstieg der Effizienz geführt hat (um 3 Prozentpunkte gegenüber 2003), dass im folgenden Jahr (2005) die Effizienz im Durchschnitt allerdings nicht gesteigert werden konnte. Dieses Ergebnis wird in gewisser Weise konterkariert durch das Ergebnis bezüglich der Variablen *Art der Vergütung*. Diese Variable ist eins, wenn ein Krankenhaus vollständig mit DRGs abgerechnet hat, und Null, wenn es sowohl Pflegesätze als auch DRGs oder nur Pflegesätze abrechnet. Der Koeffizient dieser Variablen gibt an, dass ein Haus mit einer reinen DRG-Abrechnung eine geringere Effizienz aufweist als andere Häuser, die zum Teil oder ganz über Pflegesätze abrechnen. Allerdings ist bei der Interpretation dieses Koeffizienten zu berücksichtigen, dass die Variable für DRG-Häuser auch dann den Wert Null annimmt, wenn mindestens eine Abteilung existiert, die nach Pflegesätzen abrechnet (das ist z. B. bei psychiatrischen Abteilungen der Fall).

Der Wert der eingesetzten Großgeräte spielt bei der Erklärung von Effizienzunterschieden ebenfalls eine Rolle. Ein Haus mit (wertmäßig) vielen Großgeräten hat einen höheren Effizienzwert als ein Haus mit wenigen solchen Geräten. Allerdings nimmt der Einfluss mit weiteren zusätzlichen Geräten ab (vgl. negativen Koeffizienten des Quadratterms). Die Anzahl der Fachabteilungen hat ebenfalls einen Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser. Für kleine Krankenhäuser ist dieser Zusammenhang negativ, für größere (ab zehn Fachabteilungen) führt hingegen jede

Abbildung 4–5

Unadjustierte („rohe“) (DEA) und regressionsanalytisch adjustierte Effizienzscores nach Bundesländern (2007), Marktabgrenzung über das Einzugsgebiet

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

weitere Fachabteilung zu einer Steigerung der Effizienz. Das Ergebnis bedeutet praktisch, dass nur größere Krankenhäuser auf Verbundvorteile durch eine Erweiterung hoffen können.²¹ Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch, wenn man den Einfluss der Bettenzahl auf die Effizienz betrachtet. Auch hier ist der Zusammenhang für kleine Häuser negativ und für größere positiv (wobei er für ganz große Häuser wieder abnimmt). D. h. in kleineren Häusern führt eine Bettenerweiterung zunächst zu einem Effizienzverlust, wohingegen in größeren Häusern jedes weitere Bett die Effizienz steigern kann.²²

Ein Haus mit vielen Intensivbetten ist ineffizienter als ein Haus ohne oder mit wenigen Intensivbetten. Der Belegbettenanteil hat hingegen einen signifikant positiven Einfluss auf die Effizienz eines Hauses. Häuser mit einer höheren Mortalität weisen eine geringere Effizienz auf als Häuser mit einer niedrigen Mortalität. Somit scheint sich der positive Zusammenhang von Qualität und Effizienz zu bestätigen. Schließlich beobachten wir, dass Häuser in Ostdeutschland effizienter sind als Häuser im Westen. Wesentliche Ursachen für dieses Ergebnis können in den höheren Investitionsquoten und den geringeren Personalausgaben in Ostdeutschland gesehen werden.²³

Die Regressionsanalyse kann man als Risikoadjustierung der ermittelten Effizienzscores um die in der Regression verwendeten Einflussfaktoren auffassen. Des-

21 Dieses Ergebnis sollte nicht dahingehend interpretiert werden, dass beliebige Kombinationen von Erweiterungen sinnvoll sind. Synergieeffekte können nur dort auftreten, wo auch ein Teil der Ressourcen gemeinsam genutzt werden können.

22 Aufgrund des engen, doch komplexen Zusammenhangs zwischen Fachabteilungsanzahl und Bettenanzahl sollte dieses Ergebnis in weiteren Untersuchungen verifiziert werden. So kann es von Interesse sein, den konkreten Fachabteilungszuschnitt und die dazugehörigen Bettenzahlen zu betrachten.

23 Eine Bestätigung dieser Interpretation liefern neuere Untersuchungen von KPMG (Penter und Arnold 2009) und der Krankenhausratingreport (Augurzky et al. 2009a).

halb ist es interessant, abschließend wieder einen Blick auf die Bundesländer zu werfen (Abbildung 4–5).

Wir betrachten dafür die Effizienzscores des Jahres 2007 und vergleichen die in der DEA-Effizienzanalyse ermittelten (rohen) Werte mit den geschätzten Werten aus der Regression (unter der Verwendung der nachfrageseitigen Marktabgrenzung). Für die geschätzten Werte berechnen wir für jedes Haus mit seinen individuellen Charakteristika (Betten, Fachabteilungen, Trägerschaft usw.) sowie den aus der Regression ermittelten Koeffizienten adjustierte Effizienzscores. Die Reihung der Bundesländer entspricht dabei der Rangfolge entsprechend der rohen Effizienzwerte (vgl. auch Abbildung 4–2). Positive Abweichungen der adjustierten von den „Roh-Werten“ weisen insbesondere Hessen, das Saarland, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern auf, negative dagegen vor allem Bremen und Berlin. Die Krankenhäuser in Bremen z. B. verlieren also einen Teil der in der DEA ermittelten „rohen“ Effizienz, wenn sie mit anderen Häusern hinsichtlich weiterer Merkmale rechnerisch „besser vergleichbar“ gemacht werden, während Häuser in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung weiterer Merkmale ihres Umfeldes noch günstiger dastehen. Der Zusammenhang zwischen den adjustierten Effizienzscores 2003 dieser Studie und den Effizienzscores bei Werblow und Robra (2007) ist etwas schwächer (Rangkorrelation von 0,69) als bei der Verwendung der „rohen“ Effizienzscores.²⁴

4.6 Sensitivitätsanalysen

Um die Ergebnisse abzusichern, führen wir einige Sensitivitätsanalysen durch.

4.6.1 Regression mit VRS-Scores

Als erstes wurde die im letzten Abschnitt vorgestellte Regression auch mit dem Effizienzscore unter variablen Skalenerträgen durchgeführt. Diese Scores wurden unter der Annahme berechnet, dass kein Haus mehr in der Lage ist, seine Effizienz durch die Anpassung seiner Betriebsgröße zu verändern (rein technische Effizienz). Die empirischen Ergebnisse dieser Schätzung bestätigen im Großen und Ganzen die Ergebnisse aus der CRS-Schätzung. Dies betrifft insbesondere die Wirkung der Trägerschaft und des Wettbewerbs auf die Effizienz. Hinsichtlich des Einflusses der Bettenzahl auf die Effizienz zeigen sich hingegen erwartungsgemäß große Unterschiede. Zwar besitzt auch hier die Bettenzahl einen signifikanten Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser, allerdings ändert sich die Richtung des Effektes: Hatten wir unter konstanten Skalenerträgen einen zunächst negativen und bei großen Häusern positiven Effekt (bzw. bei sehr großen Häusern wieder einen negativen Effekt) gemessen, steigt die rein technische Effizienz mit der Größe der Häuser an, wobei der Effekt mit zunehmender Größe schwächer wird.

²⁴ Der Unterschied wird hauptsächlich durch Schleswig-Holstein bestimmt, das nach Adjustierung seinen Rangplatz besonders verschlechtert.

4.6.2 Effizienzanalyse ohne Schweregradgewichtung der Fälle

Unsere Untersuchung konnte erstmals einheitlich berechnete CMI-Gewichte für die Fallzahlen aller Krankenhäuser für die Jahre 2002-2007 verwenden. Ausgehend vom dokumentierten CMI für die meisten Häuser im Jahr 2007 wurden für alle Häuser und alle Jahre nach einheitlichem Muster die CMIs geschätzt.²⁵ Interessant ist die Frage, welchen Einfluss diese Gewichtung der Fälle auf die Effizienz ausübt. Um diese Fragestellung zu untersuchen, führten wir die gesamte Analyse ohne die CMI-Gewichtung durch.

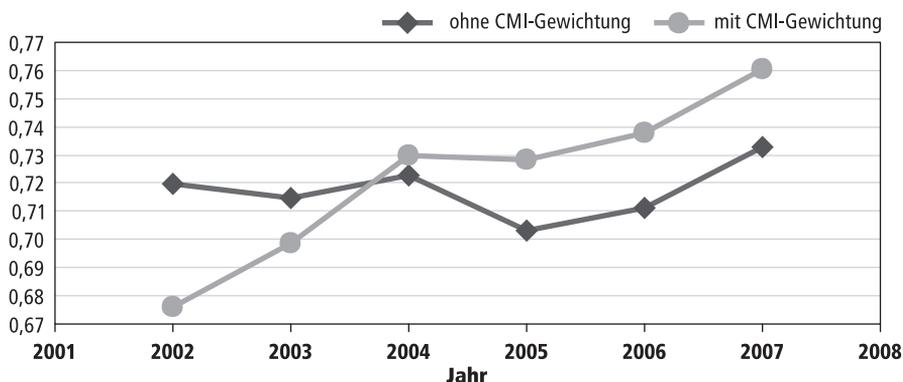
Es zeigen sich gravierende Unterschiede. So besitzen die Großgeräte nun einen negativen Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser, die DRG-Variable hat keinen signifikant negativen Einfluss mehr und die Wettbewerbsindikatoren scheinen ebenfalls keinen Einfluss mehr auf die Effizienz auszuüben. Der Einfluss der Trägerschaft auf die Effizienz hat sich zwar abgeschwächt, ist aber noch in der gleichen Richtung signifikant wie vorher (private Häuser am effizientesten).

Das klarste Ergebnis ist aber für die Betrachtung der Effizienz über die Zeit zu erkennen. Während wir bei der Betrachtung mit CMI-Gewichtung einen deutlich positiven Trend über die Jahre erkennen konnten (mit einer Stagnation in der Zeit der DRG-Einführung), kommt es ohne CMI-Gewichtung der Fälle zu einem noch differenzierteren Bild.

Man erkennt deutlich (vgl. Abbildung 4–6), dass die Entwicklung der Effizienz je nach Berechnungsmethode insbesondere von 2002 bis 2005 divergiert. Während die Effizienzberechnung mit CMI-Gewichtung von 2002 bis 2004 zu einer signifikanten Zunahme der durchschnittlichen Effizienz geführt hat, ist für diese Zeit ohne CMI-Gewichtung ein gleichbleibendes Effizienzniveau festzustellen. Nach der flächendeckenden DRG-Einführung im Jahr 2004 kommt es dann zu einem signifi-

Abbildung 4–6

Entwicklung der durchschnittlichen Effizienz ohne und mit CMI-Gewichtung der Fälle



²⁵ Vgl. auch Abschnitt 4.2.2.

kanten Abfall der durchschnittlichen Effizienz, wenn wir die rohen Fälle als Berechnungsgrundlage verwenden. Mit einer Schweregradgewichtung der Fälle wird hingegen 2005 das durchschnittliche Effizienzniveau von 2004 gehalten. Die 2005 insgesamt beobachtete Fallzahlabnahme war mit einer durchschnittlichen Schweregrad-Zunahme der dennoch stationär aufgenommenen Fälle verbunden. Damit wird die Wichtigkeit einer Berücksichtigung des Schweregrads der Fälle deutlich.

4.6.3 Veränderung bei der Input- und Output-Wahl

Zu Beginn diskutierten wir verschiedene Input- und Outputkombinationen. So ist aus theoretischer Sicht nicht ganz klar, in welcher Weise man den Bettenbestand eines Krankenhauses in eine Effizienzanalyse integrieren sollte. In der Hauptanalyse nahmen wir sie als fixe Größe an, die durch das Management des Krankenhauses nicht beeinflusst werden kann.

Um Fehlspezifikationen ausschließen zu können, wurde sowohl die Bettenanzahl als weiterer Input als auch als ein möglicher Output betrachtet. Verwenden wir die Bettenanzahl als weiteren Input in der Effizienzanalyse, ändert sich an den vorgestellten Ergebnissen nichts Wesentliches. Insbesondere bleiben die Hauptaussagen zum Einfluss von Trägerschaft und Wettbewerb unberührt. Das Gleiche gilt auch, wenn wir die Betten als zusätzlichen Output (im Sinne eines Optionsgutes) auffassen. Hier allerdings mit dem Unterschied, dass die Bettenanzahl keinen signifikanten Einfluss mehr auf die ermittelten Effizienzscores hat.

Angesichts der im Sample enthaltenen „Betriebszusammenschlüsse“, die zu Bettenzahlen von über 4000 pro „Krankenhaus“ führten, überprüften wir schließlich, ob diese „Ausreißer“ maßgeblich die erzielten Ergebnisse beeinflussten. Insgesamt gab es über die betrachteten sieben Jahre 20 Beobachtungen mit mehr als 2000 Krankenhausbetten. Eine Herausnahme dieser Beobachtungen aus der Analyse ändert nichts an den vorgestellten Ergebnissen. Vielmehr werden einige Koeffizienten deutlicher signifikant als vorher.

4.7 Diskussion und Ausblick

Mit der Einführung der DRG-Vergütung in Deutschland gab es deutliche Effizienzgewinne im Krankenhaussektor. Dieser beabsichtigte Zweck der Vergütungsumstellung wurde also auch erreicht. Insgesamt gibt es allerdings noch Effizienzpotenziale zu heben, die im internationalen Vergleich eine Höhe von 2–4 Mrd. Euro erreichen.²⁶

Private Krankenhäuser sind im Durchschnitt effizienter als öffentliche oder freigemeinnützige. Dieses Resultat wird (indirekt) durch eine weitere neuere Studie gestützt²⁷, steht aber im Gegensatz zu Herr (2008), die wie die vorliegende Studie direkt die Effizienz von Krankenhäusern misst. Die Vermutung, dass die Schwere-

²⁶ Vgl. Augurzky et al. 2009b.

²⁷ Vgl. Augurzky et al. 2009c.

gradgewichtung der Fälle Ursache für diese Unterschiede ist, konnte nicht bestätigt werden.²⁸ Vielmehr scheint die Sampleauswahl, d. h. unterschiedliche Methoden zur Datenbereinigung, eine wichtige Ursache zu sein. Neuere Studien aus dem Jahr 2009 können indirekt unsere Ergebnisse stützen.²⁹

Hinsichtlich der Wirkung von Wettbewerb auf die Effizienz konnten wir zwei unterschiedliche Ergebnisse feststellen. Zum Einen zeigte eine geografische Abgrenzung des Marktes, dass sowohl bei geringer als auch bei hoher Marktkonzentration eine effiziente Bereitstellung von Krankenhausleistungen möglich ist. Zum anderen verstärkte sich der positive Zusammenhang zwischen Wettbewerbsintensität und Effizienz bei einer nachfrageseitigen Marktsegmentierung über die Einzugsgebiete der Krankenhäuser. Patienten zieht es also in diejenigen Krankenhäuser, die mit geringem Ressourcenaufwand optimale Behandlungsergebnisse erzielen können. Dies entspräche einem nachfrageseitigen Qualitätswettbewerb, der gleichzeitig eine wichtige Rolle für die Effizienz von Krankenhäusern zu spielen scheint: Einerseits suchen Patienten effiziente Anbieter, andererseits entwickeln Krankenhäuser offenbar Strategien, um auch Patienten außerhalb ihres Standortes (Landkreis) von ihrer Leistungsfähigkeit zu überzeugen.

Die vorhandenen Daten und damit auch die vorgelegte Analyse bilden das Effizienz-Konzept ab, das in der Struktur der DRG-Vergütung angelegt ist: feste Preise, schwer signalisierbare Qualität, leicht zählbare Leistungsmengen (Fälle). Anders gestaltete ordnungspolitische Rahmenbedingungen könnten über einen Qualitäts- und/oder Preiswettbewerb eine Leistungssteigerung der Krankenhäuser auch auf andere Dimensionen fördern. Strategische Positionierungen der Krankenhäuser, die sie unter Verzicht auf aktuelle Fallmengen mit unternehmerischer Zielsetzung einnehmen, etwa der Aufbau einer neuen Abteilung, werden in einer DEA nicht abgebildet.

Als ein Nebenprodukt zeigte die zu Beginn der Analyse vorgenommene Datenbereinigung, dass viele Krankenhäuser offenbar unplausible Zahlen melden. Eine Erhöhung der Datenqualität könnte in Zukunft zu noch besser abgesicherten Aussagen (insbesondere auf Bundeslandebene) führen.

4.8 Anhang

Beschreibung der DEA

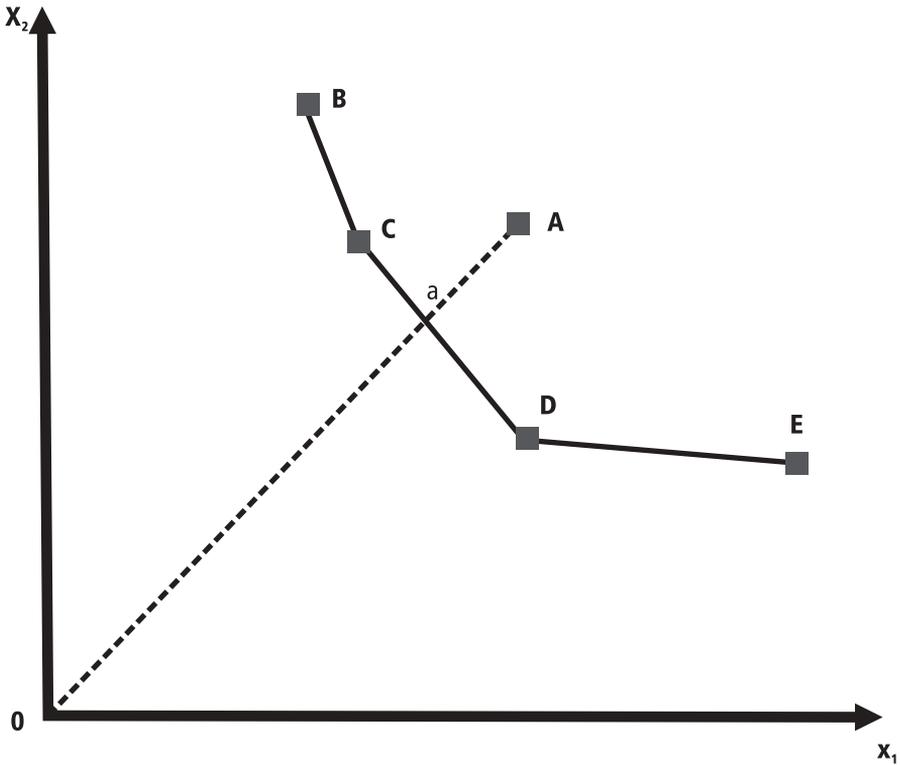
Die Data Envelopment Analysis (DEA) konstruiert mit Hilfe von linearer Programmierung eine Effizienzgrenze, an welcher die Effizienz von Entscheidungseinheiten bestimmt wird.³⁰ Eine Entscheidungseinheit wird im Allgemeinen in der Literatur mit Decision Making Units (DMU) bezeichnet, in diesem Fall handelt es sich um ein Krankenhaus in einem bestimmten Beobachtungsjahr. Die Idee der DEA ist der

28 Allerdings stellen Häuser in privater Trägerschaft nicht notwendig eine homogene Gruppe dar (vgl. Devereaux et al. 2004).

29 Vgl. Augurzky et al. 2009a und Penter und Arnold 2009.

30 Siehe Charnes, Cooper und Rhodes 1978.

Abbildung 4–7

Effizienzanalyse mit einem Output und zwei Inputs (x_1 und x_2)

Eigene Darstellung in Anlehnung an Breyer et al. (2005)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Vergleich des Verhältnisses von Output zu Input der einzelnen Einheiten in Relation zu den besten (effizientesten) DMUs. Die DEA ermöglicht es, mit Hilfe der beobachtbaren Input-Outputkombinationen der DMUs einen Effizienzparameter zu ermitteln. Dieser beschreibt die Entfernung der Position der Entscheidungseinheit von der Effizienzgrenze. Die Effizienzgrenze bei Outputorientierung bildet sich dabei aus einer linearen Verknüpfung der Input-Output-Kombinationen der Krankenhäuser mit dem höchsten Output bei gegebenem Input. Bei einer inputorientierten Analyse werden diejenigen DMUs als effizient bezeichnet (d. h. auf der Effizienzgrenze liegend), die bei gegebenem Output den geringsten Input benötigen. Diese effizienten DMUs sind dann Referenz für die anderen in der Untersuchung enthaltenen Einheiten.

Abbildung 4–7 zeigt eine inputorientierte Untersuchung von fünf Krankenhäusern mit den Inputs x_1 und x_2 unter der Annahme konstanter Skalenerträge (CRS – constant return to scale). Die effiziente Grenze der Produktionsmöglichkeiten wird durch die Krankenhäuser B, C, D und E definiert. Das Krankenhaus A könnte die gleiche Menge Output mit weniger Input herstellen. Der berechnete

Effizienzparameter θ gibt an, in welchem Maß das Krankenhaus A im Vergleich zu den anderen Häusern seine Inputs proportional reduzieren könnte, ohne das Outputlevel zu verändern. Die DEA bestimmt entsprechend den effizienten Vergleichspunkt a auf der Effizienzgrenze für das Krankenhaus A als lineare Kombination der Häuser C und D. Zur Berechnung von θ nutzt die DEA das folgende lineare Programm.³¹

Minimiere θ_i durch Wahl der λ_j unter den Nebenbedingungen:

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j Y_j \geq Y_i$$

$$\theta_i X_i \geq \sum_{j=1}^n \lambda_j X_j$$

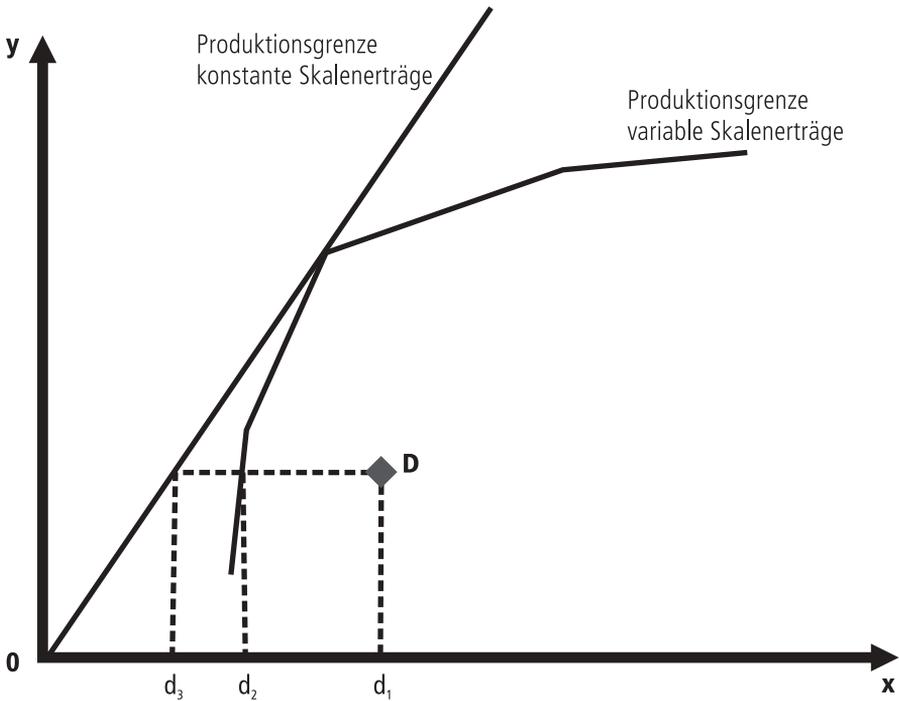
$$\lambda_j \geq 0 \quad 1 \leq j \leq n$$

Dabei wird das lineare Programm für jedes in der Untersuchung enthaltene Krankenhaus in jedem Jahr wiederholt. Für jede ineffiziente DMU wird eine virtuelle effiziente DMU mit Mindestoutputs Y_i bestimmt. Diese setzt sich aus n effizienten DMUs zusammen, deren Technologie jeweils mit den Gewichten von λ_j in die virtuelle DMU eingehen. Die Gewichte werden so gewählt, dass θ_i minimiert wird. Bei einer Inputorientierung gilt $0 \leq \theta_i \leq 1$. Bei effizienten DMUs ist $\lambda_j = 1$ und $\lambda_{j \neq i} = 0$, entsprechend gilt $\theta_i = 1$. Die Inputs könnten nicht weiter verringert werden. In der Abbildung würden die Werte θ_j ($j = B, C, D, E$) der Krankenhäuser $j = B, C, D$ und E „Eins“ ergeben. Beim ineffizienten Haus A mit $\theta_i < 1$ wird eine virtuelle DMU a bestimmt mit den entsprechenden Gewichtungen λ_j der Inputs der Häuser C und D. Die so bestimmte Effizienz wird als technische Effizienz bezeichnet. Diese technische Effizienz lässt sich in die Faktoren rein technische Effizienz und Skaleneffizienz zerlegen. Zur Bestimmung der rein technischen Effizienz wurde 1984 von Banker/Charnes/Cooper die sogenannte BCC-Formulierung der DEA entwickelt (vgl. Banker et al. 1984). Dabei werden statt konstanten Skalenerträgen (CRS) nun variable Skalenerträge (VRS – variable return to scale) unterstellt. Im linearen Programm der DEA ändert sich die Restriktion der Gewichte λ_j . So muss nun deren Summe den Wert 1 annehmen. Unter der rein technischen Ineffizienz versteht man den Umfang, um welchen bei Inputorientierung eine DMU ihren Input bei Nutzung des bestmöglichen Produktionsprozesses reduzieren könnte. Werden beide Analysen kombiniert, ist es möglich, den Anteil der technischen Ineffizienz, der auf Abweichung von der optimalen Betriebsgröße zurückzuführen ist, zu bestimmen. Die Abweichung wird als Skaleneffizienz bezeichnet. Die folgende Abbildung im 1-Input-1-Output-Raum macht den Zusammenhang von technischer, rein technischer und Skaleneffizienz deutlich (Abbildung 4–8).

31 Die gewählte Darstellung folgt Hollingsworth et al. 1999.

Abbildung 4–8

Konstante und variable Skalenerträge



Eigene Darstellung in Anlehnung an Breyer et al. (2005)

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Die rein technische Effizienz des Krankenhauses D bestimmt sich durch den Abstand von der Produktionsgrenze mit variablen Skalenerträgen (VRS) und entspricht dem Verhältnis der Strecken $0d_2:0d_1$. Jedoch wäre eine DMU, die nicht auf der Produktionsgrenze mit konstanten Skalenerträgen (CRS) produziert, skaleneffizient. Die Skaleneffizienz bestimmt sich durch den Quotienten der Strecken $0d_3:0d_2$. Je größer der Abstand zwischen der Berechnung unter CRS und VRS desto größer ist die Abweichung vom Betriebsgrößenoptimum, die Skaleneffizienz (oder $1-0d_3:0d_2$). Die technische Effizienz entspricht dem Verhältnis von $0d_3:0d_1$. Den Zusammenhang zwischen technischer Effizienz und Skaleneffizienz verdeutlicht nochmals folgende Darstellung:

$$\begin{aligned} \text{technische Effizienz} &= \text{rein techn. Effizienz} \cdot \text{Skaleneffizienz} \\ \text{CRS} &= \text{VRS} \cdot \text{SE} \end{aligned}$$

Die Skaleneffizienz können wir dann wie folgt ausdrücken: $(1-\text{SE}) = (\text{VRS}-\text{CRS})/\text{VRS}$.

Erklärung der Effizienzunterschiede – Regression

Um den gleichzeitigen Einfluss dieser Faktoren auf die Effizienz untersuchen zu können, führen wir eine Regressionsanalyse durch. Für die formale Darstellung fassen wir die krankenhausspezifischen Faktoren in einem Vektor $Z1$ zusammen und die Umweltfaktoren in einem Vektor $Z2$. Der für ein Krankenhaus i in einem bestimmten Jahr t ermittelte Effizienzscore E_{it} hängt neben diesen Faktoren möglicherweise noch von unbeobachtbaren Faktoren ab. Die gegebene Datenstruktur ($i = 1..n$ Krankenhäuser über $t = 1..T$ Jahre) ermöglicht es uns, bei diesen unbeobachtbaren Faktoren zwischen krankenhausspezifischen (über die Zeit konstanten) unbeobachtbaren Faktoren (u_i) und zeitabhängigen unbeobachtbaren Faktoren (e_{it}) zu unterscheiden. Unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Zeittrends t lässt sich damit folgende Schätzgleichung spezifizieren:

$$E_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 Z1_{it} + \alpha_2 Z2_{it} + \alpha_3 t + u_i + e_{it}.$$

Eine derartige Spezifizierung ist in der Literatur als Panel-Regression mit Random Effects bekannt. Für technische Einzelheiten der Schätzmethode wird auf gut lesbare Einführungstexte verwiesen.³² Wichtig ist allerdings der Hinweis, dass eine einfache Kleinste-Quadrate-Schätzung aufgrund der Zeitabhängigkeit der Variablen zu verzerrten Schätzergebnissen führen würde.

Ein anderes Problem der Schätzung stellt die Verteilung der Effizienzscores dar. Üblicherweise wird in einer Regression von normalverteilten zu erklärenden Variablen ausgegangen. Diese Annahme ist für die Effizienzscores natürlich nicht erfüllt, da sie maximal einen Wert von 1 annehmen können. Für diesen Spezialfall werden in der Literatur alternative Schätzmethoden vorgeschlagen.³³ Wir bleiben hingegen in dieser Untersuchung bei einer Panel-Regression mit Random Effects und folgen dabei der Argumentation von McDonald (2009), der gezeigt hat, dass die einfache Regression im Kontext der Analyse von DEA-Scores konsistente Schätzergebnisse liefert.

4.9 Literatur

- Abraham JM, Gaynor M., Vogt WB. Entry and competition in local hospital markets. *The Journal of Industrial Economics* 2007; LV (2): 265–88.
- Augurzky B, Budde R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S., Krankenhaus Rating Report 2009 – Im Auge des Orkans, RWI : Materialien 51, Essen 2009a.
- Augurzky B, Tauchmann H, Werblow A, Felder S. Effizienzreserven im Gesundheitswesen RWI : Materialien 49, Essen 2009b.
- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft RWI : Materialien 52, Essen 2009c.
- Banker RD, Charnes A, Cooper WW. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science* 1984; 30 (9): 1078–92.

32 Vgl. bspw. Wooldridge 2002.

33 Vgl. für einen Überblick Simar und Wilson 2007.

- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer 2005.
- Charnes A, Cooper WW, Rhodes E. Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* 1978; 3 (4): 429–44.
- Cullmann A, v. Hirschhausen Ch. Next Stop: Restructuring? A Nonparametric Efficiency Analysis of German Public Transport Companies. DIW Discussion Paper. 2008 No. 831.
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, Ravindran N, Walter SD, McDonald H, Stone SB, Patel R, Bhandari M, Schünemann HJ, Choi PT, Bayoumi AM, Lavis JN, Sullivan T, Stoddart G, Guyatt GH. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2004;170 (12): 1817–24
- Dranove D, White WD. Recent theory and evidence on competition in hospital markets. *Journal of Economics and Management Strategy* 1994; 3 (1): 169–209.
- Farsi M, Filippini M. Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland. *Health Economics* 2008; 17: 335–50.
- Felder S, Schmitt H. Data envelopment analysis based bonus payments. Theory and application to inpatient care in the German state of Saxony-Anhalt. *European Journal of Health Economics* 2004; 5 (4): 357–63.
- Fournier GM, Mitchell JM. Hospital costs and competition for services: A multiproduct analysis. *The Review of Economics and Statistics* 1992; 74 (4): 627–34.
- Gresenz CR, Rogowski J, Escarce J. Updated variable-radius measures of hospital competition. *Health Services Research* 2004; 39 (2): 417–30.
- Helmig B, Lapsley I. On the efficiency of public, welfare and private hospitals in Germany over time: a sectoral data envelopment analysis study. *Health Serv Manage Res*. 2001; 14 (4): 263–74.
- Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Econ*. 2008;17: 1057–71.
- Hersch P. Competition and the performance of hospital markets. *Review of Industrial Organization* 1984; Winter: 324–41.
- Hollingworth B. The Measurement of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery. *Health Economics* 2008; 17: 1107–28.
- Hollingsworth B, Dawson PJ, Maniadakis N. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. *Health Care Management Science* 1999; 2 (3): 161–72.
- Jacobs R. Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: Data Envelopment Analysis and Stochastic Frontier Analysis. *Health Care Management Science* 2001; 4: 103–15.
- Lindrooth RC, Lo Sasso AT, Bazzoli GJ. The effect of urban hospital closure on markets. *Journal of Health Economics* 2003; 22 (5): 691–712.
- McDonald J. Using least squares and tobit in second stage DEA efficiency analyses. *European Journal of Operational Research* 2009; 197: 792–8.
- Penter V, Arnold C. *Zukunft deutsches Krankenhaus*. Baumann Fachverlage 2009.
- Simar L, Wilson P. Estimation and inference in two-stage, semi-parametric models of production processes. *Journal of Econometrics* 2007;136: 31–64.
- Sloan FA. Not-for-profit Ownership and Hospital Behavior. In: *Handbook of Health Economics* 1B, Culyer AJ, Newhouse JP (eds). Chapter 21. Elsevier: Amsterdam 2000; 1141–74.
- Steinmann L, Dittrich G, Karmann A, Zweifel P. Measuring and comparing the (in)efficiency of German and Swiss hospitals. *European Journal of Health Economics* 2004; 5 (3): 216–26.
- Tiemann, O., Schreyögg, J.: Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany - A Panel Data Approach Based on DEA Efficiency Scores. *Business Research* (2009) (in peer-review).
- Werblow A, Robra BP. Einsparpotenziale im medizinischen Bereich deutscher Krankenhäuser – eine regionale Effizienzfront-Analyse. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer 2007; 133–51.
- Werblow A, Schoffer O. *CMI-Schätzung 2002-2007*. TU Dresden 2009.
- Wooldridge JM. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. The MIT Press, Cambridge, MA 2002.
- Zwanziger J, Melnick GA. The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California. *Journal of Health Economics* 1988; 7: 301–20.

5 Entwicklung des Personalbestandes in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002–2007

Andreas Werblow und Olaf Schoffer

5

Abstract

Eine deskriptive Analyse der Personalzahlen zwischen 2002 und 2007 in allg. Krankenhäusern Deutschlands zeigt zunächst, dass ein Rückgang der Beschäftigtenzahl zu verzeichnen ist. Die Veränderung der Beschäftigtenzahlen verlief dabei für einzelne Personalgruppen unterschiedlich. Beim ärztlichen Personal kam es zu einer Steigerung der Anzahl, auch nach Berücksichtigung der ebenfalls zunehmenden Teilzeitbeschäftigung durch Vollkräfteäquivalente (VKÄ). Die Beschäftigtenzahl beim nichtärztlichen Personal nahm hingegen ab.

Über die rein deskriptive Betrachtung hinaus wurde eine Modellanpassung des ärztlichen, pflegerischen und sonstigen nichtärztlichen Personals mittels Panel-Regression unter Berücksichtigung verschiedener erklärender Variablen vorgenommen. Nach Kontrolle für bestimmte Einflussfaktoren haben wir für alle Personalkategorien positive durchschnittliche Wachstumsraten pro Jahr für freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser festgestellt. Nur im Pflegebereich bei den privaten Trägern gab es keine durchschnittlichen Steigerungen. Wichtig für dieses Ergebnis war die Berücksichtigung der Fallschwere in den Berechnungen. Diese konnten wir durch einen selbst berechneten Indikator der Fallschwere aus den veröffentlichten CMIs des Jahres 2007 ergänzen. Damit war es möglich, alle Fälle aller Krankenhäuser einheitlich zu bewerten.

Ein Vergleich mit der Periode 1991 bis 1999 zeigt außerdem, dass sich die prinzipiellen Trends aus den 1990er Jahren fortgesetzt haben. Durch die Einführung der DRGs kam es teilweise zu einer Verstärkung von Effekten.

A descriptive analysis of the number of staff from 2002 to 2007 in German general hospitals shows that the workforce has been reduced. The change of the number of employees differed in the individual staff groups. The medical staff has increased, even when taking an increased number of part-time employees into account by using full-time equivalents. The non-medical staff, on the other hand, has decreased.

Beyond a purely descriptive approach, we adapted the model of medical, nursing and other staff, using panel regression and taking various explanatory variables into consideration. After control for certain factors, we found positive average growth rates per year for all staff categories for non-profit and public hospitals. Only the nursing staff in private institutions did not on average increase. It was important for the results to include the case mix in the calcula-

tions. We were able to complement these by an indicator we calculated from the published CMI's from 2007. This enabled us to evaluate all cases of all hospitals uniformly.

Moreover, a comparison with the period from 1991 to 1999 shows that the basic trends have continued from the 1990s. With the introduction of DRGs, the effects were partially enhanced.

5

5.1 Einleitung – Problemstellung

Der Krankenhausmarkt in Deutschland befindet sich in einer Umbruchphase. So hat sich mit der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 die Vergütung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus grundlegend geändert. Tagesgleiche Pflegesätze wurden fast überall durch Fallpauschalen ersetzt. Dies führte insbesondere bei der Verweildauer zu einer starken Abnahme. Betrug die Verweildauer im Durchschnitt 2002 noch 9,2 Tage, waren es im Jahr 2007 nur noch 8,3 Tage. Die Zahl der aufgestellten Betten nahm in der selben Zeit in gleichem Maße ab (4,5 Prozent). Aber auch die Wettbewerbssituation der Häuser verschärfte sich. Durch Fusionen und Schließungen reduzierte sich die Zahl der Krankenhäuser zwischen 2002 und 2007 um 6,0 Prozent (vgl. den Beitrag von Bölt, Kapitel 19 in diesem Band).

Viele Aspekte des Umbruchs wurden im Krankenhaus-Report und anderswo bereits analysiert. Bspw. widmet sich das Gutachten der Monopolkommission aus dem Jahre 2008 der Wettbewerbssituation der Krankenhäuser (vgl. Monopolkommission 2008). Darüber hinaus wurden verschiedene Aspekte der DRG-Umstellung in anderen wissenschaftlichen Publikationen und Fachzeitschriften thematisiert (Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Ärzteblatt, f&w, Ärztezeitung).

Die Analyse des Personalbestands in deutschen Krankenhäusern scheint hingegen bisher nicht im Mittelpunkt des Interesses zu stehen. Ausnahmen stellen die Analysen im Krankenhaus-Report aus dem Jahre 2001 (Gerste et al. 2001) und eine Untersuchung zu Personal- und Sachkosten im medizinischen Bereich dar (Werblow und Robra 2009). Obwohl in einem so personalintensiven Bereich der Produktionsfaktor Arbeit von herausragender Bedeutung ist, gibt es nach unserem Kenntnisstand für die Zeit der DRG-Einführung ansonsten nur die jährlichen statistischen Berichte zum Abbau pflegerischer bei gleichzeitiger Zunahme ärztlicher Stellen im Krankenhaus.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Entwicklung des ärztlichen, des pflegerischen und des sonstigen Personals in allgemeinen Krankenhäusern unter Berücksichtigung wichtiger Einflussfaktoren darzustellen und deren Zusammenhänge zu analysieren. Ein bedeutender Einflussfaktor ist dabei insbesondere die Schwere der behandelten Fälle. Die Analyse der amtlichen Grund-, Kosten- und Diagnosedaten allgemeiner Krankenhäuser im Forschungsdatenzentrum der statistischen Landesämter erlaubt es, die Personalsituation dieser Einrichtungen auf Hausebene – und damit unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten der einzelnen Krankenhäuser – zu analysieren.

Nach der Vorstellung der verwendeten Datenbasis (Abschnitt 5.2) erfolgt in Abschnitt 5.3 die Darstellung der allgemeinen Entwicklung des Personals (gegliedert nach ärztlichem, pflegerischem und sonstigem nichtärztlichem Personal) in allgemeinen Krankenhäusern. In einem Modell analysieren wir im Anschluss die Personalentwicklung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der im vorangegangenen Abschnitt einzeln dargestellten Einflussfaktoren (Abschnitt 5.4). Abschnitt 5.5 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

5.2 Datenbasis und -bereinigung

Die Datenbasis der vorliegenden Untersuchung stellen die disaggregierten Grund-, Kosten- und Diagnosedaten der amtlichen Krankenhausstatistik aus den Jahren 2002 bis 2007 – eingeschränkt auf allgemeine Krankenhäuser – in Deutschland dar. Sie wurden seitens der amtlichen Statistik im Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter zur Analyse bereitgestellt. In aggregierter Form werden diese Daten auch vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht (bspw. nach Bundesländern und Trägern). Allerdings können mit letztgenannter Datenbasis keine tiefergehenden Analysen – wie etwa die Berücksichtigung der Fallschwere – durchgeführt werden. Hinzu kommt, dass ein genauerer Blick auf die Daten der einzelnen Häuser die Möglichkeit bietet, Inkohärenzen in den Daten bei der Analyse zu berücksichtigen bzw. zu bereinigen.

Da die Datenbereinigung in einem anderen Beitrag dieses Bandes, der die gleiche Datenbasis verwendet, dokumentiert ist (vgl. Werblow et al.; Kapitel 4), soll an dieser Stelle nur im Überblick über diesen Prozess berichtet werden. In einem ersten Schritt wurde die Datenbasis um offensichtliche Datenfehler bereinigt. Hierzu gehören Krankenhäuser, die für einzelne Jahre keine Ärzte oder Pflegekräfte ausgewiesen haben oder Häuser, die höhere durchschnittliche Pflegekosten pro Pflege-VKÄ¹ als durchschnittliche Arztkosten pro Arzt-VKÄ dokumentierten. In einem zweiten Schritt wurde für jedes Haus über die Untersuchungsperiode analysiert, ob die Zeitreihen der interessierenden Variablen über die Zeit stabil waren. Als instabil wurden Häuser eingestuft, die bei einzelnen Variablen große Sprünge in der Zeitreihe aufwiesen. Im Rahmen der Datenbereinigung wurden auch die Sachkosten deflationiert.

Um in der Modellanpassung belastbarere Ergebnisse zu erhalten, werden zudem nur Einrichtungen berücksichtigt, welche mindestens 30 Betten aufweisen und für mindestens zwei Untersuchungsperioden im Datenbestand enthalten sind. Am Ende dieses Datenbereinigungsprozesses steht so ein Untersuchungssample mit jährlich zwischen 1 482 und 1 531 allgemeinen Krankenhäusern (insgesamt 9 040 Beobachtungen, 2002: 1 498 Häuser, 2003: 1 517 Häuser, 2004: 1 497 Häuser, 2005: 1 531 Häuser, 2006: 1 515 Häuser, 2007: 1 482 Häuser).

¹ Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Um Verwechslungen mit vollzeitbeschäftigtem Personal zu vermeiden, wird hierfür nachfolgend das Kürzel VKÄ (Vollkräfteäquivalent) verwendet.

Verschiedene Behandlungen verursachen einen mitunter sehr unterschiedlichen (Personal-)Aufwand. Um diese Fallschwere zu berücksichtigen, wird in der Analyse der Case-Mix-Index (CMI) zur Gewichtung von Fallzahlen genutzt. Der CMI ist jedoch nicht für alle betrachteten Krankenhäuser bekannt und das zugrunde liegende Berechnungsschema wird jährlich verändert. Daher wird ein Regressionsmodell für die bekannten CMI-Werte des Jahres 2007 in Abhängigkeit von Hauptdiagnose, Alter, Geschlecht und Verweildauer der behandelten Fälle aufgestellt (vgl. Werblow und Schoffer 2009). Das damit geschätzte Modell erlaubt die Nachbildung des CMI anhand der Patientenstruktur für die übrigen Häuser, sodass die Fälle aller betrachteten Einrichtungen gemäß der mittleren Fallschwere gewichtet werden können.

Für den ersten Teil der Analyse (vgl. Abschnitt 5.3) betrachten wir das vollständige Sample, für die abgeleiteten Untersuchungen hingegen das bereinigte Sample (vgl. Abschnitt 5.4).

5.3 Allgemeine Entwicklung

Zwischen 2002 und 2007 reduzierte sich die Anzahl der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland um 5,64 Prozent. Entsprechend nahm auch die Anzahl der aufgestellten Betten ab (um 7,24 Prozent). Das eingesetzte Personal wurde in der Untersuchungsperiode ebenfalls abgebaut, wobei der Rückgang bei den VKÄ etwas stärker ausfiel als bei den beschäftigten Personen. Außerdem zeigt sich, dass die Entwicklung beim ärztlichen Personal vollkommen anders verlief als beim nicht-ärztlichen Personal (vgl. Abbildung 5–1).

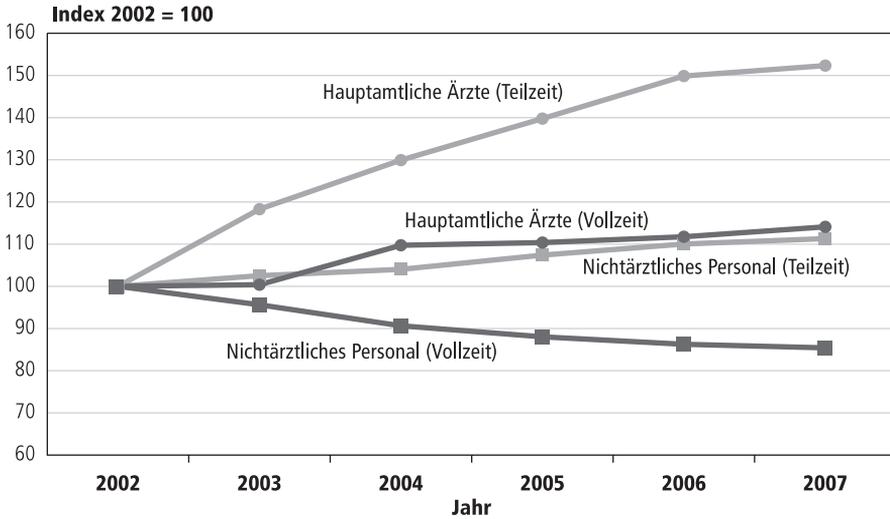
Während die Anzahl der in Vollzeit beschäftigten Ärzte zwischen 2002 und 2007 um ca. 15 Prozent zunahm, verringerte sich im nichtärztlichen Bereich der Vollzeit-Anteil auf 85 Prozent. Gleichzeitig nahmen die Personalkosten um 6,63 Prozent zu. Mit dem Rückgang des eingesetzten Personals ist ein Rückgang der im Krankenhaus behandelten Fälle zu verzeichnen. Dabei nahm die Fallschwere insgesamt aber zu, sodass die mit dem CMI gewichtete Fallzahl um 1,71 Prozent zunahm.

Aus den Eckdaten der allgemeinen Krankenhäuser können erste Kennzahlen zur Charakterisierung der Krankenhäuser abgeleitet werden (vgl. Tabelle 5–1). Die Verweildauer sank in der Untersuchungsperiode um knapp 10 Prozent auf 7,8 Tage. Die Bettenauslastung ist von 79 Prozent im Jahr 2002 auf 76 Prozent im Jahr 2007 gesunken. Aus Tabelle 5–1 wird klar, dass die Verweildauer merklich sinkt und mithin der Zeitanteil der Rüstzeiten steigt, während gleichzeitig die Planbarkeit der Bettenbelegung zurückgeht. Damit wird der in Tabelle 5–1 ablesbare Effekt, dass mehr Bettenabbau als Fallzahlreduzierung stattfindet, überkompensiert, sodass die Bettenauslastung insgesamt sinkt. Im Ganzen bestätigt sich ein Trend, der auch schon für die Periode 1991 bis 1999 beobachtet wurde.²

² Vgl. Gerste et al. 2001.

Abbildung 5–1

Entwicklung der Voll- und Teilzeitbeschäftigung



Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Auf den Frauenerwerbsanteil in allgemeinen Krankenhäusern soll in diesem Beitrag nicht im Besonderen eingegangen werden; er wird hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt (vgl. Tabelle 5–2). Man erkennt bei den hauptamtlichen Ärzten einen deutlichen Anstieg von 34 Prozent Frauen im Jahr 2002 auf 40 Prozent Frauen im Jahr 2007. Damit ist der Frauenerwerbsanteil in den letzten sechs Jahren

Tabelle 5–1

Eckdaten und abgeleitete Kennziffern allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland

| | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
|-------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| Anzahl KH | 1 898 | 1 791 | –5,64 |
| VKÄ insgesamt | 794 740 | 756 172 | –4,85 |
| Beschäftigte Personen insges. | 961 059 | 938 489 | –2,35 |
| Personalkosten in Mrd. € | 37 | 40 | 6,63 |
| Aufgestellte Betten | 504 684 | 468 169 | –7,24 |
| Fallzahl ^{a)} | 16 922 870 | 16 667 661 | –1,51 |
| Fallzahl ^{a)} CMI | 17 053 059 | 17 344 013 | 1,71 |
| Pflegetage ^{b)} | 146 229 261 | 129 943 448 | –11,14 |
| Bettenauslastung | 0,79 | 0,76 | –4,21 |
| Verweildauer in Tagen | 8,64 | 7,80 | –9,78 |

^{a)} Entlassungen (inkl. Tod), ^{b)} inkl. Stundenfälle

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 5–2

Frauenerwerbsanteil allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland

| | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
|---|------|------|------------------|
| Frauenerwerbsanteil: hauptamtliche Ärzte | 0,34 | 0,40 | 17,65 |
| Frauenerwerbsanteil: nichtärztl. Personal | 0,80 | 0,81 | 1,25 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

5

deutlich stärker angestiegen als in den 90er Jahren.³ Da bei den Medizinabsolventen der Frauenanteil derzeit bei etwa 60 Prozent liegt, ist zu vermuten, dass dieser Trend weitergehen wird.⁴

5.3.1 Ärztliches Personal

Im Jahr 2007 waren insgesamt 130 065 hauptamtliche Ärzte beschäftigt. Das sind knapp 20 000 Ärzte mehr als im Jahr 2002 (+18 Prozent). Differenziert man die beschäftigten Ärzte nach der abgeschlossenen Weiterbildung, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Während sich die Zahl der Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung von 2002 bis 2007 um 11,4 Prozent erhöhte, stieg die Zahl der Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung um 26,7 Prozent (Tabelle 5–3).

Betrachtet man die Veränderungen in einzelnen Fachgebieten, werden ebenfalls deutlich unterschiedliche Entwicklungen sichtbar. Hierbei fällt auf, dass insbesondere in großen Fachgebieten (Innere Medizin, Chirurgie (insgesamt), Neurologie, Anästhesiologie und Orthopädie) erhebliche Zuwächse zu verzeichnen waren (vgl. im Detail Tabelle 5–4). In den kleineren Fachgebieten kam es dagegen auch zu Rückgängen in der Beschäftigung (wie z. B. Laboratoriumsmedizin oder Pathologie mit –59 Ärzten in der Untersuchungsperiode).⁵ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die beiden genannten Fachgebiete als tertiäre Dienstleister auch Kandidaten für eine

Tabelle 5–3

Hauptamtliche Ärzte in Allgemeinen Krankenhäusern

| | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
|---|---------|---------|------------------|
| Hauptamtliche Ärzte insgesamt | 110 244 | 130 065 | 18,0 |
| Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung | 62 518 | 69 617 | 11,4 |
| Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung | 47 726 | 60 448 | 26,7 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

3 Zwischen 1991 und 1999 ist der Frauenerwerbsanteil bei den hauptamtlichen Ärzten nur um 2,5 Prozent gestiegen (Gerste et al. 2002, S. 35).

4 Der Frauenanteil bei Abschlussprüfungen in der Humanmedizin betrug 2007 58,53 Prozent. 2002 waren es dagegen nur 49,36 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.2, Tabelle 2).

5 Die Entwicklung in diesen wie in weiteren Fachgebieten ist im Internetportal in Tabelle 5-a dokumentiert.

Tabelle 5–4

Hauptamtliche Ärzte insgesamt nach Fachgebieten (nur Fachgebiete mit großen absoluten Veränderungen)

| Gebiets-/Teilgebietsbezeichnung | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
|----------------------------------|--------|--------|------------------|
| Innere Medizin | 13 724 | 15 408 | 12,3 |
| Anästhesiologie | 11 639 | 13 033 | 12,0 |
| Chirurgie | 11 274 | 12 530 | 11,1 |
| Neurologie | 1 519 | 2 061 | 35,7 |
| Orthopädie | 1 588 | 2 012 | 26,7 |
| Kinderheilkunde | 3 159 | 3 538 | 12,0 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 1 588 | 1 870 | 17,8 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 4 189 | 4 417 | 5,4 |
| Urologie | 1 581 | 1 773 | 12,1 |
| Herzchirurgie | 569 | 752 | 32,2 |
| Allgemeinmedizin | 269 | 394 | 46,5 |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 912 | 1 026 | 12,5 |
| Psychotherapeutische Medizin | 168 | 280 | 66,7 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Ausgliederung aus dem Krankenhaus sind, z. B. in eine Vertragsarzt-Praxis oder ein MVZ.

Die ärztliche Hierarchie (Leitender Arzt, Oberarzt, Assistenzarzt und Belegarzt) unterschied sich früher deutlich zwischen den Krankenhausträgern. Insbesondere bei den Assistenz- und Belegärzten zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern auf der einen Seite und privaten Krankenhäusern auf der anderen Seite. So waren 1999 weit über 60 Prozent der Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern Assistenzärzte – in privaten Krankenhäusern belief sich dieser Anteil hingegen auf gut 45 Prozent.⁶ Ein umgekehrtes Bild prägte den Einsatz von Belegärzten. In diese Gruppe fielen über 20 Prozent der Ärzte in privaten Krankenhäusern, während in öffentlichen Krankenhäusern weniger als 5 Prozent der Ärzte als Belegärzte tätig waren.

Im Jahr 2007 hat sich diese Differenzierung zwischen den Trägern relativ stark aufgelöst. Unterschiede zeigen sich hauptsächlich noch in der Gruppe der Belegärzte und in der Gruppe der von Belegärzten angestellten Ärzte. Aber auch hier sind die Unterschiede nicht mehr so ausgeprägt wie 1999 (vgl. Tabelle 5–5).

⁶ Vgl. Gerste et al. 2001, S. 21.

Tabelle 5–5

Hauptamtliche Ärzte nach Trägerschaft 2007 in %

| | Leitende Ärzte | Ober- ärzte | Assistenz- ärzte | Beleg- ärzte | von Belegärzten angestellt |
|------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----------------|-------------------------------|
| öffentlich | 7,93 | 20,05 | 69,39 | 2,50 | 0,13 |
| freigemeinnützig | 9,63 | 20,88 | 63,03 | 5,92 | 0,54 |
| privat | 9,73 | 18,97 | 59,86 | 10,62 | 0,81 |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

5.3.2 Nichtärztliches Personal

Beim nichtärztlichen Personal muss zwischen dem Pflegepersonal und dem übrigen nichtärztlichen Personal unterschieden werden. Während das Pflegepersonal stark in der Versorgung der Patienten eingebunden ist, ist letztere Gruppe eher in der Verwaltung und der technischen Absicherung des Krankenhausbetriebes tätig.

Insgesamt sank die Zahl des nichtärztlichen Personals von 2002 bis 2007 um 5 Prozent. Zwischen den einzelnen Personengruppen gab es dabei aber sehr unterschiedliche Entwicklungen (vgl. Tabelle 5–6). So stieg die Beschäftigtenzahl im Medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst leicht an (+1,3 und + 5,9 Prozent). In anderen Gruppen fiel die Anzahl der Beschäftigten dagegen überdurchschnittlich. Zu diesen Gruppen gehören insbesondere das klinische Hauspersonal (–30,2 Prozent) und der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (–22,7 Prozent). Im Pflegebereich sank die Beschäftigtenzahl nur um 5,3 Prozent. Da der Pflegedienst aber die größte Personengruppe des nichtärztlichen Personals darstellt, ist dieser Rückgang mit 20 000 Personen absolut gesehen der größte (gefolgt vom Wirtschafts- und Verwaltungsdienst) und dominiert damit die Entwicklung des gesamten nichtärztlichen Personals.

Insgesamt scheint sich zu bestätigen, dass die Krankenhäuser zunächst vor allem im medizinischen Bereich Einsparpotenziale erschließen.⁷ Allerdings ist mittlerweile auch der Pflegebereich massiv betroffen. In den 90er Jahren sah das noch etwas anders aus: In der Zeit von 1991 bis 1999 konnte man beim Pflegedienst noch einen Zuwachs von 9 Prozent feststellen.⁸ Wie Abbildung 5–2 zeigt, war der relative Rückgang bezogen auf die VKÄ im Pflegebereich sogar noch etwas größer als bei den restlichen nichtärztlichen Personengruppen.

5.3.3 Relation ärztliches zu nichtärztlichem Personal

Weiterhin ist es von Interesse, sich das Verhältnis von ärztlichem zu nichtärztlichem Personal anzuschauen. Jeweils in VKÄ gemessen ergeben sich die in Abbildung 5–3 dargestellten Verhältnisse. Kamen 2002 noch 6,25 nichtärztliches Personal auf

⁷ Für den Zeitraum 2002 bis 2005 kommen Werblow und Robra (2008) ebenfalls zu diesem Ergebnis.

⁸ Vgl. Gerste 2001, S. 22.

Tabelle 5–6

Nichtärztliches Personal nach Personengruppen

| | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
|--|---------|---------|------------------|
| Pflegedienst (Pflegebereich) | 382 899 | 362 784 | -5,3 |
| Medizinisch-technischer Dienst | 147 796 | 149 785 | 1,3 |
| Funktionsdienst (einschl. dort tätiges Pflegepersonal) | 98 347 | 104 150 | 5,9 |
| Klinisches Hauspersonal | 24 112 | 16 825 | -30,2 |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst | 73 309 | 56 640 | -22,7 |
| Technischer Dienst | 19 526 | 17 837 | -8,7 |
| Verwaltungsdienst | 65 737 | 65 793 | 0,1 |
| Sonderdienste | 5 214 | 4 455 | -14,6 |
| Sonstiges Personal | 26 874 | 23 260 | -13,4 |
| Personal der Ausbildungsstätten | 6 683 | 5 753 | -13,9 |
| Nichtärztliches Personal der Einrichtung insgesamt | 843 814 | 801 529 | -5,0 |

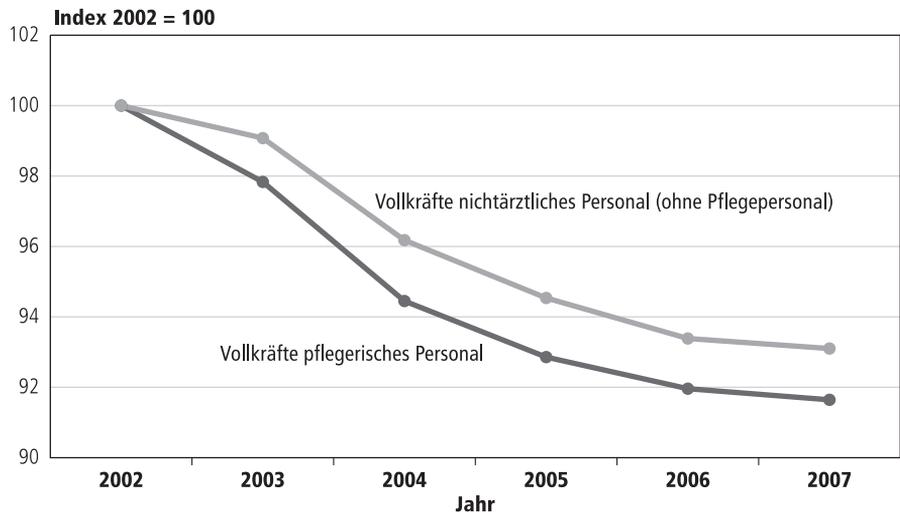
Krankenhaus-Report 2010

WIdO

einen Arzt, waren es 2007 nur noch 6,07 (oder 2,7 Prozent weniger). Die größten relativen Veränderungen zeigen sich beim technischen sowie beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-6,2 bzw. -6,7 Prozent). Nur bei einer Gruppe nahm die Kennzahl zu (Funktionsdienst +4,4 Prozent).

Abbildung 5–2

Pflegepersonal und anderes nichtärztliches Personal 2002–2007 (in VKÄ)

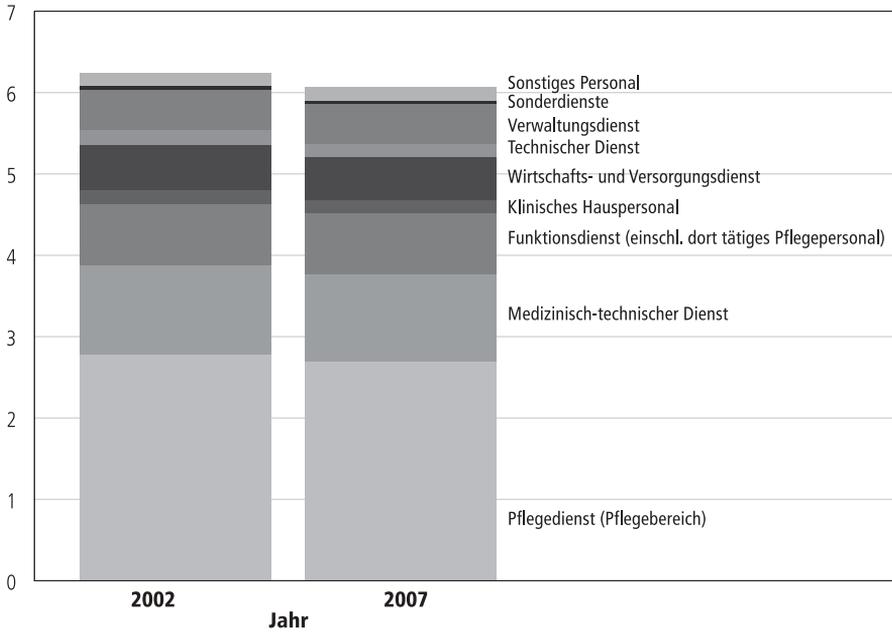


VKÄ=Vollkräfteäquivalent

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 5–3

Verhältnis ärztliches zu nichtärztlichem Personal (jeweils VKÄ)

VKÄ=Vollkräfteäquivalent

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Betrachtet man die Relation von ärztlichem zu pflegerischem Personal nach Trägerschaft, so wird eine gewisse Trendwende sichtbar: Während 2002 die privaten Kliniken noch die meisten Pflegekräfte pro Arzt beschäftigten (wiederum mit VKÄ gemessen), nahmen die Pflegekräfte in den privaten Krankenhäusern am stärksten ab, sodass 2007 das Verhältnis jetzt unter dem Wert der freigemeinnützigen Häuser liegt (Abbildung 5–4).

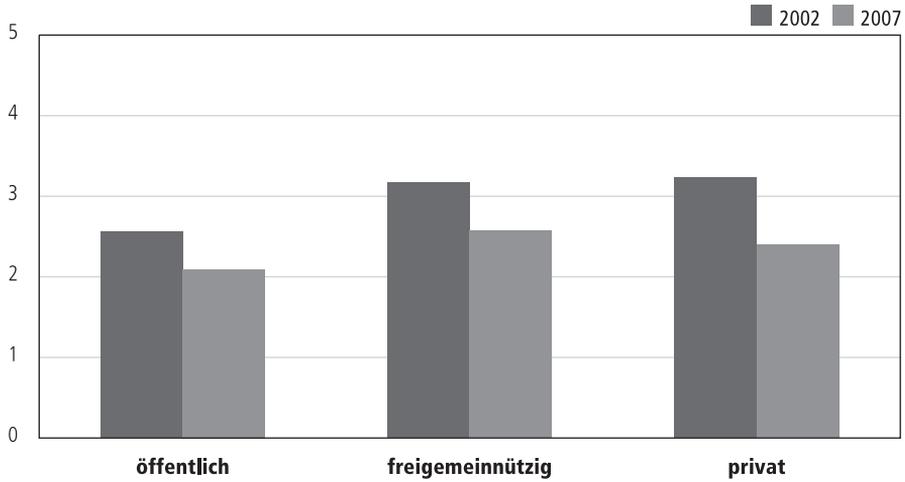
Das Verhältnis ärztliches Personal zu Pflegepersonal hängt ebenfalls stark von der Größe des Krankenhauses ab (vg. Abbildung 5–5). Während in kleinen Krankenhäusern durchschnittlich knapp vier Pflegekräfte auf einen Arzt kommen, sind es in großen Krankenhäusern (über 1 000 Betten) nicht einmal zwei Pflegekräfte.

5.3.4 Entwicklung der Relation der Personal- zu den Sachkosten

Mit den Daten der Krankenhausstatistik kann zunächst nur die Entwicklung des direkt in den Einrichtungen angestellten Personals abgebildet werden. Insbesondere im Bereich des nichtärztlichen Personals wird aber zunehmend auf externe Dienstleister zurückgegriffen. Damit verbunden ist eine Verlagerung entsprechender Kosten von den Personalkosten hin zu den Sachkosten. Um diese Outsourcing-Aktivitäten

Abbildung 5-4

Relation ärztliches Personal zu Pflegepersonal nach Trägern (in VKÄ)



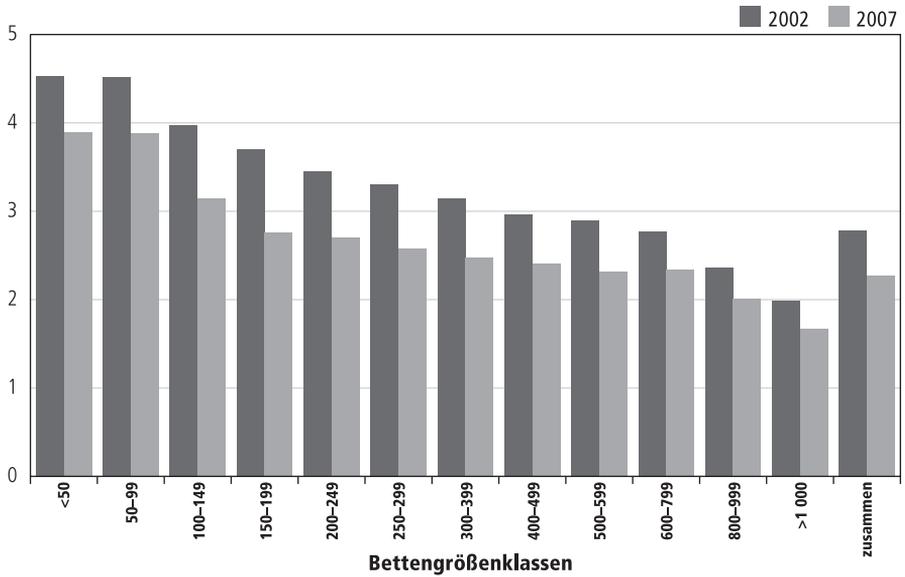
VKÄ=Vollkräfteäquivalent

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Abbildung 5-5

Relation ärztliches Personal zu Pflegepersonal nach Bettengrößenklassen



Krankenhaus-Report 2010

WidO

Tabelle 5–7

Relation Personal- zu Sachkosten je Behandlungsfall

| | Relation Personalkosten zu Sachkosten (fallbezogen) | | | Anteil Personalkosten an Gesamtkosten in % | | |
|------------------|---|------|--------------------|--|------|------------------|
| | 2002 | 2007 | Veränderung in % | 2002 | 2007 | Veränderung in % |
| öffentlich | 1,98 | 1,80 | –9,1 | 62,3 | 62,9 | 1,0 |
| freigemeinnützig | 1,92 | 1,75 | –8,9 | 62,2 | 62,8 | 0,9 |
| privat | 1,67 | 1,57 | –6,0 | 56,9 | 58,8 | 3,3 |
| zusammen | 1,93 | 1,75 | –9,3 ^{a)} | 61,9 | 62,3 | 0,7 |

^{a)} Hier werden Veränderungsdaten gewichteter arithmetischer Mittel betrachtet. Durch Veränderungen der Gewichte (Fallzahl pro Einrichtung) zwischen den Erhebungsjahren sowie Trägerwechsel einer Reihe von Einrichtungen kann es – wie im vorliegenden Fall – vorkommen, dass die Veränderungsrate aller betrachteten Einrichtungen größer bzw. kleiner ist als die Veränderungsdaten aller nach Trägern gegliederten Gruppen.

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

täten der betrachteten Krankenhäuser abbilden zu können, betrachten wir das Verhältnis von Personal- zu Sachkosten.

In Tabelle 5–7 ist die fallbezogene Relation von Personal- zu Sachkosten sowie der Anteil der Personal- an den Sachkosten für die drei Trägerarten dargestellt. Während der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten bei allen drei Trägerarten leicht gestiegen ist, sank das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten für alle drei Trägerarten.

Im Durchschnitt wurden 2007 in Deutschland 1,75 Euro Personalkosten pro Euro Sachkosten ausgegeben, wobei die privaten Krankenhäuser das geringste Personal- zu Sachkosten-Verhältnis aufweisen. Auch beim Anteil der Personal- an den Gesamtkosten liegen 2007 die privaten Häuser mit 58,8 Prozent unterhalb des Durchschnitts und damit deutlich unter den Werten der freigemeinnützigen und öffentlichen Häuser.

Die größte Veränderung des Verhältnisses der Personal- zu den Sachkosten zwischen 2002 und 2007 zeigt sich bei den öffentlichen Krankenhäusern (–9,1 Prozent). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass das Verhältnis in dieser Trägergruppe zwischen 1991 und 1999 noch angestiegen war, während es auch in dieser Zeit bei den anderen Trägergruppen gesunken war.^{9,10}

Von Interesse sind auch hier die Ergebnisse bezüglich der verschiedenen Bettengrößensklassen (vgl. Tabelle 5–8). Tendenziell haben sich die Werte stark angeglichen – zu diesem Schluss muss man zumindest kommen, wenn man sich die gleiche Übersicht für die Jahre 1991 bis 1999 anschaut.¹¹ Damals lag das Personalkosten-Sachkosten-Verhältnis in kleineren Häusern deutlich über dem von größeren Kli-

9 1996 wurde bei der Kostenerhebung vom Bruttoprinzip auf das Nettoprinzip und 2002 zurück vom Nettoprinzip auf das Bruttoprinzip umgestellt. Unterstellt man einen gleichen Einfluss dieser Umstellung auf Personal- und Sachkosten, lassen sich die Kennziffern für Jahre mit unterschiedlichen Kostenerhebungsmethoden miteinander vergleichen.

10 Ein direkter Vergleich der Periode von 1991 bis 1999 mit der Periode 2002 bis 2007 ist nicht möglich, da in der zweiten Periode die Sachkosten deflationiert worden sind und in der ersten Periode nicht.

11 Vgl. Tabelle 2–16 in Gerste et al. (2001, S. 39).

Tabelle 5–8

Relation Personal- zu Sachkosten je Behandlungsfall nach Bettengrößenklassen

| | Relation Personalkosten zu Sachkosten (fallbezogen) | | | Anteil Personalkosten an Gesamtkosten | | |
|----------------------|---|------|------------------|---------------------------------------|------|-------------------------------|
| | 2002 | 2007 | Veränderung in % | 2002 | 2007 | Veränderung in Prozentpunkten |
| unter 50 Betten | 1,85 | 1,65 | -10,8 | 57,7 | 55,5 | -3,7 |
| 50 bis 99 Betten | 1,92 | 1,74 | -9,4 | 60,3 | 61,0 | 1,2 |
| 100 bis 149 Betten | 2,14 | 1,82 | -15,0 | 63,3 | 62,0 | -2,0 |
| 150 bis 199 Betten | 2,11 | 1,85 | -12,3 | 63,3 | 62,7 | -0,9 |
| 200 bis 249 Betten | 2,05 | 1,75 | -14,6 | 63,6 | 61,9 | -2,7 |
| 250 bis 299 Betten | 2,02 | 1,85 | -8,4 | 62,8 | 63,9 | 1,7 |
| 300 bis 399 Betten | 1,99 | 1,69 | -15,1 | 63,1 | 61,9 | -1,9 |
| 400 bis 499 Betten | 1,97 | 1,77 | -10,2 | 63,0 | 63,4 | 0,6 |
| 500 bis 599 Betten | 1,84 | 1,73 | -6,0 | 61,5 | 62,4 | 1,4 |
| 600 bis 799 Betten | 1,88 | 1,82 | -3,2 | 61,6 | 63,3 | 2,7 |
| 800 bis 999 Betten | 1,84 | 1,72 | -6,5 | 61,2 | 61,6 | 0,6 |
| 1000 und mehr Betten | 1,74 | 1,67 | -4,0 | 60,3 | 62,0 | 2,8 |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

niken. Für die Zeit 2002 bis 2007 sind dann dementsprechend die Veränderungsraten für die kleineren Häuser teilweise beträchtlich größer als für größere Häuser.

Was den Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten angeht, so ist für die Untersuchungsperiode kein systematischer Zusammenhang zwischen den Bettengrößenklassen und dem Personalkostenanteil auszumachen. Auch dies war in den 90er Jahren noch anders: Damals hatten kleinere Häuser einen mit bis zu 5 Prozentpunkten höheren Personalkostenanteil als die größten Kliniken zu verzeichnen.¹²

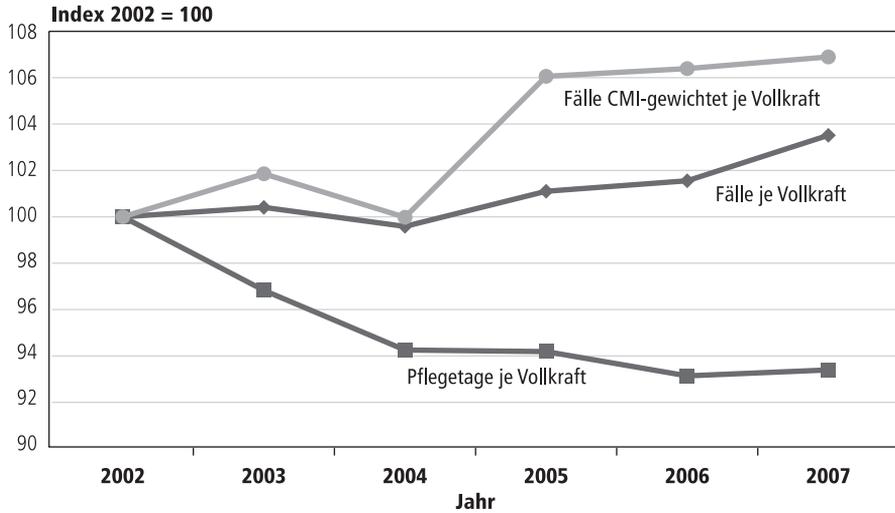
5.3.5 Indikatoren der Ressourcenauslastung

In diesem Abschnitt präsentieren wir wichtige Kennziffern zur Ressourcenauslastung in Allgemeinen Krankenhäusern. Hierfür werden die Pfl egetage je VKÄ, die Fälle je VKÄ sowie die schweregradbereinigten Fälle (CMI-gewichtete Fälle) je VKÄ betrachtet.

Abbildung 5–6 macht deutlich, dass es bei den Fällen pro VKÄ über die betrachtete Zeitperiode einen leichten Anstieg (um 3,5 Prozent) gegeben hat. Bei den CMI-gewichteten Fällen war der Anstieg fast doppelt so hoch (6,9 Prozent). Besonders auffallend ist der Anstieg bei den CMI-gewichteten Fällen zwischen 2004 und 2005. Dieser Anstieg kann sicher mit der Einführung der DRGs erklärt werden.

¹² Vgl. Gerste et al. 2001, S. 39.

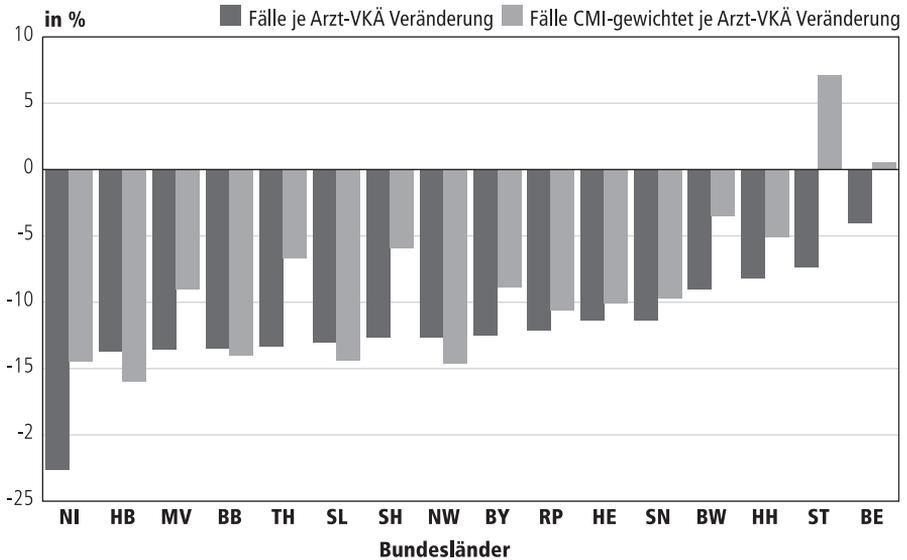
Abbildung 5-6
Indikatoren der Ressourcenausstattung



Krankenhaus-Report 2010

WidO

Abbildung 5-7
Fälle je Arzt-VKÄ nach Bundesländern (Veränderung 2002 zu 2007)



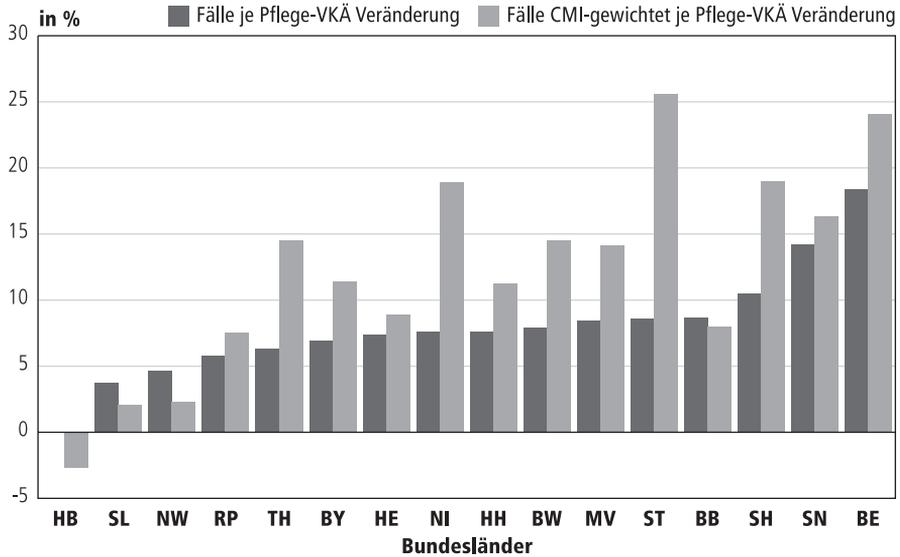
VKÄ=Vollkräfteäquivalent

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Abbildung 5–8

Fälle je Pflege-VKÄ nach Bundesländern (Veränderung 2002 zu 2007)



VKÄ=Vollkräfteäquivalent

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 5–7 und Abbildung 5–8 zeigen die Entwicklung der Fallzahl pro VKÄ für die einzelnen Bundesländer (differenziert nach ärztlichen Vollzeitäquivalenten und pflegerischen Vollzeitäquivalenten). Es wird noch einmal die vollkommen unterschiedliche Entwicklung bei Ärzten und Pflegekräften sichtbar: In fast allen Bundesländern nahm die Zahl der Fälle pro ärztliches Vollzeitäquivalent ab (egal ob mit oder ohne CMI-Gewichtung). Ausnahmen bilden Sachsen-Anhalt und Berlin: In beiden Ländern nahmen die mit dem CMI gewichteten Fallzahlen pro VKÄ leicht zu, während sie im ungewichteten Fall gesunken sind.

Beim Pflegepersonal sah es dagegen komplett anders aus: Hier nahmen die Fälle je Pflegekraft in allen Bundesländern (bis auf Bremen) teilweise deutlich zu (bis zu 25 Prozent bei der Berücksichtigung der Fallschwere in Sachsen-Anhalt).

Insgesamt zeigen sich damit teilweise deutliche Unterschiede in den betrachteten Kennziffern zwischen den Bundesländern – je nachdem, ob man die Fälle mit dem CMI gewichtet oder nicht.

5.4 Multivariate Analyse

Während im letzten Abschnitt die unterschiedlichen Facetten der Personalausstattung allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland für einzelne Kennziffern mehr oder weniger separat betrachtet wurden, soll in diesem Abschnitt die Entwicklung

des Personalbestandes untersucht werden, wenn gleichzeitig verschiedene weitere Einflussgrößen berücksichtigt werden. Um die einzelnen Häuser besser miteinander vergleichen zu können, wurde das Sample in der eingangs dargestellten Form bereinigt. Das in diesem Abschnitt verwendete Sample stellt somit nur ein Teilsample der allgemeinen Krankenhäuser dar, über die in den vorangegangenen Abschnitten berichtet wurde. Inwieweit trotzdem Rückschlüsse auf die Gesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland gezogen werden können, untersuchen wir mit einem statistischen Testverfahren (vgl. Resultate in Abschnitt 5.4.3).

5.4.1 Modell der Arbeitsnachfrage in Krankenhäusern

Um die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den betrachteten Krankenhäusern noch genauer analysieren zu können und so bestimmte Effekte herauszurechnen, welche die Beschäftigtenzahlen beeinflussen, schätzen wir im Folgenden multiple Regressionsmodelle für den Einsatz von Ärzten, von Pflegekräften und von sonstigem nichtärztlichem Personal. Der verwendete Ansatz basiert auf einem ökonomischen Modell, welches die Arbeitsnachfrage einer Firma abbildet. Eine Firma setzt zur Produktion eines bestimmten Outputs im Allgemeinen zwei wesentliche Produktionsfaktoren ein: Arbeit und Kapital. Agiert diese Firma unter Wettbewerbsbedingungen und versucht sie ihre Kosten zu minimieren, lassen sich Faktornachfragegleichungen ableiten. Diese Faktornachfragen hängen im Allgemeinen vom Output und den Faktorpreisen ab.¹³

Im Falle des Krankenhauses verwenden wir die Fallzahl als Output mit. Dabei berücksichtigen wir die unterschiedliche Fallschwere, indem wir die Fälle der Häuser (Entlassungen inkl. Tod) mit dem CMI der einzelnen Kliniken gewichten. Die wichtigsten Inputs sind die Beschäftigten (VKÄ) und die aufgestellten Betten (als Maß für das eingesetzte Kapital) im Krankenhaus. Wir nehmen eine kurzfristige Betrachtung an und gehen davon aus, dass der Kapitaleinsatz fix ist. Diese Annahme scheint aus Sicht des einzelnen Krankenhauses aufgrund der Krankenhausplanung und aufgrund der dualistischen Finanzierung gerechtfertigt zu sein.¹⁴

Unter dieser Annahme lässt sich aus einer Cobb-Douglas-Produktionsfunktion¹⁵ zur Modellierung der Nachfrage nach ärztlichem Personal (A) im Krankenhaus i zum Zeitpunkt t folgende Spezifizierung ableiten:

$$A_{it} = e^{\alpha_0} \cdot F_{it}^{\alpha_1} \cdot wA_{it}^{\alpha_2} \cdot wP_{it}^{\alpha_3} \cdot wS_{it}^{\alpha_4} \cdot B_{it}^{\alpha_5} \cdot e^{\phi_{it}} \quad (1)$$

Analog kann auch die Nachfrage nach Pflegekräften (P) und sonstigem nichtärztlichem Personal (S) modelliert werden. In Gleichung (1) bezeichnet desweiteren B

¹³ Vgl. für eine Einführung und grundlegende Diskussion von Produktionstechnologien und Faktornachfragen Varian (1992).

¹⁴ Ein weiteres Problem mit der Verwendung der Betten als Input wird im Beitrag Werblow et al. (Kapitel 4 in diesem Band) diskutiert.

¹⁵ Die Cobb-Douglas-Produktionsfunktion als eine gebräuchliche Form der Produktionstechnologie stellt eine sinnvolle Annahme zur Modellierung von Zusammenhängen für den Krankenhaussektor dar. Die konkrete Herleitung der Arbeitsnachfragemodelle aus der Cobb-Douglas-Produktionsfunktion kann bei den Autoren erfragt werden.

die Anzahl der aufgestellten Betten, F die mit dem CMI gewichtete Fallzahl und wA (bzw. wP oder wS) die Kosten je VKÄ des ärztlichen (bzw. pflegerischen oder sonstigen nichtärztlichen) Personals.

Die zu schätzenden Koeffizienten (α_0 bis α_5) unterliegen entsprechend der mikroökonomischen Theorie bestimmten Erwartungen, die sich aus den Parametern der Produktionsfunktion ergeben. So sollte bei richtiger Spezifikation α_1 positiv, α_2 negativ sowie α_3 und α_4 wiederum positiv sein.¹⁶ Um die Parameter mittels Panel-Regression schätzen zu können, wird das Modell aus (1) logarithmiert. Die logarithmische Spezifizierung der Arbeitsnachfragefunktion erlaubt es zudem, die Koeffizienten direkt als Elastizitäten zu interpretieren. Ein Wert für α_2 von -0,2 würde bspw. heißen, dass eine einprozentige Erhöhung der Löhne für Ärzte zu einem Rückgang der vom Krankenhaus nachgefragten Ärzte um 0,2 Prozent führen würde.

Da die in der Cobb-Douglas-Produktion implizit getroffene Annahme kostenminimierenden Verhaltens nicht für alle Krankenhäuser zutreffen dürfte, berücksichtigen wir zusätzliche Faktoren, die systematische Abweichungen vom Kostenminimum erklären können.¹⁷ Hierzu zählen neben der Trägerstruktur der Standort des Krankenhauses (Ost-, Westdeutschland oder Berlin), das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten (Maß für Outsourcing) und deren Interaktionen. Diese sonstigen Einflussfaktoren fassen wir in einem Vektor Z zusammen. Da unser Hauptinteresse in der Veränderung der Arbeitsnachfrage über die Zeit besteht, fügen wir als weitere erklärende Variable einen Zeittrend mit dem Koeffizienten α_6 ein. Dieser gibt dann die durchschnittliche Veränderung pro Jahr der betrachteten Arbeitsnachfrage an, wenn wir für die anderen Faktoren kontrollieren. Diese Effekte werden gemeinsam mit den Störtermen u und ε in Φ zusammengefasst:

$$\phi_{it} = \alpha_6 t + \sum_{j=1}^k \alpha_{6+j} Z_{jit} + u_i + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Die Panelstruktur in den Daten (mehrfache Beobachtung des gleichen Krankenhauses) erlaubt uns, die Heterogenität der betrachteten Häuser bei der Spezifizierung der Störterme zu berücksichtigen. Hierzu spalten wir den globalen Störterm in zwei Komponenten auf: einen krankenhausspezifischen Teil u , der über die Häuser variiert und somit krankhausindividuelle Besonderheiten abbildet, die über die Zeit konstant bleiben, und einen zeit- und krankhausabhängigen Teil ε , der alle weiteren unbeobachtbaren Faktoren enthält.

Wir gehen in diesem Beitrag vereinfachend davon aus, dass die insgesamt drei Nachfrageschätzungen für das ärztliche Personal, die Pflegekräfte und das sonstige nichtärztliche Personal unabhängig voneinander sind. Weitergehende ökonomische Untersuchungen sollten die aus der mikroökonomischen Spezifizierung resultierenden Abhängigkeiten der Faktornachfragefunktionen allerdings berücksichtigen.

16 Vgl. Varian 1992.

17 Evans (1971) hat für den Fall einer Kostenfunktion mit einer solchen Spezifizierung den Begriff „behavioural cost function“ (Verhaltenskostenfunktion) geprägt. Vgl. auch Breyer et al. 2005.

5.4.2 Deskriptive Statistiken des Samples

Wir betrachten für diese Analyse das gemäß Abschnitt 5.2 bereinigte Sample. Dies ist für die Regressionsanalyse wichtig, da Datenfehler ansonsten die gesamten Ergebnisse beeinflussen würden. In Tabelle 5–9 sind die wichtigsten statistischen Kennziffern der verwendeten Daten für das Jahr 2007 aufgelistet.

Demnach gehen für das Jahr 2007 nach der vorgestellten Datenbereinigung 1 482 Krankenhäuser in die Analyse ein. Für die Jahre 2002 bis 2007 liegt die Anzahl der betrachteten Krankenhäuser in einer ähnlichen Größenordnung. Durch Neugründung, Schließung und Fusionen über die Jahre 2002 bis 2007 gehen damit Angaben aus 1 616 KH in das Sample ein. Die Anzahl der Häuser ist aber nicht für jedes Jahr identisch, sodass wir mit einem so genannten unbalancierten Panel arbeiten.¹⁸

Ein durchschnittliches Krankenhaus des Samples beschäftigte 2007 ca. 79 Ärzte, 180 Pflegekräfte und 236 Personen, die dem sonstigen nichtärztlichen Personal zuzurechnen sind.¹⁹ Auffallend ist die große Spannweite dieser Zahlen. Dies deutet darauf hin, dass der Datenbereinigungsprozess nicht zwangsläufig nur kleine Krankenhäuser ausgeschlossen hat (vgl. Tabelle 5–9). Die Kosten je Arzt, je Pflegekraft und je Mitarbeiter des sonstigen nichtärztlichen Personals sollen die durchschnittlichen Löhne bzw. Gehälter der jeweiligen Personengruppen approximieren. Ärzte erhielten demnach im Durchschnitt die höchste Vergütung (94 130 Euro), gefolgt vom pflegerischen Personal (45 955 Euro) und dem sonstigen nichtärztlichen Personal (43 386 Euro). Die durchschnittliche Bettenzahl in den Krankenhäusern beträgt 305,36. Schließlich betrachten wir als zusätzliche Kontrollvariable das Verhältnis von Personal- zu Sachkosten. Diese Variable soll Unterschiede im Outsourcing der Krankenhäuser quantifizieren. Ist das Verhältnis im Vergleich zum Durchschnitt klein, kann ein hoher Outsourcing-Anteil vermutet werden. Hier reicht die Spannweite von 43 Cent bis zu 5,93 Euro Personalkosten auf einen Euro Sachkosten (Durchschnitt: 1,85).

Zu guter Letzt berücksichtigen wir noch Trägerschaft und Standort der Krankenhäuser in der Analyse. Am stärksten sind die freigemeinnützigen Krankenhäuser mit einem Anteil von 42 Prozent an allen betrachteten Krankenhäusern im Untersuchungssample vertreten.²⁰ Den geringsten Anteil weisen die privaten Häuser auf (21 Prozent).

Die meisten analysierten Krankenhäuser (82 Prozent) befinden sich in Westdeutschland, 15 Prozent der Häuser haben ihren Standort in Ostdeutschland. Referenzkategorie für diese Einteilung ist Berlin, wo sich die übrigen 3 Prozent aller Krankenhäuser des Untersuchungssamples befinden.

In Abbildung 5–9 ist die Entwicklung der Personalzahlen für unser verwendetes Sample in den drei Kategorien grafisch veranschaulicht. Man sieht deutlich, dass

18 Allerdings ist sichergestellt, dass jedes Krankenhaus mindestens mit zwei Beobachtungen (Jahre) im Sample vertreten ist.

19 Alle Personalzahlen sind in Vollkräfteäquivalenten gemessen.

20 Die freigemeinnützigen Krankenhäuser bilden die Referenzkategorie für die Trägerschaft in der Analyse. Ihr Anteil lässt sich leicht aus den Anteilen der beiden anderen Träger errechnen (1–Anteil öff. Häuser – Anteil priv. Häuser).

Tabelle 5–9

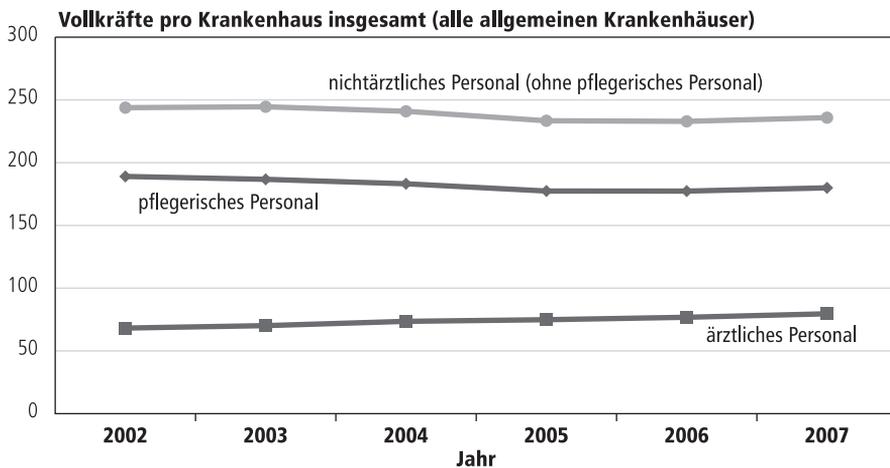
Deskriptive Statistik für die Arbeitsnachfrage 2007

| Variable | N | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum |
|--|-------|------------|--------------------|---------|-----------|
| VKÄ ärztl. Personal ^{a)} | 1 482 | 79,31 | 130,37 | 1,00 | 1 698,57 |
| VKÄ pfleg. Personal ^{a)} | 1 482 | 180,03 | 219,28 | 2,25 | 2 973,30 |
| VKÄ nichtärztl. Personal ohne Pflegepersonal ^{a)} | 1 482 | 235,61 | 412,08 | 7,23 | 5 541,00 |
| Pflegetage ^{a)} | 1 482 | 85 216 | 89 373 | 2 016 | 1 442 420 |
| CMI gewicht. Entlassungen ^{a)} | 1 482 | 11 360 | 14 113 | 137 | 206 153 |
| Kosten je VKÄ ärztl. Personal ^{a)} | 1 482 | 94 131 | 15 179 | 41 748 | 258 938 |
| Kosten je VKÄ pfleg. Personal ^{a)} | 1 482 | 45 955 | 6 239 | 8 488 | 107 596 |
| Kosten je VKÄ nichtärztl. Personal ohne Pflegepersonal ^{a)} | 1 482 | 43 386 | 7 633 | 13 679 | 103 834 |
| Betten ^{a)} | 1 482 | 305,36 | 296,60 | 30,00 | 4 539,00 |
| Personal-/Sachkostenverhältnis ^{a)} | 1 482 | 1,85 | 0,64 | 0,43 | 5,93 |
| Öffentliche Träger | 1 482 | 0,37 | 0,48 | 0,00 | 1,00 |
| Private Träger | 1 482 | 0,21 | 0,41 | 0,00 | 1,00 |
| Ost | 1 482 | 0,15 | 0,36 | 0,00 | 1,00 |
| West | 1 482 | 0,82 | 0,38 | 0,00 | 1,00 |

^{a)} Statistiken unter Verwendung von mikroaggregierten Daten

Abbildung 5–9

Vollkräfteäquivalente pro Krankenhaus (2002–2007)



die Arztzahlen ansteigen, während die Anzahl der Beschäftigten im pflegerischen und im sonstigen nichtärztlichen Bereich bis 2006 gefallen sind.

5.4.3 Ergebnisse

5.4.3.1 Panel-Regression

Die Ergebnisse der Schätzung aller drei Gleichungen zeigen ein relativ hohes Maß an Erklärungskraft unserer gewählten Spezifikation. So liegt das R^2 – ein Maß für die Güte einer Schätzung – zwischen 54 und 66 Prozent, d. h. wir können mit der gewählten Spezifizierung und den gewählten Einflussfaktoren zwischen 54 und 66 Prozent der Variation im Untersuchungssample erklären (vgl. den unteren Teil von Tabelle 5–10). Ein Breusch-Pagan-Test zeigt zudem, dass sich die Krankenhäuser in der Tat bezüglich ihrer unbeobachtbaren Merkmale – die wir in u zusammengefasst haben – unterscheiden, sodass $\text{Var}(u_i) > 0$ gilt.²¹ Die Wahl der Panelspezifikation wird also in allen drei Fällen bestätigt.

Das wichtigste Ergebnis der Untersuchung ist an der Variablen t in Verbindung mit den Interaktionstermen $t^*\text{\"offentlich}$ und $t^*\text{privat}$ abzulesen: Die Koeffizienten dieser Variablen geben an, um wie viel Prozent im Durchschnitt sich die jeweiligen Vollkräfteäquivalente pro Jahr verändert haben. Wenn man alle Einflüsse gleichzeitig berücksichtigt (und konstant hält), dann ist in der Untersuchungszeit in allen drei Personalkategorien die Nachfrage nach Personal pro Jahr in den freigemeinnützigen Häusern signifikant gestiegen. Am deutlichsten fiel der Anstieg beim ärztlichen Personal aus (+4,3 Prozent).²² Die Nachfrage nach Pflegepersonal stieg bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Häusern ebenfalls, wenn auch nur leicht (+0,3 Prozent). Bei den privaten Häusern war die Nachfrage nach Pflegekräften zwischen 2002 und 2007 hingegen konstant, da die Koeffizienten von t und $t^*\text{privat}$ sich gegenseitig aufheben. Für das sonstige nichtärztliche Personal betragen die Wachstumsraten +1,3 Prozent für öffentliche und freigemeinnützige Häuser und +0,5 Prozent für private Häuser. Damit kann unsere Schätzung den Eindruck der deskriptiven Analyse, wonach die Beschäftigtenzahl insbesondere im Pflegebereich gesunken ist, nicht bestätigen. Vielmehr erhalten wir ein signifikantes Wachstum der Personalnachfrage oder – im Falle der privaten Häuser im Pflegebereich – eine zumindest konstante Entwicklung. Eine detaillierte Darstellung von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Trägerschaft mit Schwerpunkt auf privaten Einrichtungen findet sich in Augurzky et al. (2009).

Nicht nur die Wachstumsrate des Personals für die Trägerarten ist von Interesse, sondern auch ein Vergleich der Personalbestände zwischen den einzelnen Trägerarten. Entsprechend der Koeffizienten für die Dummy-Variable *öffentlich* ist der ärztliche Personalbestand in öffentlichen Häusern signifikant höher als in freigemein-

21 Zu diesem Test vgl. z. B. Gujarati 1995.

22 Die Wachstumsrate für die freigemeinnützigen Häuser entspricht dem Koeffizienten von t , da die freigemeinnützigen Häuser die Referenzkategorie darstellen. Für die öffentlichen Häuser berechnet sich die Wachstumsrate dann aus der Summe der Koeffizienten von t und $t^*\text{\"offentlich}$, wenn die entsprechenden Koeffizienten signifikant von Null verschieden sind (entsprechend für die privaten Häuser).

Tabelle 5–10

Panel-Regression Personalnachfrage 2002–2007

| Variable | Ärztliches Personal | | Pflegepersonal | | Sonstiges Personal | |
|---|---------------------|----------|----------------|----------|--------------------|----------|
| | Koeffizient | Std.err. | Koeffizient | Std.err. | Koeffizient | Std.err. |
| Konstante | -0,391 ** | 0,177 | -0,576 *** | 0,129 | 0,230 | 0,168 |
| log(Betten) | 0,469 *** | 0,014 | 0,388 *** | 0,011 | 0,546 *** | 0,014 |
| log(Pflegetage) | 0,309 *** | 0,012 | 0,468 *** | 0,009 | 0,314 *** | 0,013 |
| log(CMI gewicht, Entlassungen) | 0,050 *** | 0,005 | 0,009 *** | 0,004 | 0,027 *** | 0,005 |
| log(Kosten je ärztl, Personal) | -0,476 *** | 0,011 | 0,088 *** | 0,008 | 0,086 *** | 0,011 |
| log(Kosten je pfleg, Personal) | 0,203 *** | 0,012 | -0,323 *** | 0,009 | 0,172 *** | 0,012 |
| log(Kosten je sonst, Personal) | 0,088 *** | 0,010 | 0,041 *** | 0,007 | -0,463 *** | 0,010 |
| Relation Personal-/Sachkosten | 0,022 *** | 0,004 | 0,049 *** | 0,003 | 0,126 *** | 0,004 |
| t | 0,043 *** | 0,001 | 0,003 *** | 0,001 | 0,013 *** | 0,001 |
| t*öffentlich ^{a)} | 0,002 | 0,001 | -0,001 | 0,001 | -0,002 | 0,001 |
| t*privat ^{a)} | 0,003 | 0,002 | -0,003 ** | 0,001 | -0,008 *** | 0,002 |
| öffentlich ^{a)} | 0,049 *** | 0,012 | 0,025 *** | 0,009 | 0,031 *** | 0,012 |
| privat ^{a)} | 0,002 | 0,013 | -0,031 *** | 0,010 | -0,008 | 0,013 |
| Ost ^{b)} | -0,219 ** | 0,102 | -0,075 | 0,067 | -0,188 ** | 0,080 |
| West ^{b)} | -0,273 *** | 0,095 | -0,100 | 0,063 | -0,161 ** | 0,075 |
| N | 1 616 | | 1 616 | | 1 616 | |
| t | 6 | | 6 | | 6 | |
| R ² | 0,548 | | 0,662 | | 0,588 | |
| SQR(MSE) | 0,080 | | 0,064 | | 0,087 | |
| Var(u _i) | 0,374 | | 0,170 | | 0,235 | |
| Var(e _{i,t}) | 0,007 | | 0,004 | | 0,008 | |
| Test: H ₀ : Var(u _i)=0 | 5 820 *** | | 4 879 *** | | 6 342 *** | |
| Test: H ₀ : Ost=West | 6,51 ** | | 1,92 | | 5,3 ** | |

***) signifikant auf dem 1 %-Signifikanzniveau, **) signifikant auf dem 5 %-Signifikanzniveau, *) signifikant auf dem 10 %-Signifikanzniveau

a) Referenzkategorie: freigemeinnützige Krankenhäuser

b) Referenzkategorie: Berlin

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

nützigen und privaten Krankenhäusern (+5,1 Prozent²³). Bezüglich des Bestands an Pflegekräften und an sonstigem Personal beobachten wir ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern +2,6 und +3,1

23 Koeffizienten von Dummy-Variablen in lognormalen Modellen können nicht direkt als Veränderungsrate interpretiert werden. Vielmehr müssen sie dazu entsprechend der Formel $d = \exp(d) - 1$ transformiert werden, mit d als dem Koeffizienten der ursprünglichen Dummy-Variablen (vgl. Halvorsen et al. 1980).

Prozent). Die privaten Häuser unterscheiden sich hinsichtlich des Personalbestandes von den freigemeinnützigen Häusern nur beim Pflegepersonal signifikant.

Diese Unterschiede zwischen den Trägerarten erhalten wir, obwohl wir für wichtige Einflussgrößen wie die Anzahl der Betten, Pflageetage und Fälle (CMI-gewichtet) kontrollieren, d. h. diese Variablen können nicht für den Unterschied in der Personalentwicklung verantwortlich gemacht werden. Für freigemeinnützige Krankenhäuser kann man deshalb beispielsweise schlussfolgern, dass sie bei vergleichbarem Schweregrad der Fälle und vergleichbarer Größe der Häuser durchschnittlich 3,1 % mehr Pflegekräfte einsetzen als private Häuser bzw. 2,5 % weniger als öffentliche Häuser.

Dass die öffentlichen Häuser in allen Personalkategorien deutlich mehr Personal einsetzen, um einen vergleichbaren „Output“ zu produzieren, kann einerseits mit einer ineffizienten Leistungserstellung zu tun haben, andererseits können diese Unterschiede auch von Einflüssen herrühren, die wir nicht im Modell berücksichtigen konnten. So ist beispielsweise der Anteil an Lehrkrankenhäusern unter den Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft höher als für freigemeinnützige und private Häuser, was mit einem erhöhten Personalaufwand verbunden sein könnte.

Auch die Ergebnisse hinsichtlich der geografischen Lage sind interessant. So zeigt sich, dass die Nachfrage nach ärztlichem und sonstigem nichtärztlichem Personal in ost- und westdeutschen Krankenhäusern deutlich geringer ist als in Krankenhäusern in Berlin (zwischen 14,9 Prozent für sonstiges nichtärztliches Personal und bis zu 23,8 Prozent beim ärztlichen Personal in Westdeutschland). Dabei ist der Bestand an ärztlichem Personal in Westdeutschland nochmals etwas geringer als in Ostdeutschland, der Bestand an sonstigem nichtärztlichem Personal dagegen in Ostdeutschland etwas geringer als in Westdeutschland. Beim Pflegepersonal gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Regionen. Auch wenn man argumentiert, dass die Krankenhäuser in Berlin in gewisser Weise eine besondere Stellung besitzen (Hauptstadtbonus, Spezialisierung, Konzentration und Marktmacht), kann auf keinen Fall der personelle Mehraufwand in der dargestellten Höhe gerechtfertigt werden.

Bezüglich des Lohnes erhalten wir die erwarteten Ergebnisse. Steigen die Lohnkosten der jeweiligen Personengruppe um 1%, so sinkt die Nachfrage nach Ärzten um 0,48 Prozent, nach pflegerischem Personal um 0,32 Prozent und nach sonstigem nichtärztlichem Personal um 0,46 Prozent. Interessant sind auch die Kreuzabhängigkeiten zwischen Löhnen der einen Personalgruppe und der Nachfrage nach Personal in einer anderen Gruppe. So führt eine einprozentige Steigerung der Löhne für Pflegekräfte zu einem Rückgang bei den Pflegekräften um 0,32 Prozent, andererseits löst diese Lohnsteigerung im Pflegebereich eine höhere Nachfrage nach ärztlichem Personal um 0,2 Prozent aus. In die andere Richtung ist dieser Zusammenhang deutlich schwächer ausgeprägt: Eine einprozentige Erhöhung der Arztgehälter führt zu einem Rückgang der Nachfrage nach ärztlichem Personal um 0,476 Prozent, bei den Pflegekräften wirkt diese Änderung der ärztlichen Vergütung nur schwach (0,09 Prozent).

Alle weiteren Ergebnisse entsprechen den Erwartungen. So nimmt mit steigender Bettenzahl die Nachfrage nach Personal zu. Gleiches gilt für die Pflageetage, die CMI-gewichteten Fälle sowie das Personal- zu Sachkostenverhältnis. Die Wirkung der Fallzahl ist dabei moderat. So bedeutet eine einprozentige Erhöhung der

Fallzahl (CMI-gewichtet), dass in einem durchschnittlichen Krankenhaus die Zahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente von 79 auf 82,9 steigen würde.

5.4.3.2 Sensitivitätsanalysen

Die dargestellten Ergebnisse scheinen auf den ersten Blick sehr robust zu sein, sodass sowohl die Erklärungskraft der Regression insgesamt als auch die einzelnen Signifikanzen als relativ hoch anzusehen sind. Dennoch soll an dieser Stelle die Spezifikation hinsichtlich möglicher Schwachpunkte untersucht werden.

Eine mögliche Verzerrung kann durch die Bereinigung des Untersuchungssamples entstehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn systematisch bestimmte Krankenhäuser aus der Analyse ausgeschlossen werden. Unter Umständen kann dies zu einer Verzerrung der Koeffizientenschätzer führen, sodass wir unsere Schätzergebnisse nicht mehr auf alle allgemeinen Krankenhäuser anwenden können. Für die vorgestellte Analyse haben wir diesen so genannten *sample selection bias* untersucht.²⁴ Obwohl relativ viele kleine und private Häuser der Datenbereinigung zum Opfer fielen, konnte keine Beeinträchtigung der Schätzung aufgrund der Bereinigung festgestellt werden.

An dieser Stelle soll auch getestet werden, welchen Einfluss die Verwendung der schweregradgewichteten Fallzahl auf die Ergebnisse hat. Ein höherer Schweregrad der Fälle erhöht die durchschnittliche Anzahl von Fällen in einem Krankenhaus. Daher ist zu vermuten, dass die Schätzung der Personalnachfrage vom Schweregrad der Fälle abhängt. Wir untersuchen diese Fragestellung, indem wir die gleichen Regressionen aus Abschnitt 5.4.3.1, in denen die CMI-gewichteten Fälle als erklärende Variable eingingen, mit den „rohen“ Fällen, d. h. ohne eine CMI-Gewichtung, wiederholen. Es zeigt sich, dass diese Veränderung qualitativ nichts an den Ergebnissen ändert, d. h. die Vorzeichen der Koeffizienten ändern sich nicht. Geht man davon aus, dass das Modell mit Berücksichtigung des CMI das inhaltlich „richtige“ Modell ist, zeigen sich allerdings beim Alternativmodell deutliche Verzerrungen der Koeffizientenschätzer, die bei Verwendung des „falschen“ Modells möglicherweise zu falschen Rückschlüssen führen würde. Die Verzerrungen betreffen insbesondere die Koeffizienten der Wachstumsraten und die Koeffizienten der Fallzahlen.

Ein weiterer Grund für Verzerrungen der Schätzungen kann in der Verwendung der Variablen Relation von Personal- zu Sachkosten liegen. Sie soll mögliche Outsourcing-Aktivitäten der Krankenhäuser einfangen. Naturgemäß ist sie hoch mit der abhängigen Variablen korreliert und könnte daher einen ähnlichen Trend aufweisen wie die jeweiligen Personalbestände. Bei nahezu gleichlaufenden Trends in diesen beiden Variablen wäre so der verbleibende Trend systematisch verzerrt. Dies scheint in der Schätzung kein größeres Problem darzustellen. Es gibt nur einen wesentlichen Unterschied: die Signifikanzen bezüglich der Jahres-Koeffizienten für das Pflegepersonal ändern sich. Die anderen Koeffizienten und p-Werte verändern sich nur marginal. Offensichtlich sind die Outsourcing-Aktivitäten zwischen den untersuchten Krankenhäusern hinreichend heterogen, um die Trendschätzung nicht zu

²⁴ Vgl. bspw. Wooldridge 2002.

beeinflussen. Die Signifikanzen bezüglich des Koeffizienten der Personal-Sachkosten-Relation legen aber nahe, dass diese Variable nicht aus dem Modell herausgelassen werden sollte.

Schließlich untersuchten wir noch, ob die DRG-Einführung die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den drei Personalgruppen signifikant beeinflusst hat. Für diesen Test schätzten wir unser Modell noch einmal neu und führten eine weitere Dummy-Variable ein, die zwischen den beiden Perioden 2002–2004 und 2005–2007 diskriminieren kann. Es zeigte sich, dass sich die Wachstumsraten in den beiden Perioden nur beim ärztlichen Personal signifikant voneinander unterschieden haben. Interessanter ist in diesem Zusammenhang allerdings die Beobachtung, dass es mit der Einführung des DRG-Systems beim ärztlichen wie auch beim pflegerischen Personal einen Sprung in den Personalzahlen gegeben hat: beim ärztlichen Personal ein Plus von 2,6 Prozent und beim pflegerischen Personal ein Minus von 1,7 Prozent.²⁵

5

5.5 Zusammenfassung

Ein erster deskriptiver Blick zeigt, dass zwischen 2002 und 2007 in allg. Krankenhäusern die Veränderung der Beschäftigtenzahlen für einzelne Personalgruppen unterschiedlich verlief. Deshalb wurden drei Personalgruppen separat betrachtet. Beim ärztlichen Personal kam es zu einer Steigerung der Anzahl, auch nach Berücksichtigung der ebenfalls zunehmenden Teilzeitbeschäftigung durch Vollkräfteäquivalente (VKÄ). Beim nichtärztlichen Personal kam es hingegen zu einer abnehmenden Beschäftigtenzahl, auch dort mit einem zunehmenden Teilzeitanteil, wodurch hier das VKÄ stark abgenommen hat. Entsprechend verändert sich auch das Verhältnis zwischen VKÄ des ärztlichen und des nichtärztlichen Personals.

Da es unplausibel erscheint, dass dieser Trend allein durch eine entsprechende Personalpolitik der Krankenhäuser entsteht, untersuchten wir einige Faktoren, die ebenfalls einen Einfluss auf die Personalentwicklung haben können. Zunächst sei dazu auf die rückläufige Fallzahl verwiesen, welche verbunden mit einer immer kürzeren Verweildauer einen starken Rückgang der Pflegeetage verursacht.

Ebenso wichtig ist aber auch die Berücksichtigung von Outsourcing-Aktivitäten der betrachteten Einrichtungen. Diese führen insbesondere im Pflegebereich zu einer Reduzierung des im Krankenhaus angestellten Personals. Jedoch werden die hier eingesparten Kräfte durch externes Personal zumindest teilweise kompensiert. Um den Effekt des Outsourcings zu quantifizieren, betrachten wir das Verhältnis zwischen Personal- und Sachkosten. Dieses sinkt kontinuierlich und impliziert so eine zunehmende Verlagerung von Personalaufgaben hin zu externen Dienstleistern.

Über die rein deskriptive Betrachtung dieser Zusammenhänge hinaus wurde abschließend eine Modellanpassung des ärztlichen, pflegerischen und sonstigen nicht-

²⁵ Die entsprechenden Tabellen zu diesen Ergebnissen können bei den Autoren angefordert werden.

ärztlichen Personals mittels Panel-Regression unter Berücksichtigung verschiedener erklärender Variablen vorgenommen. Nach Kontrolle für bestimmte Einflussfaktoren haben wir für alle Personalkategorien positive durchschnittliche Wachstumsraten pro Jahr für freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser festgestellt. Nur im Pflegebereich bei den privaten Trägern gab es keine durchschnittlichen Steigerungen. Wichtig für dieses Ergebnis war die Berücksichtigung der Fall schwere in den Berechnungen. Diese konnten wir durch selbst berechnete CMI ergänzen. Damit war es möglich, alle Fälle aller Krankenhäuser einheitlich zu bewerten.

Ein Vergleich mit der Periode 1991 bis 1999 zeigt außerdem, dass sich die prinzipiellen Trends aus den 1990er Jahren fortgesetzt haben. Durch die Einführung der DRGs kam es teilweise zu einer Verstärkung von Effekten.

5.6 Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI: Materialien 52. Essen: RWI 2009.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. Gesundheitsökonomie. Berlin et al.: Springer 2005
- Evans RG. Behavioural Cost Functions for Hospitals. *Canadian Journal of Economics* 1971; 4: 198–215.
- Gerste B, Schellschmidt H, Rosenow C. Personal im Krankenhaus: Entwicklungen 1991 bis 1999. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2001*. Stuttgart: Schattauer 2002; 13–46.
- Gujarati DN. *Basic Econometrics*. New York et al.: McGraw-Hill, Inc. 1995
- Monopolkommission. *Weniger Staat, mehr Wettbewerb – Siebzehntes Hauptgutachten 2006/2007*. Berlin 2008
- Varian HR. *Microeconomics*. New York: W. W. Norton & Company, Inc. 1992.
- Werblow A, Robra BP. Einsparpotenziale im medizinischen Bereich deutscher Krankenhäuser – eine regionale Effizienzfront-Analyse. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhausreport 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer 2007; 133–51.
- Werblow A, Robra BP. Kosten- und Personaländerungen im medizinischen Bereich deutscher Krankenhäuser zwischen 2002 und 2005 – eine Analyse auf Ebene von Bundesländern und Krankenhausträgergruppen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2009; 2: 76–85.
- Werblow A, Schoffer O. CMI-Schätzung 2002-2007. mimeo, TU Dresden: Working Paper 2009.
- Wooldridge JM. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, MA: The MIT Press 2002.

This page intentionally left blank

6 Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl

Max Geraedts

Abstract

Knappe Kassen der öffentlichen Hand, technischer Fortschritt und zunehmender wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser bedingen, dass für Deutschland Krankenhausschließungen auf breiter Front vorausgesagt werden. Dem Staat und vor allem den Ländern obliegt trotzdem die Aufgabe, eine möglichst flächendeckende Krankenhausversorgung aufrecht zu erhalten, die gleichwertige Lebensverhältnisse und eine Trägervielfalt garantiert. Bisher verfügt Deutschland über eine im Durchschnitt gute geografische Erreichbarkeit der Krankenhäuser, die sich aber regional sehr unterschiedlich darstellt, sodass bei einer Reduktion der Krankenhausanzahl die Erreichbarkeit in einzelnen Regionen stark eingeschränkt sein dürfte. Die Krankenhausanzahl wird von einer Reihe nachfrage- und angebotsseitiger Faktoren beeinflusst: der Demografie, dem Wandel des Krankheitsspektrums, veränderten Indikationsstellungen, dem technischen Fortschritt, Reorganisationen sowie gesetzlichen Maßnahmen. Der gemeinsame Effekt der vielfältigen Einflussgrößen auf die zukünftige Krankenhausstruktur und -anzahl lässt sich ebenso wenig vorhersagen wie eine optimale Krankenhausanzahl definiert werden kann. Um die Krankenhausversorgung der Bevölkerung dennoch sicherzustellen, müssen die Strukturen kontinuierlich beobachtet und die Effekte politischer Entscheidungen begleitend evaluiert werden.

Scant resources of the public authorities, technical progress and increasing economic pressure on hospitals lead to forecasts projecting closures of large contingents of hospitals in Germany. However, the state and especially the German federal states have to guarantee hospital care that is geographically equally accessible for all citizens as well as a diversity of hospital owners. Up to now, Germany's hospitals have been easily accessible on average, but accessibility varies greatly between regions. In some regions, a reduction of the number of hospitals would endanger geographical access enormously. Various supply and demand related factors affect the number of hospitals, e. g. demography and changing disease patterns, modified indications, technical progress, reorganizations of hospitals and legal requirements. The joint effect of these various factors on the structure and number of hospitals can merely be projected, nor can the optimal number of hospitals. To safeguard sufficient hospital care for the population, the development of the hospital structures has to be observed continuously and the effects of political decisions have to be evaluated.

6.1 Einleitung

Glaubt man den Prognosen der Ernst & Young-Studie „Konzentriert. Marktorientiert. Saniert“ aus dem Jahr 2005, dann ist bis zum Jahr 2010 mit einer 25%igen Reduktion der Zahl an Krankenhäusern auf dann rund 1 500 zu rechnen. Insbesondere für kommunale Krankenhäuser sehen die Unternehmensberater geringe Überlebenschancen: Hier sagen sie einen Rückgang um 70 % voraus, der zum Teil durch Privatisierungen ausgeglichen wird (Böhlke et al. 2005). Begründet wird diese Prognose vor allem mit wirtschaftlichem Druck und den knappen Kassen der öffentlichen Hand sowie dem technologischen und medizinischen Fortschritt, der unter anderem kürzere stationäre Aufenthalte ermöglicht. Geht man weiterhin davon aus, dass von diesen Schließungen vor allem kleinere Krankenhäuser in ländlichen Gebieten betroffen sein werden, dann stellt sich die Frage, wie denn die bislang gültigen Ziele der Krankenhausplanung noch erreicht werden können. Wird sich also eine möglichst flächendeckende, gleichwertige Lebensverhältnisse und eine Trägervielfalt garantierende Krankenhausversorgung aufrechterhalten lassen? Und wie viele Krankenhäuser sind dazu denn überhaupt notwendig und sinnvoll? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der vorliegende Beitrag. Dabei soll es jedoch nicht darum gehen, eine neue Zahl in die Welt zu setzen. Stattdessen sollen die Einflussfaktoren auf den Bedarf an Krankenhäusern aufbereitet und beispielhaft der Einfluss staatlicher Maßnahmen auf die Krankenhausversorgungsstruktur aufgezeigt werden.

6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhausanzahl

Dem Sozialstaatsprinzip folgend obliegt dem Staat die grundsätzliche Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Dabei ist der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nur für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zuständig (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Die Krankenhausplanung liegt dagegen in der Verantwortung der Bundesländer, deren Krankenhausgesetze die Sicherstellung der Krankenhausversorgung gewährleisten sollen.

Die Krankenhausplanung der Länder erstreckte sich über lange Jahre auf die Zulassung von Standorten und damit letztlich auf die Festlegung der Gesamtzahl pro Land, eine Planung der Fachrichtungen pro Standort und die Festlegung der den Fachrichtungen jeweils zuzuordnenden Bettenzahlen. Dabei zeigt sich eine große Variabilität in der Ausgestaltung der Krankenhausplanung zwischen den Bundesländern (DKG 2008). Genauso unterscheidet sich auch die Krankenhausversorgung selber zwischen den Bundesländern in hohem Maß. Betrachtet man beispielsweise den jeweiligen Anteil der drei Trägergruppen – öffentlich, freigemeinnützig, privat (Anteil öffentlich: 4 % Berlin, 54 % Bayern) – oder aber die Bettendichte pro 10 000 Einwohner (von 53 Betten in Niedersachsen bis 85 in Bremen), die Anzahl Krankenhäuser pro Million Einwohner (18,8 in Brandenburg zu 34,3 in Schleswig-Holstein) oder die Investitionsmittel pro Planbett (von 3 034 € in Niedersachsen bis 9 580 € in Thüringen) (DKG 2008), belegt dies bei aller Unterschiedlichkeit der

jeweiligen Bundesländer dennoch die Variabilität eindrucksvoll (Zahlen für 2006 des Statistischen Bundesamts).

Inzwischen haben sich die Länder geeinigt, die detaillierte Planung zu verlassen und nur noch eine Rahmenplanung vorzusehen, die die Standorte, medizinischen Fachgebiete und Gesamtbettenzahlen umfasst. Daneben sollen verstärkt die Anforderungen der Notfallversorgung und Qualitätskriterien für die Krankenhausversorgung berücksichtigt werden, wie bereits in einigen Bundesländern geschehen (AOLG 2007).

Trotz der eingeschränkten Zuständigkeit des Bundes bei der Krankenhausplanung nimmt der Bund auf der Basis gesetzlicher Regelungen dennoch Einfluss auf die Zahl der Krankenhäuser. So wird der Einführung der DRGs sowie der Mindestmengen nachgesagt, sie führten zu einer Verminderung der Krankenhauszahlen. Zudem muss in diesem Zusammenhang die grundgesetzliche Forderung nach der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse berücksichtigt werden, die der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zu beachten hat. Entsprechend sieht die Mindestmengenvereinbarung auch vor, dass die Länder bei einer Gefährdung der – nicht näher definierten – flächendeckenden Versorgung auf Antrag eines Krankenhauses Ausnahmeregelungen vorsehen können.

Gerade diese vom Bund ausgehenden Einflüsse auf die Krankenhausplanung führten in letzter Zeit dazu, dass eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen gefordert wurde. Letztlich wird von vielen eine Öffnung in Richtung eines stärker wettbewerblich orientierten Rahmens befürwortet, bei der dem Staat vor allem die Aufgabe zukommt, quantitative und qualitative Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu verhindern (SVR 2007; Metzner 2009).

6.3 Erreichbarkeit von Krankenhäusern

Innerhalb des Zeitraums 1991 bis 2006 sank in Deutschland die Zahl der Krankenhäuser um 12,7% und die Bettenzahl in Akutkrankenhäusern um 23,3% (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2008). Trotz dieses Rückgangs verfügt Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin über eine hohe Zahl an Krankenhausbetten. 2006 lag die Bettenzahl um 19% über dem Durchschnitt der EU-27-Länder, im Vergleich zu den EU-15-Ländern sogar um 53% höher (WHO Europe 2009). Die hohe Krankenhausedichte bedingt im Durchschnitt eine sehr gute Erreichbarkeit der Krankenhäuser für die Bürger. 2004 konnten rund drei Viertel der Bevölkerung das nächstgelegene Krankenhaus innerhalb von 10 Minuten mit einem PKW erreichen, fast 98% innerhalb von 20 Minuten (Spangenberg und Beivers 2009). Dennoch muss bei fortschreitender Reduktion der Krankenhausanzahl zukünftig davon ausgegangen werden, dass die geografische Erreichbarkeit großflächig bedroht sein wird. In Szenarioanalysen hat das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung einerseits aufgezeigt, dass eine Reduktion der Krankenhausanzahl möglich wäre, ohne dass die flächendeckende Versorgung beeinträchtigt würde, wenn die Krankenhäuser an den als Mittel- und Oberzentren definierten Städten lokalisiert wären. Andererseits zeigten die Autoren, dass es auf der Basis der derzeitigen Krankenhausstruktur bei Wegfall des jeweils nächsten Krankenhauses in allen

Bundesländern kleinteilige Bereiche gäbe, in denen zwanzigminütige Fahrzeiten nicht mehr gegeben wären. In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und dem nördlichen Sachsen-Anhalt bestehen sogar großflächige potenzielle Verschlechterungen der Erreichbarkeit (Spangenberg und Beivers 2009).

Die in den Analysen potenzieller Erreichbarkeit aufgezeigte Variabilität der Krankenhausversorgung zwischen den Bundesländern wurde kürzlich auch im Rahmen der Begleitforschung zur Mindestmengenvereinbarung untermauert. Hier konnte zunächst gezeigt werden, dass sich die Flächen immens unterschieden, die 2004 von Krankenhäusern zu versorgen waren, die Mindestmengeneingriffe vornahmen. Betrachtet man allein die Flächenländer, dann betragen beispielsweise die durchschnittlich zu versorgenden Flächen pro Krankenhaus bei komplexen Ösophaguseingriffen zwischen 367 km² in Nordrhein-Westfalen und 4211 km² in Brandenburg (Faktor 11,5) (de Cruppé et al. 2007). Für Thüringen wurde beispielsweise bei konsequenter Umsetzung der Mindestmengen für das Jahr 2006 im Vergleich zu 2004 eine knappe Verdopplung der Fahrzeit von rund 42 auf 76 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus, das Ösophaguseingriffe durchführt, prognostiziert. Weitergehende Analysen der von Patienten tatsächlich zurückgelegten Distanzen bis zum Krankenhaus bestätigten zwar nicht die prognostizierten Auswirkungen der Mindestmengen auf die flächendeckende Versorgung. Dazu war die Umsetzung im beobachteten Zweijahreszeitraum bis 2006 zunächst zu schleppend erfolgt (Geraedts et al. 2009). Jedoch konnte auch für die tatsächlich zurückgelegten Distanzen die Variabilität der Krankenhausversorgung zwischen den Bundesländern eindrucksvoll belegt werden. So betrug beispielsweise die Spannweite der von Patienten tatsächlich zurückgelegten Distanzen im Jahr 2006 bei Knie-TEP minimal zwischen 19,4 km in Bremen und 40,7 km in Schleswig-Holstein (Faktor 2,1) und zwischen 7,2 km in Bremen und 88,8 km im Saarland bei Ösophaguseingriffen (Faktor 12,3) (Geraedts et al. 2009). Fasst man die Studienergebnisse zur prognostizierten und tatsächlichen Erreichbarkeit zusammen, dann kann konstatiert werden, dass die Krankenhäuser in Deutschland bislang im Durchschnitt noch gut erreichbar sind, dies sich aber regional sehr unterschiedlich darstellt. Bei einer Reduktion der Krankenhausanzahl ist für einzelne Regionen mit einer starken Einschränkung der Erreichbarkeit zu rechnen.

6.4 Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl

Sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite sind vielfältige, oftmals gegenläufige, aber auch interdependente Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl festzustellen, die eine generelle Prognose kaum möglich machen.

Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird zunächst durch den Wandel des Krankheitsspektrums im Sinne einer Zunahme chronischer Erkrankungen und durch die demografische Entwicklung stark beeinflusst. Inwieweit die allgemein prognostizierte Zunahme chronischer Krankheiten zwangsläufig mehr Krankenhausaufenthalte bedeutet, bleibt dabei unklar. Vorstellbar sind höhere Krankenhaus-Inzidenzen (z. B. Amputationen bei Diabetes; Schlaganfälle bei Hypertonie; schwere Depressionen; onkologische Erkrankungen) genauso wie niedrigere Inzidenzen

(z. B. positive Effekte der Disease-Management-Programme, Leitlinien oder des spezialisierten medizinischen Fachpersonals; Vermeidung von arzneimittelbedingten Krankenhausaufenthalten; vermehrte ambulante Behandlung onkologisch Erkrankter). Genauso muss auch die Alterung der Gesellschaft, oftmals gekoppelt mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, nicht unbedingt mit einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten einhergehen. Programme zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten gerade dieser Bevölkerungsgruppe scheinen wirksam zu sein bei zumindest nicht schlechteren klinischen Ergebnisse für die Betroffenen (Sibbald et al. 2007; Shepperd et al. 2008).

Das größte Potenzial zur Beeinflussung der Nachfrageseite liegt wahrscheinlich in der Reduzierung unangemessener Indikationen für Krankenseinweisungen. Hier sind zum einen (Selbst-)Einweisungen an Wochenenden oder aus Pflegeheimen zu nennen, wobei durch eine verbesserte Kooperation mit den ärztlichen Notdiensten Krankenhausbehandlungen verhindert werden könnten. Die in den letzten Jahren zunehmend an Krankenhäusern installierten ärztlichen Notdienstpraxen zeigen eindrucksvoll, dass hierdurch Krankenseinweisungen vermieden werden können (van Uden et al. 2003). Zum anderen liegt in der Etablierung eines expliziten Zweitmeinungssystems für größere elektive Prozeduren, wie es bereits seit 1989 im SGB V gefordert wird, sicherlich ebenfalls ein großes Potenzial zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Als wegweisende Studien sind hierzu diejenigen von Domenighetti et al. zu den je nach Patientenberuf (Juristen, Ärzte, übrige Bevölkerung) bis zu zweifachen Indikationsfrequenzen der „übrigen Bevölkerung“ bei verschiedenen operativen Eingriffen sowie von Moseley et al. zu placebokontrollierten arthroskopischen Kniegelenkseingriffen aufzuführen (Moseley et al. 2002; Domenighetti et al. 1993).

Auf der Angebotsseite wird der bereits genannten demografischen Entwicklung ebenfalls Bedeutung zugemessen: Durch die Alterung der Gesellschaft in Verbindung mit Abwanderungen der Jüngeren aus strukturschwachen Regionen kommt es in vielen Regionen Deutschlands zu Bevölkerungs- und damit Krankenhaus-Nachfragerückgängen, die einen wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser in solchen Regionen erschweren. In Verbindung mit der Finanzsituation gerade dieser Regionen stellt sich die Frage, ob sich diese Krankenhäuser allein durch Sicherstellungszuschläge erhalten lassen. Hinzu kommt, dass gerade kleinere Krankenhäuser in ihrer Zahl durch den medizinisch-technischen Fortschritt gefährdet sind. So sind immer mehr vormals stationäre Leistungen nun auch im ambulanten Sektor möglich. Zudem erlauben telemedizinische Überwachungen von Patienten eine engere Führung und helfen dabei, Krankenseinweisungen zu vermeiden. Jedoch bedingt der medizinisch-technische Fortschritt auch gegenläufige Entwicklungen, indem Prozeduren nun auch in Altersgruppen oder bei klinischen Befunden möglich sind, bei denen vormals keine solche Indikation gestellt worden wäre (z. B. Knie-TEP).

Eine weitere Entwicklung auf der Angebotsseite, deren Auswirkung auf die Krankenhausanzahl kaum abschätzbar ist, stellt die Reorganisation der Krankenhäuser selber dar. Neue Arten von Gesundheitseinrichtungen, die an Krankenhäusern angebunden sein könnten, aus Krankenhäusern hervorgehen oder aber diese ersetzen könnten, werden bereits erprobt. Die zukünftige Ausgestaltung der Medizinischen Versorgungszentren, Portalkliniken nach Münch (Rhön Kliniken AG)

oder Integrierte Versorgungszentren nach Neubauer et al. (2009) sind in der Diskussion. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie sich die mit der Vergütung nach DRG einhergehenden Struktur- und Prozessänderungen in den Krankenhäusern langfristig auswirken. Hier steht einem verringerten Bedarf an Pflgebetagen durch die verkürzten Verweildauern der Versuch der Mengenausweitung nach erfolgter Spezialisierung auf wirtschaftlich erbrachte Prozeduren gegenüber. Reorganisationen gerade kleinerer Krankenhäuser in Richtung vermehrter (früh-)rehabilitativer, palliativer, tagesklinischer oder Hospizangebote müssen ebenso bei Prognosen zur Entwicklung der Krankenhausanzahl berücksichtigt werden.

Als letzter großer Block von Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl sind gesundheitspolitische und juristische Entscheidungen zu nennen. So hat das Bundeskartellamt in den letzten Jahren mehrfach Übernahmen von Krankenhäusern durch einzelne Trägergruppen untersagt, um regionale Monopole zu verhindern. In Verbindung mit dem im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 1) niedergelegten Gebot der Trägervielfalt kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft keine rein marktwirtschaftliche Gestaltung der Krankenhausanzahl erfolgt. Hinzu kommen die unabsehbaren Folgen der von der Gesundheitspolitik in der letzten Zeit vorgebrachten Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen. Der unter anderen von der Gesundheitsministerkonferenz 2007 vorgeschlagene Rückzug der Krankenhausplanung von der Detailplanung in Richtung einer Rahmenplanung bei gleichzeitig vermehrt bedarfsgerechter Angebotsplanung und Ausbau des DRG-Systems könnte zwar Krankenhausschließungen nach sich ziehen. Jedoch wird weiterhin klar der Gewährleistungsauftrag der Länder benannt, die insbesondere dafür sorgen müssten, dass Krankenhausstrukturen für die Grund- und Notfallversorgung aufrechterhalten werden. Für den Bereich der Schwerpunkt- und Maximalversorgung wäre denkbar, dass neue Daten der Versorgungsforschung, zum Beispiel auf der Basis des § 21 KHEntg ermöglichen, dass die Länder ihre Strukturen stärker kooperativ planen könnten, womit wiederum eine Reduktion von Kapazitäten einher gehen könnte. Inwieweit sogar Kooperationen oder Fusionen über Staatsgrenzen hinweg – wie in Aachen und Maastricht - im Rahmen einer Europäisierung der gesundheitlichen Versorgung eine größere Rolle spielen werden, kann ebenfalls nur spekuliert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Fülle von Einflussfaktoren auf die Krankenhausanzahl existiert, deren gemeinsamer Effekt auf die zukünftige Krankenhausstruktur Deutschlands kaum vorhergesagt werden kann. Um die Krankenhausversorgung der Bevölkerung trotzdem sicherzustellen, bleibt es wichtig, die Strukturen kontinuierlich zu beobachten und die Effekte politischer Entscheidungen begleitend zu evaluieren. Als Beispiel einer solchen Evaluation wird im Folgenden über die Auswirkungen der Festlegung von Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen berichtet.

6.5 Effekte staatlicher Interventionen auf die Krankenhausstruktur – Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen

6.5.1 Hintergrund

Zur Verbesserung der Versorgung bei Brustkrebs hat das Land NRW zusammen mit den Selbstverwaltungspartnern und Selbsthilfegruppen die „Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs in NRW“ ins Leben gerufen. Zentraler Baustein der Aktion ist die Einrichtung von Brustzentren. Gesetzliche Grundlage in NRW ist das Krankenhausgestaltungsgesetz, nach dem das Land in Rahmenvorgaben die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität festlegt. Im Zuge dieser Planungen wurden ab dem Jahr 2004 insgesamt 51 Brustzentren mit 98 Operationsstandorten ausgewiesen, die sich einem Anerkennungsverfahren unterziehen mussten. Die Anerkennung als Brustzentrum setzt voraus, dass mindestens 150 Erstoperationen pro Jahr durchgeführt werden und jede Operateurin und jeder Operateur jährlich mindestens 50 Operationen nachweisen kann. Daneben müssen die Zentren alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren – Bestrahlung, Chemotherapie und psychosoziale Betreuung – gewährleisten. Die Brustzentren müssen zudem mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie weiteren Spezialisten ein regionales Netzwerk bilden. Außerdem müssen die Brustzentren sicherstellen, dass alle Patientinnen umfassend informiert und betreut werden. Zuletzt werden im Rahmen von Zertifizierungen das Qualitätsmanagement und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen regelmäßig überprüft.

Offizielles Ziel der Brustzentren ist, durch Kooperation, Konzentration und Standardisierung mehr Qualität bei Diagnostik und Behandlung der Brustkrebsversorgung zu erreichen. Dazu sollte die Brustkrebsversorgung in NRW von rund 250 Anbietern auf 50 Brustzentren konzentriert werden. Im politischen Aushandlungsprozess sind daraus die genannten 51 Brustzentren mit 98 Operationsstandorten geworden, wobei die Zentren je 150 Primäroperationen pro Jahr bzw. 100 pro Operationsstandort durchführen sollten.

Da solch hohe Fallzahlen nur von wenigen Krankenhäusern in NRW erbracht wurden, musste im Zuge der Implementierung des Brustzentrenkonzepts mit einer Zentralisierung der Leistungserbringung gerechnet werden. In einer Hochrechnung für den Kammerbereich Nordrhein auf der Basis von Abrechnungsdaten der AOK der Jahre 2000 und 2001 hatten Längen et al. prognostiziert, dass eine Mindestmenge bei Brustkrebsoperationen von 100 oder 150 Eingriffen pro Jahr zu einem Ausschluss von 31 % beziehungsweise 46 % der bisher Brustkrebs operierenden Krankenhäuser führen würde (Längen et al. 2004).

Deshalb hat das Land NRW im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung der Brustkrebszentren eine Analyse der Strukturwirkungen der Maßnahme beauftragt. Dabei sollte untersucht werden, ob sich die Zahl leistungserbringender Kliniken wie prognostiziert reduziert hat, wie sich die Fallzahlen in den Kliniken entwickelt haben, inwieweit die Kliniken die Fallzahl-Vorgaben erfüllt haben und ob

sich die Fahrzeiten potenzieller Patientinnen zu den Kliniken und damit die Flächendeckung der Versorgung verändert haben.

6.5.2 Methodik

Für die Analysen standen Fallzahl-Daten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW der Jahre 2002–2007 zur Verfügung, die alle Brustkrebsfälle der im BQS-Verfahren gemeldeten Krankenhäuser in NRW enthielten. Da jedoch nur für die Jahre 2004–2006 vollständige Datensätze vorlagen, wurden die Analysen auf diese Jahre beschränkt. Für die hier berichteten Ergebnisse wurde die Fallzahlentwicklung betrachtet und grafische (grafisches Informationssystem, GIS, Regiograph®) sowie inferenzstatistische (Chi²-/t-Tests) Analysen der Distanzen und Fahrzeiten, die potenzielle Brustkrebs-OP-Patienten in NRW zurücklegen mussten, durchgeführt. Dabei wurden insbesondere die Fahrzeiten – ausgehend von allen Standorten in NRW – zum jeweils nächstgelegenen Anbieter von Brustkrebsoperationen, zum nächstgelegenen zugelassenen Operationsstandort (Stand der Zulassung Juli 2008) und zum nächstgelegenen zugelassenen Operationsstandort, der die Fallzahlbedingung erfüllt hat, untersucht.

6.5.3 Ergebnisse

Zunächst war festzustellen, dass sich die Zahl Brustkrebs-operierender Kliniken in NRW zwischen 2004 und 2006 nur um 10 % verringert hat. 2006 nahmen noch 97 Kliniken an der Brustkrebsversorgung teil, die nicht vom Land für diese Versorgung anerkannt waren, während gleichzeitig 98 anerkannte Kliniken existierten. Jedoch nahm die Zahl der Fälle, die in nicht anerkannten oder in anerkannten, aber die Fallzahlvorgaben nicht erfüllenden Kliniken operiert wurden, kontinuierlich von 69 % auf 43 % ab. Dadurch nahm gleichzeitig der Anteil Fälle wie intendiert zu, die in anerkannten Kliniken operiert wurden, die die Fallzahlvorgaben erfüllten (von 31 % auf 57 %).

Insgesamt stiegen die mittleren Fallzahlen über alle Kliniken signifikant an, einerseits bedingt durch den allgemein erkennbaren Inzidenzanstieg beim Brustkrebs, andererseits bedingt durch einen Konzentrationseffekt. Dieser Effekt konnte zum einen auf die Abnahme der absoluten Klinikanzahl, zum anderen auf die überproportionale Fallzahlsteigerung in den anerkannten Kliniken mit erfüllten Vorgaben zurückgeführt werden. Dementsprechend stieg auch der Anteil der Kliniken unter den anerkannten Brustzentren bzw. Operationsstandorten, der die Vorgaben erfüllte, signifikant zwischen 2004 und 2006 von 22 % auf 46 % an.

Letztlich führte die Implementierung des Brustkrebszentrenkonzepts zwischen 2004 und 2006 nur zu kaum relevanten Verlängerungen der Fahrzeiten für potenzielle Patienten und Angehörige zur nächstgelegenen, Brustkrebs-operierenden Klinik in NRW. Bedingt durch die geringe Reduktion der leistungserbringenden Kliniken betrug die Wegstrecke zum nächsten Krankenhaus, das Brustkrebspatienten in NRW operiert, für mehr als 99 % der Bevölkerung weiterhin höchstens 20 Minuten. Deutliche Veränderungen der Fahrzeiten waren jedoch für diejenigen Kliniken festzustellen, die die Fallzahlvorgaben erfüllten. Während 2004 die Fahrzeit zu einer derartigen Klinik noch für 31 % der NRW-Bevölkerung mehr als 20 Minuten be-

trug, reduzierte sich dieser Anteil im Jahr 2006 auf knapp 14%. Eine weitere Reduktion der Fahrzeiten wäre zu erreichen, wenn alle anerkannten Kliniken die Vorgaben des Brustzentrenkonzepts erfüllten. Dann lägen nur noch 4,3% der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens in einer Region, die mehr als 20 Minuten von der nächsten anerkannten Klinik entfernt wäre.

Insgesamt ließ sich feststellen, dass das Brustkrebszentrenkonzept in NRW langsam, aber stetig umgesetzt wurde und sich die Flächendeckung durch anerkannte, die Fallzahlvorgaben erfüllende Kliniken kontinuierlich verbessert hat. Dem Land NRW scheint damit die intendierte Konzentration der Brustkrebsversorgung gelungen zu sein, ohne die Flächendeckung der Versorgung wesentlich zu beeinflussen.

6.6 Fazit

Die zukünftige Krankenhausanzahl wird von einer Fülle von Faktoren beeinflusst, deren gemeinsamer Effekt kaum vorhergesagt werden kann. Um die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung trotzdem zu gewährleisten, muss der Staat die Entwicklung der Krankenhausstrukturen kontinuierlich beobachten, um frühzeitig zu erkennen, wenn einerseits marktbedingt und andererseits durch staatliche Interventionen bedingt eine flächendeckende Versorgung gefährdet ist und bei Bedarf gegensteuern zu können. Mit einer alleinigen Optimierung der Erreichbarkeit durch an Mittel- und Oberzentren konzentrierte Krankenhausstandorte kann voraussichtlich nicht dem Ziel der Trägervielfalt genüge getan werden. Zudem wären die durch (Qualitäts-)Wettbewerb möglichen Effizienzgewinne nicht ausschöpfbar. Wie viele Krankenhäuser also letztlich in Deutschland notwendig und sinnvoll sind, wird weiterhin nur näherungsweise festlegbar sein, wobei potenzielle positive und negative Effekte einer Festlegung konkreter Krankenhausanzahlen inklusive der jeweiligen Leistungsspektren sowie deren geografischer Verteilung abgewogen werden müssen.

6.7 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Zukunft der Krankenhausversorgung - Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf (Zugriff am 9. Juli 2009).
- Böhlke R, Söhnle N, Viering S. Konzentriert Marktorientiert Saniert – Gesundheitsversorgung 2020. Ernst & Young (Hrsg.). Eschborn/Frankfurt/M.: Ernst & Young AG, 2005.
- de Cruppé W, Ohmann C, Blum K, Geraedts M. Evaluating compulsory minimum volume standards in Germany: How many hospitals were compliant in 2004? *BMC Health Services Research* 2007, 7: 165
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 137/2008 vom 30.05.2008. www.dkg-ev.de/media/file/4507.Anlage_Bestandsaufnahme_KH-Planung_neu_060608.pdf (Zugriff am 9. Juli 2009).

- Domenighetti G, Casablanca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services – The physician-patient. *Internat Journ of Technology Assessment in Health Care* 1993; 9: 505–13.
- Geraedts M, de Cruppé W, Blum K, Ohmann C. Distanzen zu Krankenhäusern mit Mindestmengenrelevanten Eingriffen 2004 bis 2006. *Das Gesundheitswesen* 2009; DOI 10.1055/5-0029-1225653.
- Geraedts M, de Cruppé W, Blum K, Ohmann C. Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen – Ergebnisse der Begleitforschung. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (51–52): 890–6.
- Lüngen M, Rupperecht CJ, Plamper E, Lauterbach KW. Zentralisierung der Behandlung des Mamma-karzinoms bei der Vorgabe von Mindestmengen. Empirische Auswirkungen in der Region Nordrhein. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2004; 98 (5): 385–9.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer. 2009: 391–402.
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002; 347: 81–8.
- 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, New York: Schattauer, 2009: 65–85.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). *Gutachten 2007*: Ziffer 543ff. www.svr-gesundheit.de (Zugriff am 9. Juli 2009).
- Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Wilson AD. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8; (4): CD007491.
- Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a-review of the evidence on quality and efficiency. *J Health Serv Res Policy*. 2007 Apr; 12 (2): 110–7.
- Spangenberg M, Beivers A. Flächendeckende Krankenhausversorgung im DRG-Zeitalter. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer. 2009: 431–43.
- van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Crebolder HFJM, van Schayck CP: Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003; 20: 184–7.
- WHO Europe. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/> (Zugriff am 9. Juli 2009).

7 Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf

Jürgen Malzahn und Christian Wehner

Abstract

Vor ungefähr vierzig Jahren war schon einmal eine grundlegende Reform der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern erforderlich. Damals war das Ergebnis das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit der dualen Krankenhausfinanzierung als entscheidendem Kernstück. Der Artikel zeigt die Grundlagen und Fehlentwicklungen bei der Krankenhausfinanzierung auf und erörtert anschließend die Neuregelungen seit dem 2009 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Abschließend werden mögliche Ansätze der zukünftigen Ausrichtung der Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser diskutiert und der daraus resultierende Klärungsbedarf unter den neuen Rahmenbedingungen dargestellt.

About forty years ago, a fundamental reform of capital investment financing of hospitals was required. The result was the Hospital Financing Act (KHG), with dual hospital financing as the key core piece. The article describes the basics and the misguided developments of hospital financing and discusses the new legislation since the Hospital Reform Act (KHRG). Subsequently, it points out possible approaches to the future direction of hospital investment financing and the resulting need for clarification in the new context.

7.1 Einleitung

Die Weiterentwicklung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser wird zukünftig einen noch größeren Stellenwert in der politischen Diskussion einnehmen. Das Zusammenwirken von Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft, dem Gesundheitsfonds und dem Einzug des Kartellrechts in die Krankenhauslandschaft stellt gewichtige neue Anforderungen an die Krankenhausinvestitionskostenfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972. Die Bundesländer haben inzwischen die Investitionskostenfinanzierung erheblich reduziert, das Bundesverfassungsgericht hat die Souveränität der Länder bei der Krankenhausplanung beschränkt und der zunehmende Wettbewerb unter den Krankenhäusern fordert gleiche Chancen.

7.2 Rückblick auf die Krankenhausfinanzierung

7.2.1 Entstehung und Entwicklung der dualen Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen befand sich das letzte Mal vor vierzig Jahren in einer schwierigen Situation. Damals stellte die sogenannte „Krankenhäusenquote“ eine unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser mit öffentlichen Fördermitteln von zwei Mrd. DM fest (Metzner 2009, 392). Ursache dafür war, dass im Rahmen der Zuständigkeitsabgrenzung in Artikel 74 Grundgesetz (GG) die Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhäuser ausschließlich bei den Bundesländern lag. Diese hatten aber keine krankenhausspezifischen Regelungen erlassen. Die einzige Finanzierungsquelle der Krankenhäuser war die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), die nicht die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zum Ziel hatte, sondern die Begrenzung der Kostenentwicklung gewährleisten sollte (Metzner 2009, 393). In der politischen Diskussion wurde erkannt, dass nur Bund und Länder zusammen eine Lösung herbeiführen können. Bei der 22. Grundgesetzänderung von 1969 erfolgte deshalb in Artikel 74 GG eine Ergänzung um die Ziffer 19a, in der dem Bund in der konkurrierenden Gesetzgebung die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zugestanden wurde (Tuschen/Trefz 2004, 18). Das Ergebnis der konkurrierenden Gesetzgebung war das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Anfänglich wurde die öffentliche Förderung von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragen. Diese Mischfinanzierung endete aber mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 zu Lasten der Länder, wobei im Gegenzug der Bund in anderen Leistungsbereichen Ausgaben übernahm (Tuschen/Trefz 2004, 25). Mit dieser Regelung waren die Finanzierungszuständigkeit und -verantwortung vereint, womit finanzielle Versäumnisse nicht mehr auf andere öffentliche Finanzierungsträger verschoben werden konnten (Goedereis 1999, 117).

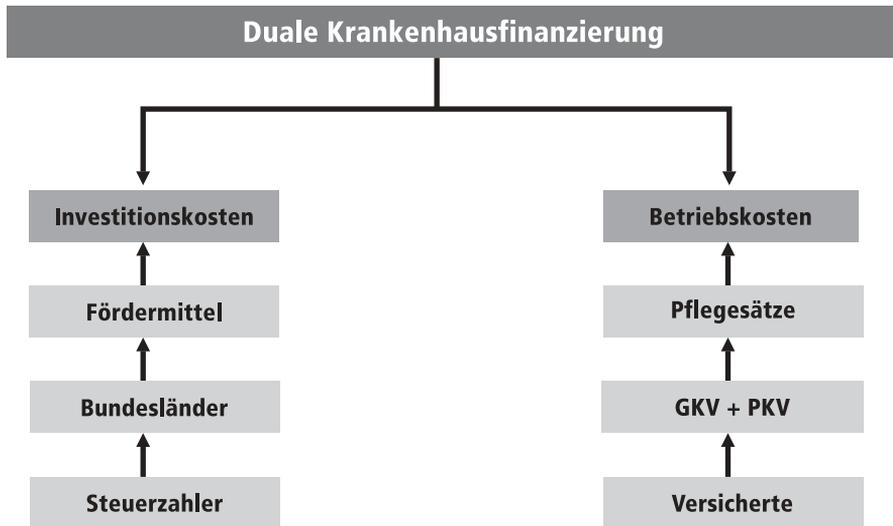
Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und so zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.¹ Weiterhin wird geregelt, dass die Länder zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung und zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufstellen, wobei die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen sind.² Die Länder entscheiden zudem über die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan.³ Die genaueren Ausgestaltungen erfolgen im Landesrecht, da die Krankenhausplanung im Verantwortungsbereich der Länder liegt. Aus der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan folgt zum einen eine Lizenz zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Metzner 2009, 393). Zum anderen er-

1 Vgl. § 1 Abs 1 KHG.

2 Vgl. § 6 KHG.

3 Vgl. § 8 Abs 1 KHG.

Abbildung 7-1

Duale Krankenhausfinanzierung

Krankenhaus-Report 2010

WldO

7

gibt sich grundsätzlich ein Rechtsanspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten (Goedereis 1999, 122).

Staatliche Planung und Investitionsförderung ist Aufgabe der Länder, wohingegen der Bund die Krankenhauspflegesätze⁴ und die Zulassungsvoraussetzungen für ein Krankenhaus zur Versorgung der Versicherten⁵ bestimmt (SVR 2007, 303). Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt zum einen durch die Finanzierung der Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung und zum anderen durch leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie aus Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren.⁶ Auf Basis dieser Rechtsgrundlagen werden die Säulen der dualen Finanzierung beschrieben. Diese besagt, dass die Krankenkassen die Betriebskosten der Krankenhäuser über die Pflegesätze und Vergütungen auf der einen Seite und die Bundesländer die Investitionen im Wege der öffentlichen Förderung auf der anderen Seite finanzieren (Tuschen/Trefz 2004, 18) (vgl. Abbildung 7-1).⁷

4 Vgl. § 16 KHG.

5 Vgl. § 108 SGB V.

6 Vgl. § 4 Nr. 1 und 2 KHG.

7 Vgl. dazu auch § 6 i. V. m. §§ 4,8 KHG.

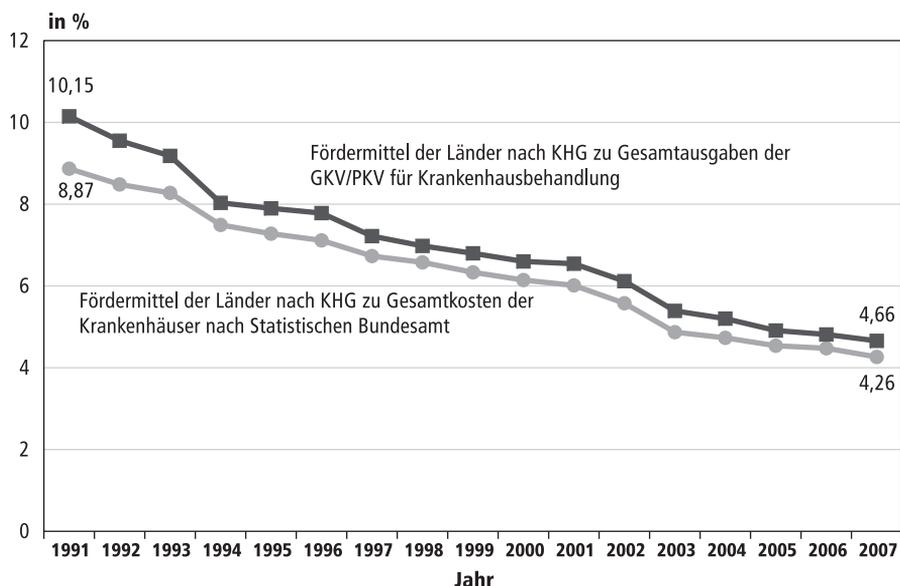
7.2.2 Rückgang der Fördermittel und Einschränkung der Planungskompetenz der Bundesländer

Die Bundesländer haben trotz ihrer Verpflichtung zur Finanzierung notwendiger Investitionskosten seit 1991 die Höhe der Investitionsfinanzierung kontinuierlich zurückgeführt (Rau 2009, 205) (vgl. Abbildung 7–2). Der Anteil der insgesamt aufbrachten Fördermittel der Länder an den Gesamtausgaben für die Krankenhausbehandlung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) betrug im Jahr 1991 rund 10,2 Prozent. In Relation zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt erreichte das Gesamtvolumen der Fördermittel im selben Jahr einen Wert von 8,9 Prozent. 2007 reduzierten sich die Fördermittel auf 4,7 bzw. 4,3 Prozent. Die Tendenz ist eindeutig, denn für beide Bezugsgrößen gilt, dass die Förderquote im Beobachtungszeitraum um mehr als die Hälfte gesunken ist.

Die Förderung der Investitionskosten erfolgt durch Einzel- und Pauschalförderung. Mit der Einzelförderung werden auf Antrag des Krankenhausträgers langfristige Investitionen wie Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen finanziert. Kleinere bauliche Maßnahmen sowie die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter werden durch jährlich feste Pauschalbeträge gefördert. Der Gegenstand und die Höhe der Pauschalförderung wird bundeslandspezifisch unterschiedlich beispielsweise je Bett, aber auch nach Bewertungsrelationen oder Leistungsgruppen bemessen (DKG

Abbildung 7–2

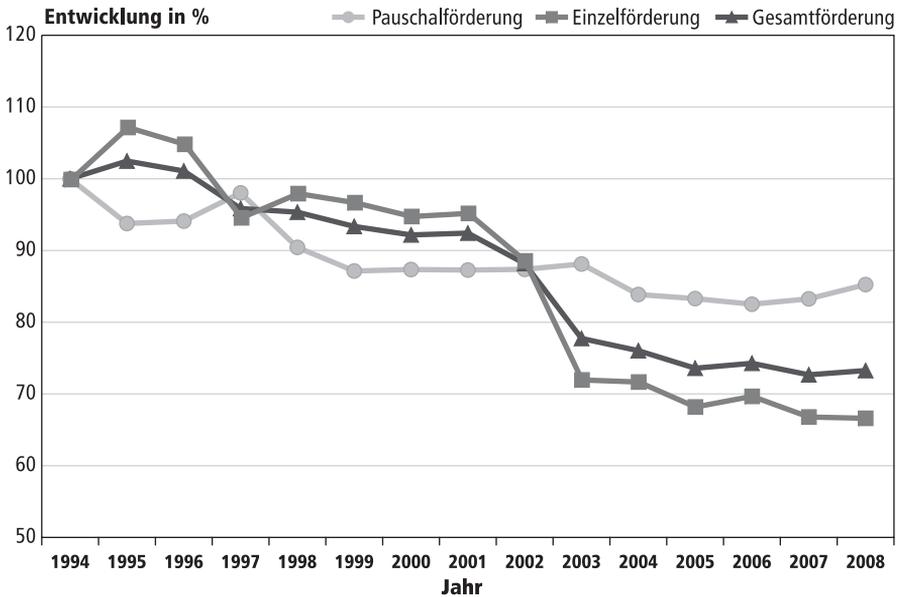
Rückgang der Investitionsfördermittel der Länder 1991–2007



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) und Statistisches Bundesamt

Abbildung 7-3

Entwicklung der Gesamt-, Pauschal- und Einzelförderung



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG

Krankenhaus-Report 2010

Wido

2009, 74ff.). Die Entwicklung der gesamten KHG-Fördermittel der Länder zeigt den bekannten kontinuierlich fallenden Verlauf. So belief sich das Investitionsvolumen 1993 auf rund 3,9 Mrd. Euro und 2008 auf nur noch knapp 2,7 Mrd. Euro (AOLG 2008). Davon bleibt aber das Pauschalfördervolumen insgesamt ab 1999 relativ stabil⁸, während sich das Einzelfördervolumen um mehr als 30 Prozent reduziert hat (vgl. Abbildung 7-3).

Dieser Tatbestand legt die Annahme nahe, dass pauschale Fördermittel weniger stark dem politischen Gestaltungswillen unterliegen als Einzelförderungsmaßnahmen. Zusätzlich weisen Krankenhäuser in Bundesländern mit einem hohen Anteil an Pauschalförderung ein signifikant niedrigeres Insolvenzrisiko als in anderen Bundesländern auf (Augurzky et al. 2009b, 130). Staatliche Fördermittel für Investitionen sind aber keine Notwendigkeit für wirtschaftliche Stabilität, da Krankenhäuser mit umfangreichen Fördermitteln kein besseres Rating aufweisen als andere Krankenhäuser – es besteht vielmehr eine negative Korrelation (Augurzky et al. 2007, zitiert nach Felder et al. 2007, 148). Da die Vergütung der Krankenhausleistungen über das DRG-System eine zunehmend wettbewerbliche Ausrichtung erhält, aber die Investitionskostenfinanzierung einer staatlichen Angebotsplanung folgt,

⁸ Abgesehen von einem erneut abfallenden Niveau im Jahr 2004 und Wiederanstieg erst wieder 2008.

erscheinen beide Teilsysteme der dualen Finanzierung zunehmend gegensätzlich (SVR 2007, 350ff.).

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) schränkte 2004 die Planungskompetenz der Bundesländer hinsichtlich der Entscheidungen zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan ein. Das BVerfG stellte in seinem Beschluss vom 04.03.2004 (1 BVR 88/00) klar, dass ein Krankenhaus auch dann in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, wenn es „neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken“ (Metzner 2009, 394). Dies geht über die Bedarfsgerechtigkeit im Sinne von zusätzlich notwendigen Krankenhausbetten weit hinaus und findet seinen Niederschlag in der Urteilsbegründung.⁹ Die über die Aufnahme in den Krankenhausplan und über die Prüfung eines ungedeckten Bedarfs aufgrund bestehender Kapazitäten vorhandene Markteintrittsbarriere wird mit dieser Entscheidung gelockert, um hinzutretenden Krankenhäusern eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausplan zu ermöglichen. Vermutlich kann ein fiktiver Bedarf an Krankenhausleistungen in jedem Fall angeführt werden, so dass die Planungskompetenz der Länder eingeschränkt ist. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht automatisch ein allgemeiner Anspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten, der durch die Bundesländer zu befriedigen ist.¹⁰

9 Nur mit dieser Auslegung sind die Anforderungen an die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG erfüllt. In 1 BVR 88/00, Ziffer 26 heißt es: „Den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan hat das Bundesverwaltungsgericht dahin ausgelegt, dass ein Krankenhaus dann bedarfsgerecht ist, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden [...]. Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken. Diese Auslegung des Merkmals der Bedarfsgerechtigkeit wird den Aufforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG gerecht [...]. Nur in dieser Auslegung haben hinzutretende Krankenhäuser überhaupt eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, solange sich am Gesamtbedarf nichts ändert. Ansonsten könnte mit dem Hinweis auf die bestehenden Kapazitäten jeder Neuzugang verhindert werden. Die Beklagte des Ausgangsverfahrens und ihr folgend die Gerichte verengen das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit in verfassungswidriger Weise, wenn sie es auf die Frage eines derzeit ungedeckten Bettenbedarfs reduzieren und die objektive Eignung zur Bedarfsdeckung überhaupt nicht mehr prüfen.“

10 Vgl. § 8 KHG. Nach Metzner (2009, 394) ist aber aus den Grundsätzen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und des BVerfG auch zu schließen, dass eine Überversorgung bei Gefährdung der Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden ist. Dieser Nachweis ist allerdings für die Planungsbehörden schwer zu erbringen.

7.3 Systematik der Krankenhausinvestitionskostenförderung

7.3.1 Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser

Derzeit investieren die Krankenhäuser in größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur als sie Fördermittel von den Ländern erhalten. Die Investitionen der allgemeinen Krankenhäuser in privater Trägerschaft belaufen sich auf ca. 11,5 Prozent des Anlagevermögens, die Investitionsquote bei freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern¹¹ beträgt 9,9 und 8,6 Prozent (Augurzky et al. 2009a, 12). In zahlreichen Ergebnisberichten von Klinikkonzernen (Burmam/Malzahn/Wehner 2008, 33) werden je nach Trägerschaft Investitionsquoten von 6 bis 17 Prozent des Umsatzes ausgewiesen (vgl. Tabelle 7–1).

Analysen zeigen insgesamt, dass im Jahr 2006 die Krankenhäuser trotz einer unterstellten notwendigen Investitionsquote von 10 Prozent etwa 7,3 Prozent ihrer Erlöse inkl. Investitions- und KHG-Fördermittel investiert haben. Der Anteil der Fördermittel beläuft sich dabei auf etwa 4,5 Prozent. Dies weist darauf hin, dass die Krankenhäuser die Kosten ihrer Investitionen von 2,8 Prozent ihres Umsatzes anders als mit öffentlichen Fördermitteln gedeckt haben (Augurzky et al. 2009b, 59). Investitionen werden damit in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch in Teilen aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert, die für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind. Andere Mittel als öffentliche Förderungen können abhängig von der Rechtsform auch aus Kapital von Anteilseignern, Gesellschaftern und Investoren oder dem Kapitalmarkt stammen. Auch die wirtschaftliche Situation und Existenz von Vertragskrankenhäusern ist ein Hinweis auf eine Querfinanzierung aus Pflegesätzen für Investitionen. Diese Krankenhäuser sind nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen und erhalten damit grundsätzlich keine staatliche Förderung ihrer Investitionskosten; diese müssen sie komplett aus Eigenmitteln oder anderen Quellen finanzieren. Es besteht mit den Krankenkassen und dem jeweiligen Krankenhaus ein Versorgungsvertrag zur Krankenhausbehandlung, wodurch Erlöse aus den Pflegesätzen erzielt werden können.¹² Diese Krankenhäuser stellen ca. 9 Prozent bezogen auf die nach dem KHG geförderten Krankenhäuser dar (Statistisches Bundesamt 2008).¹³

Unabhängig von methodischen Details bei der Berechnungsgrundlage – Anteil der Investitionsförderung als Prozentsatz des Umsatzes, des Anlagevermögens oder der Ausgaben von GKV und PKV – ergibt sich somit zwischen der Fördersumme nach dem KHG und den real erfolgten Investitionsausgaben von Krankenhäusern eine erhebliche Lücke (vgl. Abbildung 7–4). Die häufig angenommene notwendige Mindestinvestitionsrate von Krankenhäusern wird mit 10 Prozent des Umsatzes beziffert (Expertenkommission 2006, 59; Augurzky et al. 2009b, 57). Unterstellt man eine notwendige (tatsächliche) Investitionsquote von 10 Prozent (7 Prozent) der

11 Ohne Universitätskliniken.

12 Vgl. §§ 109 i. V. m. 108 Nr. 3 SGB V.

13 Hinsichtlich der Bettenzahl der Versorgungsvertragskrankenhäuser beläuft sich ihr Anteil lediglich auf ca. 2 Prozent.

Tabelle 7-1
Investitionsquoten ausgewählter Klinikkonzerne

| | Helios Kliniken ¹ | | Paracelsus Kliniken | | Rhön- Klinikum AG ¹ | | Sana Klinikum AG | | St.-Franziskus- Stiftung* | | SRH- Konzern ² | | Vivantes* | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------|------------------------|--------|-----------------------------------|---------|---------------------|---------|------------------------------|--------|------------------------------|---------|-----------|--------|------|
| | 2008 | 2007 | 2007 ³ | 2006 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 |
| Investitionen in Mio. Euro aus | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fördermitteln | 59,8 | 77,5 | - | - | 79,3 | 79,0 | - | - | 16,8 | 12,6 | - | - | 21,0 | 19,0 | |
| Eigenmitteln oder anderen Quellen | 134,8 | 149,1 | - | - | 275,3 | 166,0 | - | - | 21,7 | 23,8 | - | - | 29,0 | 24,0 | |
| Gesamt | 194,6 | 226,6 | 40,2 | 24,3 | 354,6 | 245,0 | 91,0 | 100,0 | 38,5 | 36,4 | 58,9 | 50,8 | 50,0 | 43,0 | |
| Umsatz | 2 123,3 | 1 841,2 | 301,6 | 283,8 | 2 130,3 | 2 024,8 | 1 063,5 | 946, | 490,3 | 456,6 | 514,3 | 494,6 | 742, | 727, | |
| Investitionsquote am Umsatz | 9,16 % | 12,31 % | 13,33 % | 8,56 % | 16,65 % | 12,10 % | 8,56 % | 10,57 % | 7,85 % | 7,97 % | 11,50 % | 10,30 % | 6,74 % | 5,91 % | |
| <i>davon aus:</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fördermitteln | 2,82 % | 4,21 % | - | - | 3,72 % | 3,90 % | - | - | 3,43 % | 2,75 % | - | - | 2,83 % | 2,61 % | |
| Eigenmitteln oder anderen Quellen | 6,35 % | 8,10 % | - | - | 12,92 % | 8,20 % | - | - | 4,42 % | 5,22 % | - | - | 3,91 % | 3,30 % | |

¹ Nicht berücksichtigt: Investitionen in Akquisitionen

² SRH-Konzern: Anteil Investitionen SRH Gesundheit an Konzern 2008: ca. 70 %

³ Vorläufiges Ergebnis (Stand: 1. Mai 2008)

* Ermittlung des Eigenmittel- und Fördermittelanteils aus Gegenrechnung mit Gesamteinvestitionen. Mit Eigenmitteln könnten Finanzierungsquellen im weitesten Sinne gemeint sein.

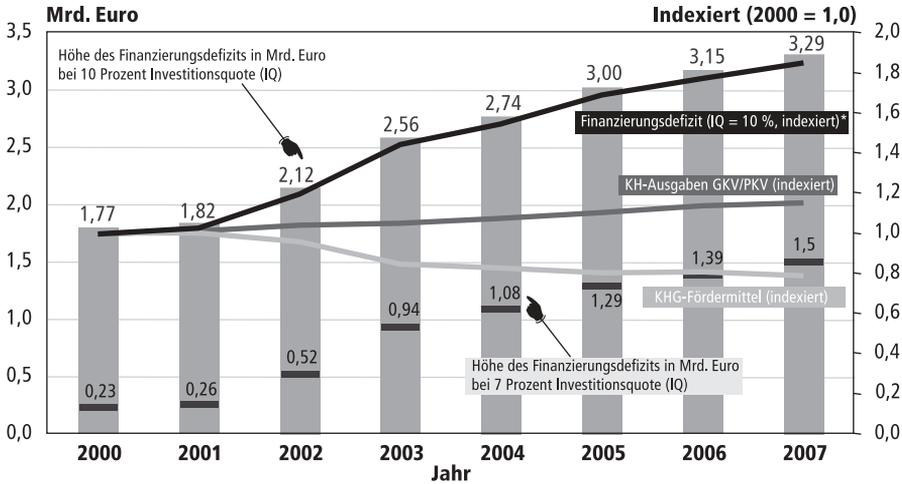
Quelle: Geschäftsberichte 2007 und 2008 des jeweiligen Klinikkonzerns

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 7–4

Absolutes Volumen des Finanzierungsdefizits in Mrd. Euro je nach angenommener Investitionsquote (IQ) sowie indexierte Entwicklung der GKV/PKV-Krankenhausausgaben, KHG-Fördermittel und des Finanzierungsdefizits



* Finanzierungsdefizit (IQ = 7 %, indexiert) nicht dargestellt, weist eine wesentlich höhere Steigerungsrate auf.

Quelle: Statistisches Bundesamt und AOLG

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Krankenhäuserlöse und definiert approximativ¹⁴ die Krankenhäuserlöse als Ausgaben der GKV und PKV für Krankenhausbehandlung, beträgt das von den Krankenhäusern aus Eigenmitteln zu finanzierende Defizit allein im Jahr 2000 1,8 Mrd. (230 Mio.) Euro und wächst 2007 bereits auf 3,3 Mrd. (1,5 Mrd.) Euro an. Kumuliert man diese jährlichen Beträge über die Jahre, ergibt sich ausgehend von 2000 einen Querfinanzierungsbedarf (eine tatsächliche Querfinanzierung) von ca. 20,4 Mrd. (7,2 Mrd.) Euro, der (die) manche Krankenhäuser hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Situation vor große Herausforderungen stellt. Die GKV/PKV-Krankenhausausgaben sind von 2000 bis 2007 um ca. 16 Prozent gestiegen, dagegen sanken die KHG-Fördermittel um ca. 21 Prozent.

¹⁴ Die GKV/PKV-Krankenhausausgaben beinhalten auch Ausgaben für nicht nach dem KHG geförderte Krankenhäuser, die keine Plankrankenhäuser sind (z. B. Vertragskrankenhäuser und Universitätskliniken). Die bei der Berechnung zugrunde gelegten Ausgaben wurden hier aufgrund fehlender valider Daten nicht um diese Anteilsgrößen korrigiert. Weiterhin werden die Krankenhausausgaben weiterer Ausgabenträger wie beispielsweise der Gesetzlichen Unfallversicherung nicht berücksichtigt.

7.3.2 Ansätze zur Ermittlung der notwendigen Höhe der Investitionsförderung

Es ist nur politisch von Bedeutung, in welcher Höhe ein Investitionsstau beziffert werden kann. Die Angaben zur Größenordnung schwanken dabei in Abhängigkeit der Ermittlungs- und Berechnungsmethodik zwischen 16 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2009b, 57), 19 bis 23 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2008, 49) und 50 Mrd. Euro (DKG 2007; BDPK 2007, 17; Deutscher Bundestag 2009b, 1). Nach Analysen des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) reduziert sich die Investitionslücke unter Berücksichtigung der eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser auf rund 9 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2009b, 59). Viel wichtiger ist aber, mit welchen Konzepten dem Handlungsdruck begegnet werden soll. Im Vorgriff auf eine geplante Neuordnung der Investitionskostenfinanzierung hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Gutachten zur Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern in Auftrag gegeben. Auch wenn die Expertise bisher nicht umgesetzt wurde, hat sie konzeptionell erhebliche Relevanz, da auch die Bedingungen des Gesundheitsfonds einbezogen werden (Rürup et al. 2008, 15). In dem Gutachten wurde durch einen Vergleich der Investitionsquoten in anderen Dienstleistungsbereichen und mit den projizierten vergangenen KHG-Fördervolumen ein Orientierungswert von ca. 5 Mrd. Euro als Zielgröße abgeleitet. Dieser lässt sich allerdings – so die Expertise – nicht analytisch fundieren (Rürup et al. 2008, 24). Der Wert von 5 Mrd. Euro, der aktuell ungefähr 8,5 Prozent der Krankenhausaussgaben von GKV und PKV umfasst, entspricht grob den unterstellten notwendigen Investitionsvolumina der Krankenhäuser.

Das Vorgehen, zuerst die Höhe der zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel für einen Systemwechsel in der stationären Versorgung festzulegen und diesen Wert aus der Praxis abzuleiten, hat sich im Rahmen der Krankenhausfinanzierung auch bei der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems bewährt. Für eine sachgerechte Vergütung der Krankenhausfälle wurde als Einstiegskonzept ein analytisches Kalkulationsverfahren oder ein budgetneutraler Umstieg diskutiert. Die zweite Variante, die letztlich umgesetzt wurde, gibt die Gesamthöhe der Krankenhausaussgaben als faktische Budgetobergrenze für die Gesamtausgaben im Krankenhausbereich vor. Die DRGs werden deshalb nicht in Eurobeträgen, sondern in Relativgewichten ausgewiesen. Es wurde auf der Makroebene festgelegt, dass die Gesamtausgaben für akutstationäre Leistungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung und eine sachgerechte Vergütung insgesamt ausreichend seien. Insofern bietet sich eine analoge Vorgehensweise für die Festlegung einer ausreichenden Höhe der Krankenhausinvestitionen an. Der Unterschied bei den Investitionen im Krankenhausbereich besteht allerdings darin, dass die Fördermittel der Länder in den letzten Jahren nicht mehr dem Volumen entsprechen, das von den Krankenhäusern investiert wird. Daher kann die Fördersumme von 2,7 Mrd. Euro aus dem Jahr 2008 nicht die richtige Basis für die Obergrenze aus der Praxis darstellen. Dieser Betrag ist vielmehr um die real ausgewiesenen Investitionskosten zu ergänzen und dann entsprechend zu fixieren. Aus grundsätzlichen Überlegungen ist es überzeugender, einen Prozentsatz beispielsweise auf das Gesamtvolumen der Ausgaben für Krankenhäuser von GKV und PKV normativ festzulegen (Rürup et al. 2008, 28). Dies würde auch dem Umstand Rechnung tragen, dass die investiven Kosten zukünftiger Innovationen besser berücksichtigt werden können.

7.3.3 Bewertung der Investitionsförderung

Die Rollen der einzelnen Akteure in der dualen Krankenhausfinanzierung sind grundsätzlich nicht umstritten. Die Vorhaltung von Krankenhäusern wird als öffentliche Aufgabe angesehen. Insgesamt soll mit den beiden Finanzierungsquellen GKV/PKV für die Pflegesätze und Förderungen durch die Bundesländer für die Investitionen die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erreicht werden. Einige juristische Einschätzungen gehen davon aus, dass Krankenhäuser nicht berechtigt sind, Investitionen aus den Pflegesätzen zu refinanzieren. Dafür spricht, dass Investitionskosten für Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden, aus den pflegesatzfähigen Kosten ausgenommen werden.¹⁵ Die Erlöse der Pflegesätze und der Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen sowie für das ambulante Operieren sind vielmehr zur Deckung der Betriebskosten bestimmt.¹⁶ Aus einem derartigen Verbot einer Refinanzierung von Investitionen durch Pflegesätze wird eine zwingende staatliche Förderung aus verfassungsrechtlicher Sicht abgeleitet (Pestalozza 1988; Depenheuer 1986).¹⁷ Demnach müssten die Bundesländer notwendige Investitionen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser tätigen. Denn durch das KHG und nähere Regelungen im jeweiligen Landesrecht besteht eine Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung erforderlicher Fördermittel für unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendige Investitionskosten. Diese Fördermittel sollen den Krankenhäusern zur Deckung der förderungsfähigen Investitionskosten dienen (Deutscher Bundestag 2009b, S. 2).¹⁸ Dass diese Überlegungen mit den wettbewerblichen Grundgedanken des DRG-Systems nicht zu vereinbaren sind, ist allerdings offensichtlich. Da die Leistungsorientierung des DRG-Systems Krankenhäusern bei wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger Leistungserbringung die Erwirtschaftung von Gewinnen ermöglichen soll, kann es nicht sinnvoll sein, diese Gewinne nicht auch für Investitionen zu nutzen. Nur aus der ursprünglichen Logik des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhäuser war nachvollziehbar, dass die Betriebsmittel nicht zur Deckung der Investitionskosten herangezogen werden sollen bzw. dürfen. Zur Bewertung dieses Sachverhalts ist aber festzuhalten, dass die grundlegenden Regelungen zur Investitionskostenfinanzierung im Zuge der DRG-Einführung nicht angepasst wurden. DRGs und Wettbewerb auf der einen Seite und Selbstkostendeckung mit dualer Krankenhausfinanzierung auf der anderen Seite sind nicht kompatibel.

15 Vgl. § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG.

16 Vgl. § 2 Nr. 4, § 4 Nr. 2, §§ 16 ff KHG.

17 Das Verbot, durch Pflegesätze und Vergütungen die Investitionskosten zu refinanzieren, beeinträchtigt bspw. die in Art. 12 Abs. 1 GG verankerte Berufsfreiheit privater und freigemeinnütziger Träger, da eine freie Entscheidung über die Höhe der Vergütung der selbst erzielten finanziellen Mittel aus der Ausübung des Berufs ausgeschlossen wird. Dies ist damit nur über einen Ausgleichsanspruch etwa über die öffentliche Förderung der notwendigen Investitionskosten möglich.

18 Vgl. § 9 Abs. 5 KHG.

7.4 Einflussfaktoren auf die Investitionsvolumina der Krankenhäuser

7.4.1 Investitionskostenförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das am 25.03.2009 in Kraft getreten ist, zielt auf die Vorgabe des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 ab. Die Bundesregierung hat zudem Anpassungsbedarf bei der Investitionsfinanzierung gesehen, um für die Krankenhäuser Rahmenbedingungen und solidere Kalkulationsgrundlagen zu schaffen. Weitere Maßnahmen wie das Pflegesonderprogramm und die anteilige Finanzierung der über die Veränderungsrate hinausgehenden Tariflohnerhöhungen in 2008 und 2009 sind gesetzliche Anpassungen, die aus Sicht der Bundesregierung erforderlich sind, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten (Deutscher Bundestag 2008, 1).

Die Diskussion um die inhaltliche Ausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens durch das KHRG begann bereits früher. Insbesondere war neben einer weiteren Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch eine vermehrt wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausversorgung über die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen im akutstationären Sektor die Neuregelung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser ein wesentliches Thema (BMG 2008a). In den ersten Entwürfen zum KHRG zielte das Bundesministerium für Gesundheit auf eine für die Länder verbindliche Neuausrichtung der Krankenhausinvestitionskostenfinanzierung ab. So war im Punktationspapier noch die Rede von der Erhöhung des Investitionsvolumens zum Zeitpunkt der Umstellung auf Investitionsfallpauschalen und im Referentenentwurf zum KHRG von der Festlegung der Höhe der Investitionskostenfinanzierung mindestens auf dem Niveau des Jahres 2008 (BMG 2008b, 3); dies konnte aber gegen den Widerstand der Länder nicht aufrechterhalten werden. Auch das Aufheben der Grundlohnsummenanbindung bei der Entwicklung der Krankenhausaufgaben konnte nicht mit der Verpflichtung der Länder zur Entwicklung einer am durchschnittlichen Investitionsbedarf orientierten Investitionsquote (BMG 2008b, 17) verknüpft werden.

Im Ergebnis waren die Länder nicht zu einer stärkeren finanziellen Beteiligung an der Investitionsfinanzierung bereit (Deutscher Bundestag 2009b, 2) und können nach der Reform weiterhin ohne jede Einschränkung über die Höhe und Art der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser bestimmen. Das duale System der Krankenhausfinanzierung bleibt bestehen und die Länder können eigenverantwortlich über die Ausgestaltung ihrer Krankenhausinfrastrukturen entscheiden (Bundesrat 2009, 2). Nach diesen Erfolgen der Länder blieb im KHRG nur der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen als Grundlage für ein System leistungsorientierter Investitionspauschalen zu entwickeln und zu vereinbaren. In welchem Umfang die Länder sich ab 2012 für die Förderung der DRG-Krankenhäuser bzw. ab 2014 für die Förderung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dieser leistungsorientierten Investitionspauschalen bedienen werden, wurde ebenso wenig festgesetzt wie ein Mindestvolumen für Krankenhausinvestitionen. Dies zeigt eindeutig die

Formulierung in dem durch das KHRG neu gefassten § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG, wonach „das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, [...] unberührt“ bleibt. Danach haben die Länder die freie Entscheidung, ob und inwieweit sie die Förderung nach leistungsorientierten Investitionspauschalen als Regelförderung durchführen wollen (Deutscher Bundestag 2009b, 3; Bundesrat 2009, 2; Tuschen 2009, 13). Da die Bundesländer allerdings die Krankenhäuser nicht mit dem notwendigen Investitionskapital versorgen, wandelt sich die Krankenhausfinanzierung schleichend zu einer Monistik (SVR 2007, 355; Rürup 2008, 8). Nachdem weder die Investitionskostenförderung grundsätzlich geändert noch ein wettbewerblicher Ordnungsrahmen für das selektive Kontrahieren im akutstationären Sektor geschaffen wurde, konnten diese zwei wesentlichen anfänglich diskutierten Vorhaben nicht erreicht werden (Malzahn/Wehner 2009, 34; Neubauer 2008, 4; Wassem 2008, 1–2).

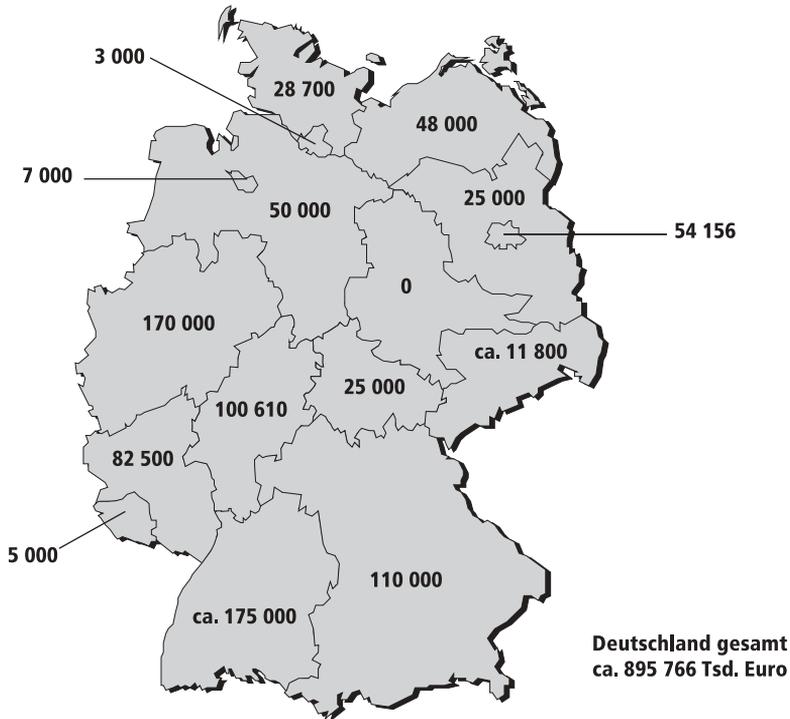
Die prognostizierten Mehreinnahmen für Krankenhäuser aus den allgemeinen Finanzierungstatbeständen nach bisher geltendem Recht und dem KHRG werden für 2009 auf zwischen 3,5 Mrd. Euro (BMG 2009, 1; Rau 2009, 198) und über 4 Mrd. Euro (Burmam/Malzahn 2009, 28) beziffert. Diese von den Krankenkassen aufzubringenden Mehrausgaben werden seitens der Krankenhäuser voraussichtlich insbesondere auch zum Abbau des aus der zurückgehenden Investitionskostenfinanzierung resultierenden Finanzierungsdefizits (vgl. Abbildung 7–4) verwendet. Aufgrund der Tatsache, dass die Investitionen zu Anteilen aus den Pflegesätzen mitfinanziert werden, ist durch die Anhebung der Erlöse aus den Pflegesätzen von einer Verbesserung hinsichtlich der gesamten Mittel für die Investitionsfinanzierung auszugehen. Dies gilt natürlich nur, wenn die Bundesländer die Investitionskostenfinanzierung nicht weiter kürzen. Schließlich ist das primär beabsichtigte Ziel durch die Erhöhung der Pflegesätze im Rahmen des KHRG nicht die Verbesserung der monetären Situation bei den Krankenhausinvestitionen. Sondern es soll beispielsweise über die Finanzierung der Tariflohnsteigerungen für 2008 und 2009 und die Verbesserung der Situation in der Pflege die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung gewährleistet werden (Deutscher Bundestag 2008, 1). Da allerdings verschiedene Regelungen des KHRG nur einmalig auftreten, ist nicht davon auszugehen, dass die Steigerung der Krankenhausausgaben von GKV und PKV auch in den nächsten Jahren in vergleichbarer Form anhalten wird. In der Vergangenheit war der Anstieg der Krankenhausausgaben von 2000 bis 2007 für GKV und PKV durchschnittlich bei 2,08 Prozent, wobei die GKV von einer durchschnittlichen Steigerung von 2,01 und die PKV von durchschnittlich 2,72 Prozent Erhöhung betroffen war (Statistisches Bundesamt 2009).

7.4.2 Investitionen im Rahmen des Konjunkturpakets II

Am 13.02.2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland“ (Konjunkturpaket II) mit einem Finanzvolumen von rund 50 Mrd. Euro verabschiedet. Zentraler Bestandteil des Maßnahmenpakets ist das Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder (Zukunftsinvestitionsgesetz – ZuInvG), das den Ländern Finanzhilfen

Abbildung 7-5

Konjunkturpaket II: Finanzhilfen für Krankenhäuser aus dem Investitionsschwerpunkt Infrastruktur (§ 3 Ab 1 Nr. 2a ZulnVG)



Stand: September 2009

in Tsd. Euro

Bemerkung: ZulnVG: Zukunftsinvestitionsgesetz - Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder. Die Angaben stellen die im Rahmen des Konjunkturpakets geplanten Finanzmittel dar, reale Mittelzuflüsse können davon abweichen; Abweichungen von anderen Beiträgen sind rundungsbedingt. Der Förderzeitraum bestimmt sich nach § 5 ZulnVG.

Quelle: Internetseiten der Landesministerien und -behörden sowie des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung (www.konjunkturpaket.de) sowie eigene Befragungen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

für besonders bedeutsame Investitionen in Höhe von insgesamt 10 Mrd. Euro einräumt (Deutscher Bundestag 2009a, 32). Diese Mittel verteilen sich zu 65 Prozent auf Investitionen mit dem Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur und zu 35 Prozent auf den Investitionsschwerpunkt Infrastruktur. Krankenhäuser fallen, wie Städtebau, ländliche Infrastruktur, kommunale Straßen und Informationstechnologie grundsätzlich unter den zuletzt genannten Investitionsschwerpunkt Infrastruktur.¹⁹

¹⁹ Das Zukunftsinvestitionsgesetz regelt Investitionsvorhaben in den Jahren 2009 bis 2011. Diese werden in 2011 nur berücksichtigt, wenn das Vorhaben vor dem 31.12.2010 begonnen wurde und in 2011 ein selbständiger Bauabschnitt abgeschlossen wird.

Diese Finanzhilfen sind explizit für zusätzliche Investitionen vorgesehen. Der Bund stellt 75 Prozent der Finanzhilfen, der Kofinanzierungsanteil der Länder beträgt mindestens 25 Prozent. Durch das Zukunftsinvestitionsgesetz fließen in den Jahren 2009 bis 2011 insgesamt rund 1,3 Mrd. Euro zusätzliche Investitionsmittel in den Krankenhausbereich (Mau/Zehnder 2009, 26–27; Norden 2009, 132–133). Davon entfallen auf den Investitionsschwerpunkt Infrastruktur rund 900 Mio. Euro (vgl. Abbildung 7–5).²⁰ Zu den Mitteln, die den Krankenhäusern aus dem Investitionsschwerpunkt Infrastruktur zukommen, sind darüber hinaus etwa 400 000 Euro Finanzhilfen aus dem Investitionsschwerpunkt Bildungsinfrastruktur für Universitätskliniken hinzuzurechnen.

Berücksichtigt man die zusätzlichen Finanzhilfen der öffentlichen Hand aus dem Konjunkturpaket II ergänzend zu den Erlössteigerungen aus dem KHRG (Deutscher Bundestag 2009b, 3–4; Augurzky et al. 2009b, 13 und 128) werden die Krankenhäuser insgesamt von einer Steigerung von über 5 Mrd. Euro profitieren.

7.4.3 Auswirkungen des Gesundheitsfonds

Es ist davon auszugehen, dass im Jahr 2010 eine Unterdeckung des Gesundheitsfonds von 7 bis 9 Mrd. Euro besteht (Thelen 2009, 4).²¹ Die Auswirkungen der Finanzkrise werden auch auf dem deutschen Arbeitsmarkt bemerkbar sein und durch zurückgehende Beschäftigung weniger Beitragsgelder und damit geringere Einnahmen für die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds auslösen. Die Krankenkassen werden deshalb versuchen, das Ausgabenvolumen zu reduzieren. Diese Bemühungen werden bei den Krankenhausaussgaben mit 50,9 Mrd. Euro im Jahr 2008, dem mit 33,7 Prozent größten Kostenblock an den GKV-Leistungsausgaben von 151,1 Mrd. Euro, sicherlich nicht halt machen.²² Da die Krankenhäuser Investitionen derzeit aber entgegen der Zielsetzungen des KHG aus den Pflegesätzen mitfinanzieren, wird ab 2010 auch im Investitionsbereich voraussichtlich der Handlungsspielraum eingeschränkt werden. Die Logik des Gesundheitsfonds wird im Zusammenspiel mit dem Kassenwettbewerb eine Zunahme des Kostendrucks im Gesundheitssystem mit sich bringen – dazu kommen die gesunkenen Steuereinnahmen und die hohe Verschuldung der öffentlichen Haushalte infolge der Wirtschaftskrise und der auf die Abmilderung der wirtschaftlichen Folgen zielenden getroffenen Gegenmaßnahmen, die den Steuerzuschuss des Bundes in den Gesundheitsfonds belasten.

Das momentan ausbleibende Engagement, sich finanziell stärker als bisher an der Investitionskostenfinanzierung zu beteiligen (Deutscher Bundestag 2009b, 2)

20 Das in Abhängigkeit der begonnenen Projektrealisierung geförderte Investitionsvolumen umfasst mit Stand September 2009 einen Betrag von 478,1 Mio. Euro (Deutscher Bundestag 2009a, S. 5). Der tatsächliche Mittelzufluss und die Wirkung der geförderten Maßnahmen sind dabei abhängig von der Abrufung und Verausgabung der geplanten Finanzmittel.

21 Nach § 220 Abs. 2 SGB V ist der allgemeine Beitragssatz zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken.

22 Quelle: KV 45.

führt dazu, dass die Lücken in der Investitionskostenfinanzierung von den Beitragszahlern oder dem Bund geschlossen werden müssen – gegebenenfalls im Rahmen einer Doppelbelastung. Einerseits gibt es die offensichtlichen Unterschreitungen der Investitionskostenfinanzierung bei Krankenhäusern, die mit höheren Beträgen ihre Investitionen tätigen, als die Förderung aus den Landesmitteln zulässt. Diese Krankenhäuser verwenden andere Mittel für Investitionen, damit insgesamt eine wirtschaftliche Betriebsführung möglich ist. Andererseits gibt es zahlreiche Krankenhäuser, die auch über mehrere Jahre Investitionen aufschieben und damit Möglichkeiten zur effizienten Leistungserbringung nicht ausschöpfen. Aufgrund der Logik des DRG-Systems werden diese nicht erbrachten Wirtschaftlichkeitsreserven wiederum bei den Fallpauschalen aufschlagen.

7

7.5 Fazit und Reformbedarf

Die Grundsätze zur Investitionskostenfinanzierung im KHG werden von zwei Seiten in Frage gestellt. Die Höhe der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer ist in den letzten Jahren immer weiter zurückgegangen und das Urteil des BVerfG birgt das Risiko, dass den Bundesländern faktisch das Recht zur Krankenhausplanung genommen ist. Damit wird die Souveränität der Länder in der Krankenhausplanung in Frage gestellt. Aktuell wirken sich mit dem KHRG und dem Konjunkturpaket II zwei wesentliche Parameter positiv auf die Investitionsmittelausstattung der Krankenhäuser aus. Beide Faktoren sind aber keine Dauerlösungen, die im Sinne des KHG die duale Krankenhausfinanzierung sicherstellen. Der Rückgang der Investitionsfinanzierung hat dazu geführt, dass die notwendigen Krankenhausinvestitionen durch die Beiträge der Versicherten zusätzlich mitfinanziert wurden. Seit Einführung des Gesundheitsfonds werden damit auch Bundesmittel zur Investitionskostenfinanzierung entsprechend genutzt. Auch die Bundesregierung bedauert die rückläufigen Ausgaben der Länder zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und hatte bei der letzten Krankenhausfinanzierungsreform auf einen verbindlichen Neustart bei der Investitionsförderung abgezielt (Deutscher Bundestag 2009b, 2).

Aus politischer Sicht fällt es den Krankenkassen leicht, in diesem Themenfeld gemeinsam mit Vertretern der Krankenhäuser eine verlässliche und notwendige Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zu fordern (DKG 2008, 7; SpiK 2008, 8f.). Dynamisch zehn Prozent der Krankenhausbudgets der GKV und PKV ist der Betrag, der als Kompromiss für die Ausgestaltung einer notwendigen Investitionskostenfinanzierung gehandelt wird (Expertenkommission 2006; Rürup 2008, 24f.; Pföhler/Bublitz 2009, 463). Die Forderung liegt nahe, dass die Bundesländer mit dieser Mindestsumme beweisen müssen, dass sie die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser als Aufgabe ausfüllen. Durch die Übernahme der finanziellen Verantwortung würden die Länder demonstrieren, dass sie ein verlässlicher Partner bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind und ihren Planungsanspruch damit auch im Sinne der dualen Krankenhausfinanzierung legitimieren. Wenn dieser Schritt noch mit einer weitgehenden Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen – sei es nach dem nordrhein-westfälischen Modell mit Baupauschalen (Winterer 2008, 148;

Koch et al. 2009) oder auf Basis der Vorschläge der Selbstverwaltung im Sinne des KHRG – verknüpft würde, könnten die Länder dem Vorwurf einer willkürlichen Finanzierung begegnen. Es wäre dann für die Länder auch einfach zu argumentieren, dass eine Reserve von z. B. zehn Prozent der Planungssummen für spezielle Struktur-erhaltungsmaßnahmen einbehalten werden muss (Rürup 2008, 41). Andererseits ist aber vor dem Hintergrund des baldigen Wiederauflebens der Debatte um die „notwendige Höhe der Investitionskostenfinanzierung“ zu diskutieren und zu entscheiden, wie die notwendigen Krankenhausinvestitionen dauerhaft und nachhaltig finanziert werden sollen. Soll die duale Krankenhausfinanzierung Bestand haben, müssten die Länder ihren finanziellen Verpflichtungen in der notwendigen Höhe verlässlich nachkommen. Dazu müssen entsprechende Mechanismen in einer nächsten Gesundheitsreform festgelegt werden.

Grundsätzlich sind aber auch andere Optionen zur Neuregelung der Krankenhausinvestitionen denkbar. Ob in einem neuen Ordnungsrahmen eher die Länder oder Bund und Beitragszahler die fehlenden Mittel aufbringen werden, sollte nachvollziehbar und eindeutig geklärt werden. Die aktuelle Situation führt allerdings zu Unklarheiten. So sind Art und der Umfang der Kontrolle der Krankenhausplanungsbehörden ungeklärt. Daher bleibt offen, welche Konsequenzen für die Länder aus der Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen erwachsen könnten.

7.6 Literatur

- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Umfrage der AG Krankenhauswesen 2008.
- AOK-BV – AOK-Bundesverband. Gesetzliche Krankenversicherung braucht sichere Finanzbasis 12.06.09. http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_01566.html (Zugriff am 22. September 2009).
- Augurzky B, Engel D, Krolop S, Schmidt CM, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI: Materialien 32. Essen: RWI 2007.
- Augurzky B, Budde R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI : Materialien 41. Essen: RWI 2008.
- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Bedeutung der Krankenhausträger in privater Trägerschaft. RWI: Materialien 52, Essen: RWI 2009a.
- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009 – Im Auge des Orkans, RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009b.
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung: Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen! Stand: Juni 2007.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Punktationspapier zu den Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Stand: 27. Mai 2008a.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG). 22. Juli 2008b.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung – Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Bundesrat: Langfristige Perspektiven für Krankenhäuser. Nr. 10. Berlin, 13.02.2009.
- Bundesrat. Drucksache 31/1/09: Empfehlungen der Ausschüsse. Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), 29.01.2009.

- Burmans S, Malzahn J. Flickwerk statt Finanzreform. *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2009; 02: 26–31.
- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2008; 06: 31–35.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht. 1 BVR 88/00, 04.03.2004.
- Deppenheuer O. Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen – Eine verfassungsrechtliche Studie über die Grenzen sozialstaatlicher Ingerenz gegenüber freigemeinnützigen Krankenhäusern. Berlin 1986.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11429: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/10807, 16/10868: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). 17.12.2008.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11801: Beschlussempfehlung des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Drucksache 16/11740: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland. 11.02.2009a.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/13974: Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern. 03.09.2009b.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V. zu den Anträgen „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden“ (BT-Drucksache 16/8375) der Fraktion DIE LINKE, „Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ (BT-Drucksache 16/9008) der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser“ (BT-Drucksache 16/9057) der FDP-Bundestagsfraktion. 09.06.2008.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand Juli 2009.
- Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“. Bericht der Kommission. 2006.
- Felder S, Fetzer S, Wasem J. „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer 2007; 143–53.
- Goedereis K. Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhausesektors: Dualistik und Monistik im Strukturvergleich. Lohmar, Köln 1999.
- Koch HJ, Schüller L, Tillmann A. Die Baupauschale in Nordrhein-Westfalen – Ein Jahr nach der Reform gibt es zwar viele Antworten, aber noch mehr Fragen. *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)* 2009; 1: 60–6.
- Malzahn J, Wehner C. Reform der Krankenhausfinanzierung oder Geldsegen für Krankenhäuser: Wahlgewinn und Stärkung der Ministerialien? *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2009; 1: 32–6.
- Mau J, Zehnder A. Konjunkturpaket II – Alles klar bis alles offen. Stand: 06.03.2009. *klm management aktuell (kma)* 2009; 3: 26–7.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.
- Neubauer G. Stellungnahme als unabhängiger Einzelsachverständiger zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). Anhörung am 24. November 2009.
- Norden G. Finanzhilfen für Klinikinvestitionen – Konjunkturpaket II: Etwa 720 Millionen Euro fließen in die investive Ausrüstung der Krankenhäuser. *Arzt und Krankenhaus* 2009; 05: 132–4.
- Pestalozza S. Rechtsfragen der Krankenhausfinanzierung in Berlin, Rechtsgutachten, Berlin 1988.

- Pföhler W, Bublitz T. Investitionsstau und Investitionsbedarfe – Neuordnung der Investitionsfinanzierung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 455–67.
- Rau F. Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. *das Krankenhaus* 2009; 3: 198–208.
- Rürup B, Albrecht M, Igel C, Häussler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 12. März 2008.
- SpiK – Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, des IKK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Knappschaft und des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e. V. zur Wirtschaftlichkeitsituation der Krankenhäuser für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 18. Juni 2008 zu den Anträgen „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden (BT-Dr 16/8375), Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ (BT-Dr 16/9008), Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser (BT-Drs 16/9057)“. 10.06.2008.
- Statistisches Bundesamt. Krankenhauslandschaft im Umbruch – Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 10.12.2008. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2007. Wiesbaden, 06.04.2009.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. BT-Drucksache 16/6339. 2007.
- Thelen P. Krankenkassen fehlen neun Milliarden, Handelsblatt 5.10.2009; 4.
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart 2004.
- Tuschen KH. Krankenhausfinanzierung 2009 – Bundestag beschließt Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG. führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w) 2009; 1: 12–7.
- Wasem J. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. BT-Drucksache 16/10807. 19.11.2008.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 143–54.

This page intentionally left blank

8 Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen

Jörg Friedrich, Wulf-Dietrich Leber und Johannes Wolff

Abstract

Krankenhausmärkte sind traditionell stark reguliert. Da das deutsche Finanzierungssystem mit DRG-Fallpauschalen keine Mengensteuerung kennt, ist der Basisfallwert der entscheidende Regulierungsparameter. In der ökonomischen Theorie entspricht dies dem Modell einer Price-Cap-Regulation. Als Beobachtungsinstrument für das tatsächliche Preisniveau wurde vom WIdO der Z-Bax entwickelt. Er zeigt starke Ausschläge am Jahresende seit 2003 und einen Ausgabensprung zum Jahresende 2009. Ursächlich hierfür sind die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Dies sieht für die Zukunft eine einseitig kostenorientierte Weiterentwicklung der Basisfallwerte vor. Eine ergänzende produktivitätsorientierte Fortschreibung steht noch aus.

Hospital markets have traditionally always been strictly regulated. As the German DRG hospital financing system operates without volume control, the base rate is the key regulatory parameter. According to economic theory, this corresponds to a model of price cap regulation. The AOK Research Institute (WIdO) developed the so-called Z-Bax as an observation instrument for the actual price level. It shows strong fluctuations towards the end of every year since 2003 and a sharp rise in expenditure at the end of 2009. This is due to the regulations of the Hospital Financing Reform Act (KHRG) which stipulates for the future a one-sided cost-oriented development of base rates. Additional productivity-oriented legislation is still pending.

8.1 Einleitung

Der Krankenhausmarkt ist in mehrfacher Hinsicht ein spezieller Markt und wird deswegen von jeher umfassend reguliert. In der Phase der Selbstkostendeckung und der Budgetierung war er von allokativer Ineffizienz, fehlenden Anreizen zur Effizienzverbesserung und in der Folge steigenden Ausgaben geprägt. Ende der 90er Jahre entschied sich die Politik für den Wechsel des Regulierungsregimes hin zur Vergütung nach DRG-Fallpauschalen, der mit folgenden Zielen verbunden war:

1. „Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus, die sowohl im internationalen Vergleich als auch aus medizinischer Sicht zu lang waren

2. Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
3. leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
4. mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
5. mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
6. Förderung des Strukturwandels sowie
7. Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ bei Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und bei Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern.“ (Tuschen 2007; 3)

Die Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollte also durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich erfolgen. Und die Versicherten sollten an der Produktivitätsentwicklung in Folge der neu gesetzten Anreizwirkungen partizipieren. Weil im Zuge der DRG-Einführung dem gesamten Krankenhaussektor kein Geld entzogen wurde, sondern sie budgetneutral erfolgte, waren diese Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Wirkungsweise des DRG-Systems selbst zu erschließen.

Da im stationären Sektor quasi keine direkte Mengensteuerung existiert, ist die Vergütungshöhe der wesentliche Hebel zur Steuerung auf Makroebene. In DRG-Fallpauschalensystemen ist der Basisfallwert (englisch: base rate) die entscheidende Preisdeterminante. Da fast 85% des Ausgabevolumens stationärer Leistungen via DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, bestimmt die Entwicklung der Basisfallwerte das Einnahmenniveau der Krankenhäuser und die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen maßgeblich. Politische Auseinandersetzungen zur adäquaten Finanzierung stationärer Leistungen werden sich also auch nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorrangig um die Bestimmungsgrößen dieser Determinante drehen. In den folgenden Abschnitten soll ein Beitrag geleistet werden, die unterschiedlichen Einflussgrößen theoretisch und empirisch aufzuarbeiten und das Steuerungsmodell auf Makroebene weiterzuentwickeln.

Dazu wird Abschnitt 8.2 zunächst in das DRG-Preissystem einführen, das diverse Basisfallwerte kennt: Vereinbarung von hausspezifischen Basisfallwerten, Landesbasisfallwerten und ab 2010 ein Bundesbasisfallwert. Dabei ist zu beachten, dass Basiswerte nicht mit einer durchschnittlichen Vergütung je Fall gleichzusetzen sind. Diese liegt i. d. R. deutlich darüber, weil weitere Vergütungskomponenten wie z. B. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte existieren.

Die bestehende Regulierung der Basisfallwerte steht grundsätzlich im Einklang mit der ökonomischen Theorie. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen weitestgehend dem Modell der „Price Cap Regulation“, wie Abschnitt 8.3 zeigt. Sie lassen den Akteuren weiterhin ökonomische Freiheit, begrenzen allerdings die Produzentengewinne durch die prospektive Festsetzung einer Preisobergrenze. In die Findung dieser Preisobergrenze gehen neben der Kostenentwicklung der Leistungserbringer auch die Entwicklung der Produktivität ein.

Im konkreten gesetzlichen Rahmen spielen aufgrund des hohen Fixkostenanteils stationärer Leistungen Skaleneffekte aus Leistungsveränderungen eine herausragende Rolle für die hilfsweise Ermittlung der Produktivitätsentwicklung. Vor dem Hintergrund der überaus dynamischen Leistungsentwicklungen waren sie auch in der praktischen Umsetzung außerordentlich relevant. Dabei wurde häufig

vernachlässigt, dass Produktivitätsfortschritte auch ohne jegliche Leistungsveränderungen schon allein aus den Anreizwirkungen des DRG-Systems resultieren.

Die Wirkungen aus den Regelungen zur Berücksichtigung von Skaleneffekten lassen sich im realen Verlauf der DRG-Vergütungshöhe nachvollziehen. Maßgeblich für die konkreten Zahlungsströme sind die sogenannten Zahlbasisfallwerte. Sie sind hausspezifisch, weichen aufgrund von Erlösausgleichen vom vereinbarten Basisfallwert ab und ändern sich unterjährig. Als Indikator für diese multiplen Zahlbasisfallwerte wurde der Z-Bax entwickelt. Abschnitt 8.4 führt in dessen grundsätzliche Logik der Preisbeobachtung ein und analysiert die bisherige Preisentwicklung seit DRG-Einführung. Dabei zeigt sich neben den Preiseffekten aus prospektiv vereinbarten Leistungsveränderungen auch die starke Wirkung retrospektiver Preiskorrektur aufgrund von Ausgleichen für Budgetüberschreitungen in Vorperioden. Auch diese folgen der Logik, dass sich Mengenausweiterungen real nicht zu 100 % in den resultierenden Kosten niederschlagen, sondern nur in Form der variablen Anteile. Es wird aber auch deutlich, dass die Praxis der theoretischen und gesetzlichen Forderung nach Prospektivität der Preisgestaltung nicht gerecht wird.

Mit Ende der Konvergenzphase ist ein wichtiges Ziel der DRG-Einführung erreicht: Über die leistungsbezogenen Umverteilung hin zu effizienten Krankenhäusern wurde die allokative Effizienz verbessert. Die Balance zwischen den unterschiedlichen Einflussgrößen auf den Basisfallwert hat aber auch andere verteilungspolitische Implikationen. Die konkrete Umsetzung entscheidet darüber, ob vorrangig Krankenhäuser oder Beitragszahler von Produktivitätsfortschritten profitieren. Die gesetzgeberischen Regularien versuchen diesen Konflikt zu regeln. Der bislang geltende Grundsatz der Beitragsatzstabilität besagt, dass das durchschnittliche Vergütungsniveau der Krankenhäuser steigen darf, solange es nicht über die allgemeine Entwicklung des Beitragsaufkommens der Versicherten hinausgeht.

Das KHRG modifiziert diese bisherige Verteilungssymmetrie: Sie setzt an die Stelle einer Konsumentenorientierung eine Produzentenorientierung: Bestimmende Größe ist nicht mehr die Beitragsentwicklung der gesetzlich Versicherten, sondern die Kostenentwicklung der Leistungserbringer. Dabei wird auf der einen Seite künftig die Kostenentwicklung in einem statistisch aufwändigen Verfahren ermittelt, während auf der anderen Seite die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung unbestimmt bleibt. Deren gleichwertige und regelhafte Berücksichtigung bei der Fortentwicklung der Basisfallwerte steht noch aus. Die Ausführungen enden deshalb in Abschnitt 8.5 mit einem Plädoyer für ein Preissystem, das neben der Kosten- auch die Produktivitätsentwicklung gleichberechtigt berücksichtigt.

8.2 Basisfallwerte – die Preisbasis in DRG-Systemen

Der Rechnungsbetrag für eine DRG wird als Produkt aus einer fallspezifischen Bewertungsrelation und dem Basisfallwert berechnet:

$$\text{Bewertungsrelation} \times \text{Basisfallwert} = \text{Fallpauschalenvergütung}$$

Auf aggregierter Krankenhaus-, Landes- oder Bundesebene beschreibt der sogenannte Casemix die Summe der Bewertungsrelationen aller Fälle und damit die gesamte DRG-Leistungsmenge. Multipliziert mit dem Basisfallwert ergibt sich das Vergütungsvolumen für DRG-Leistungen.

$$\text{Casemix} \times \text{Basisfallwert} = \text{Krankenhausvergütung}$$

8

Die Bewertungsrelationen werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit jedem G-DRG Katalog jährlich neu kalkuliert und bestimmen die relativen Werte der DRGs untereinander.¹ Basisfallwerte sind aber insbesondere aus dreierlei Gründen etwas anderes als die durchschnittlichen Fallerlöse:

1. Der Durchschnitt der Bewertungsrelationen, oder auch Casemix-Index (CMI), liegt in der Praxis nicht genau bei 1,0 und ist seit DRG-Einführung stetig gestiegen.
2. Für ebenfalls vom InEK definierte Einzelleistungen werden sog. Zusatzentgelte, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sowie für hochspezialisierte Leistungen vergütet, deren Anzahl und Umfang seit DRG-Einführung ebenfalls stetig angewachsen sind.²
3. Nicht zuletzt existieren über zahlreiche Zu- und Abschläge weitere Vergütungselemente, die auf die durchschnittlich Fallvergütung wirken. Diese dienen z. B. der Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen, der Ausbildungsfinanzierung o. ä. und werden im Weiteren näher beleuchtet.

Basisfallwerte existieren auf verschiedenen Ebenen: Auf der Hausebene definieren sie das Vergütungsniveau des einzelnen Krankenhauses, auf Landesebene geben sie während der Konvergenzphase den Richtwert für die Angleichung der hausspezifischen Basisfallwerte vor und stellen ab 2009 die einheitliche Vergütungshöhe je Bundesland dar. Perspektivisch soll der Bundesbasisfallwert dafür sorgen, dass sich in einer weiteren Konvergenzphase die Landesbasisfallwerte nicht mehr außerhalb eines definierten Korridors bewegen.

¹ Wenn in diesem Beitrag von Bewertungsrelationen (BR) oder Casemix (CM) die Rede ist, so schließen diese Werte die Zuschläge für Langlieger- und Abschläge für Kurzlieger- und Verlegungsfälle mit ein.

² Vgl. den Beitrag von Leclercque und Friedrich, Kapitel 17 in diesem Band.

8.3 Price-Cap-Regulation der Basisfallwerte

Wie bereits einleitend erwähnt, ist der Markt für stationäre Leistungen aufgrund seiner zahlreichen Besonderheiten reguliert. In der Theorie werden insbesondere zwei Regulierungsregime diskutiert: das Price-Cap- und das Cost-plus-Modell (vgl. Brunekreeft 2000; Helm und Yarrow 1988). Beim Cost-plus-Ansatz wird dem regulierten Unternehmen unter direkter Bezugnahme auf seine Kosten ein Preisniveau vorgegeben. Fallen die Kosten des Unternehmens, so muss auch das Preisniveau sinken. Cost-plus-Ansätze sind also als Ex-post-Regulierung zu begreifen. Dem Unternehmen wird lediglich ein angemessener Aufschlag auf seine Kosten zugestanden. Gewinne entstehen nur im Rahmen des erlaubten Aufschlags. Durch die direkte Orientierung an den Kosten des Unternehmens besteht nur ein geringer Anreiz zur Kostenminimierung. Es ist sogar vorstellbar, dass ein Anreiz zur Kostensteigerung besteht.

Dagegen erhält im Falle einer Price-Cap-Regulierung das von der Regulierung betroffene Unternehmen im Vorfeld der Regulierungsperiode (ex ante) eine Höchstpreisvorgabe für ein bestimmtes Produkt bzw. Produktbündel. Dies kann grundsätzlich auch ohne Bezug auf die durchschnittlichen Kosten geschehen. Das so festgelegte Preisniveau darf, korrigiert um Inflation und Produktivitätssteigerung innerhalb der Regulierungsperiode, nicht steigen. Erwirtschaftet das Unternehmen durch Kostensenkungen Gewinne, so dürfen diese im Unternehmen verbleiben.

Das Price-Cap-Modell entspricht dem der Preisregulierung der Landesbasisfallwerte und ist das derzeit wohl am häufigsten verbreitete Regulierungsinstrument. Es zeichnet sich durch folgende Vorgehensweise aus:

- Es wird ein Warenkorb an Produkten definiert.
- Es wird ein Regulierungszeitraum festgelegt.
- Es wird eine Preisobergrenze für den Warenkorb innerhalb der Regulierungsperiode festgelegt.
- Die Festlegung der Preisobergrenze erfolgt streng prospektiv.
- Die Unternehmen dürfen die erwirtschafteten Gewinne der Regulierungsperiode behalten.

Die Notwendigkeit prospektiver Verhandlungen

Ohne in extenso auf die konkreten Details und Ausgestaltungsmöglichkeiten der beiden verschiedenen Regulierungsmodelle einzugehen, wird bereits jetzt der zentrale Unterschied deutlich. Price-Cap-Ansätze regulieren ex ante, Cost-plus-Ansätze ex post. Auf den Krankenhaussektor bezogen bedeutet dies, dass der Grad der Prospektivität der Verhandlungen der Landesbasisfallwerte den Grad der jeweiligen Anreizstruktur bestimmt. Wird wie vom Gesetzgeber vorgesehen prospektiv verhandelt, befindet man sich in einer klaren Price-Cap-Struktur, wird retrospektiv verhandelt, ähnelt das Regime einem Cost-plus-Ansatz. Vor dem Hintergrund, dass Cost-plus-Ansätze nur geringe Anreize zur Kostenminimierung setzen, wird die Wichtigkeit prospektiver Verhandlungen im Zusammenhang mit dem Regulierungsregime deutlich. Die theoretische Konstruktion der Verhandlungen des Landesbasisfallwertes entspricht in seiner Grundkonstruktion eindeutig dem Gedanken einer Price-Cap-Regulierung. Kostensteigerungen, Wirtschaftlichkeitsreserven und

Produktivitätsfortschritte sind prospektiv zu schätzen und gelten in der Regulierungsphase für ein Jahr.

Die Forderung nach Prospektivität betrifft aber nicht nur die Vereinbarungen als solches, sondern selbstverständlich auch den ordnungspolitischen Rahmen. Dieser wird seit langem eher ad hoc gesteuert, wie z. B. das späte Inkrafttreten des KHRG zeigt – ein Umstand, der Krankenhäuser wie Krankenkassen gleichermaßen trifft und im Sinne einer Ex-ante-Koordination als sehr negativ zu bewerten ist. Die Glaubwürdigkeit der ex ante gesetzten Regulierungsgrundsätze ist zentral. Nur unter der Maßgabe prospektiver Verhandlungen lassen sich auch die durch Krankenhäuser realisierten Gewinne im derzeitigen System der Regulierung mit Effizienzreizen verbinden. Diese Forderung wird – wie im Weiteren dargestellt – von der aktuellen Praxis nicht erfüllt.

Das DRG-System als Produktdefinition

Ein weiteres Kernelement des Price-Cap-Modells ist die Vorgabe einer durchschnittlichen Preisobergrenze für eine definierte Produktpalette des Unternehmens. Die Vergleichbarkeit stationärer Leistungen ist also nicht nur ein Wert an sich, sondern auch Voraussetzung für die effiziente Gestaltung des Krankenhausmarktes. Mit Einführung des DRG-Systems mit seinen mittlerweile über 1 000 Klassen und Kombinationsmöglichkeiten mit Zusatzentgelten etc. liegt eine definierte Produktstruktur vor.³

Die Länge der Regulierungsperiode

Anstelle der sonst bei Price-Cap-Modellen üblichen drei bis fünf Jahre gilt für Basisfallwerte i. d. R. ein Regulierungszeitraum von einem Jahr. Auf der einen Seite ist dies aus Sicht der Aktualisierung des Preisgefüges in Form des DRG-Kataloges notwendig, auf der anderen Seite ist der betrachtete Zeitraum für langfristige bzw. strategische Unternehmensentscheidungen aus Sicht der Krankenhäuser und Krankenkassen sehr kurz.

Zudem fokussieren sich die G-DRG-Katalogumbauten zunehmend auf die verbesserte Abbildung besonderer Bereiche, während das System im Kern aber an Stabilität gewinnt. Daher entwickelt sich langsam die Diskussion, ob die jährliche Überarbeitung des DRG-Systems perspektivisch überhaupt noch notwendig ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass im Falle einer weiterhin dynamischen Verweildauerreduktion die Überarbeitung der DRG-Kataloge sicherstellt, dass diese zeitnah in die Überarbeitung der Grenzverweildauern insbesondere für Abschlagstatbestände eingeht (s. Friedrich und Günster 2006). Die jährliche Katalogrevision setzt so immer auch einen wichtigen Anreiz für die Verbesserung der Produktivität stationärer Leistungserbringung.

³ Lässt sich bei Produktpalette (DRG-System) und Preisobergrenze (Landesbasisfallwert) noch große Übereinstimmung zwischen den Regularien des Krankenhausbereichs und dem Modell entdecken, so findet eine der wesentlichen Ideen des Price Cap keine Anwendung: die Bestimmung der Preise der Krankenhäuser für ihre Leistungen selbst. Hier sei auf das Konzept für die selektivvertragliche Öffnung für elektive Leistungen unter einem Höchstpreissystem verwiesen. Vgl. Leber et al. 2008.

Die Wahl der richtigen Preisobergrenze

Die Festsetzung der Preisobergrenze ist der zentrale Bestandteil des Price-Cap-Modells. Die allgemeine Form einer Price-Cap-Formel für den Krankenhausbereich in Anlehnung an den Laspeyres-Index lautet:

$$\sum_{i=1}^n p_t \times q_{i,t-1} \leq \sum_{i=1}^n p_{t-1} \times q_{i,t-1} \times (1 + I - X_W - X_L) \leq \sum_{i=1}^n p_{t-1} \times q_{i,t-1} \times (1 + O)$$

für $i = 1, 2, \dots, n$.

Das ex ante um die Inflation und die Produktivitätssteigerung korrigierte Niveau des Landesbasisfallwertes darf demnach nicht über eine Obergrenze hinaus steigen.⁴ Eine Vorgabe, die den gesetzlichen Regelungen für die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten sehr nahe kommt: Auch hier bestimmte sich die Entwicklung des Landesbasisfallwertes seit 2005 im Wesentlichen als Veränderung bzw. Weiterentwicklung des Vorperiodenwertes.

Für die Wirksamkeit der Anreizwirkungen ist die prospektive Vorgabe und Unveränderlichkeit der im Vorfeld verhandelten Werte essenziell. Überdurchschnittliche Produktivitätsentwicklungen eines Unternehmens führen ceteris paribus zu gerechtfertigten Gewinnen: Hohe Anstrengungen zahlen sich durch hohe Renditen aus, die nicht abschöpft werden sollen. Umgekehrt muss dieses Vorgehen aber auch gelten, unrentable Unternehmen machen Verluste und müssten im Extremfall – unter Beachtung des Sicherstellungsauftrags – auch aus dem Markt ausscheiden.

Aus den Faktoren Inflationsrate, Wirtschaftlichkeitsreserven und der Effekte aus Leistungsveränderungen (I , X_W und X_L) ergibt sich in der Summe nichts anderes als die Entwicklung der Preiskomponente. Dies wiederum kann unter Einbezug der Leistungsmenge als das neue Verhältnis von Casemix je eingesetztem Euro verstanden werden und somit als Produktivitätsmaß dienen. Die die Preiskomponente verändernden Faktoren sind ex ante – so zumindest die Theorie – im landesweiten Preisniveau zu berücksichtigen, da es aus Sicht des Regulierers gilt, die Kostensenkungsanreize in der ganzen Regulierungsperiode zu erhalten. Die erwähnten Faktoren finden sich dementsprechend als Vorgaben für die Verhandlung von Landesbasisfallwerten in § 10 Abs. 3 KHEntG in seiner Fassung ab 2009 wieder:

- „... voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen
- Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind

4 Hierbei steht p (Landesbasisfallwert) für den Preis der jeweiligen Produkte i (DRG-Fallpauschale) des Warenkorbs in der Periode t . Die Mengen (Casemix) der Vorperiode werden mit q_{t-1} bezeichnet. Verkürzt bedeutet dies, dass die Summe des Produktes aus Casemix der Vorperiode und aktuellem Landesbasisfallwert kleiner oder gleich der Summe des Produktes aus Casemix der Vorperiode und Landesbasisfallwert der Vorperiode sein muss, korrigiert um die geschätzte Inflationsrate I , die geschätzten Wirtschaftlichkeitsreserven X_W und die geschätzten Produktivitätsfortschritte im Bereich der Leistungsveränderungen X_L . Die so entwickelte Ungleichung wiederum muss kleiner oder gleich dem Produkt aus Casemix der Vorperiode und Landesbasisfallwert der Vorperiode sein, das sich bei Anwendung der Obergrenze O (Grundlohnratentwicklung bzw. zukünftig der Veränderungswert – vgl. unten im Text) ergibt.

- Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen...“

Das KHEntg berücksichtigt in § 10 noch weitere wichtige DRG-spezifische Einflussfaktoren, wie die Weiterentwicklung der DRG-Kataloge und der Abrechnungsregeln sowie eine geänderte Kodierung ohne realen Leistungshintergrund, deren Bedeutung unbestritten ist, die im Rahmen dieses Beitrags aber nicht näher beleuchtet werden sollen.

Die bestehenden Regularien sehen die Berücksichtigung von Produktivitätsfortschritten insbesondere bei Leistungsausweitungen vor: Aufgrund der Fixkostendegression werden nur deren variable Mehrkosten erstattet. Produktivitätsfortschritte kommen im konkreten Marktgeschehen jedoch auch aus einer Vielzahl von weiteren Gründen zustande. Marktabgänge in Form von Klinikschließungen führen durch die Verteilung der Leistungen auf die umliegenden Einrichtungen zu Skaleneffekten, ohne dass auf der Makroebene eine Leistungsveränderung festzustellen wäre. Zudem generiert der medizinisch-technische Fortschritt und die zunehmende Professionalisierung und Standardisierung von Behandlungsabläufen im Krankenhaus ganz unabhängig von der Mengenentwicklung eine Senkung der Kosten je Fall. Solche Erfolge manifestieren sich z. B. im Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer und der Steigerung der erbrachten DRG-Leistungsmenge je Belegungstag, die im Abschnitt 8.5 noch empirisch quantifiziert werden.

Im folgenden Abschnitt soll aber zunächst der reale Verlauf des DRG-Vergütungsniveaus seit 2003 unter besonderer Berücksichtigung der Preiseffekte aus Produktivitätsfortschritten analysiert werden.

8.4 Z-Bax – die DRG-Preisentwicklung im Zeitverlauf

Für die Vergütung der Krankenhausfälle einer laufenden Periode ist der Zahlbasisfallwert maßgeblich, der auch Transferzahlungen aus vergangenen Perioden, sogenannte Erlösausgleiche, berücksichtigt. Außerdem dient der Zahlbasisfallwert auch der sachgerechten Umsetzung unterjährig vereinbarter Gesamtjahreswerte. Der Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwert der Krankenhäuser (Z-Bax) kann als Preisindikator stationärer Leistungen im DRG-Bereich verwendet werden.⁵ Der Z-Bax basiert auf den Zahlbasisfallwerten aller deutschen Krankenhäuser aus den Preisdatenbanken für Krankenhausentgelte der AOK, die noch vor dem Eingang der ersten Leistungsdaten einer Periode vorliegen. Er veranschaulicht damit zeitnah, welcher Zahlbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum betreffenden Zeit-

⁵ GKV-weite Informationen über den abgerechneten Casemix liegen auf Hausebene unvollständig und erheblich zeitverzögert vor. Daher erfolgt der Rückgriff auf Vereinbarungsdaten aus den „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB) gemäß KHEntg. Im Falle fehlender Daten finden die Vorjahreswerte Eingang. Die vereinbarten Leistungsmengen unterscheiden sich i. d. R. von den Werten, daher führt die Verwendung von Vereinbarungsdaten zu einer leichten Verzerrung, die ab 2009 allerdings mit einheitlicher Abrechnung eines Landesbasisfallwerts deutlich geringer ausfällt.

punkt im Mittel tatsächlich geleistet wurde (vgl. Abbildung 8–1). Abstrahiert man von den unterjährigen Schwankungen des Z-Bax, dann zeigt sich ein geglätteter Verlauf: Abbildung 8–2 stellt die Zahlbasisfallwerte im Jahresmittel dar.

Die hausbezogenen Entgeltinformationen zu den oben genannten Zu- und Abschlagstatbeständen finden ebenfalls Eingang in den Z-Bax. Deren Vergütung wird

Abbildung 8–1
Der DRG-Preisindex Januar 2003 bis Juli 2009 je Bewertungsrelation (Z-Bax)

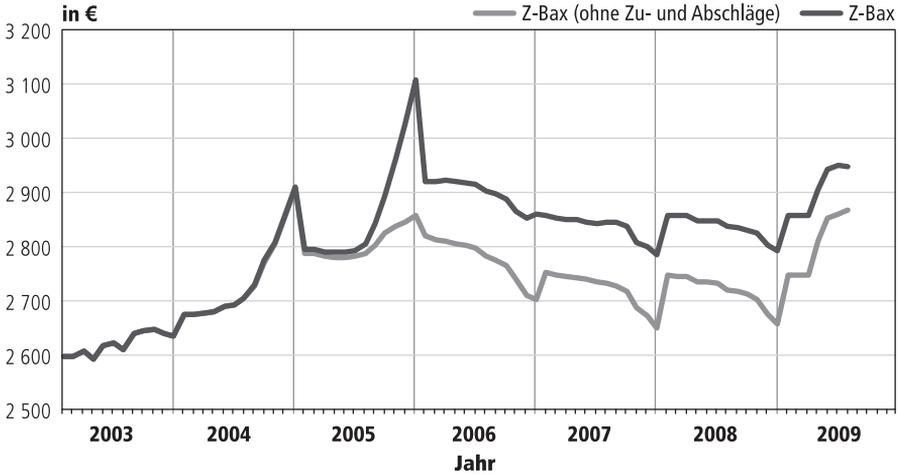


Abbildung 8–2
Das DRG-Preisniveau Januar 2003 bis Juli 2009 je Bewertungsrelation (Z-Bax)

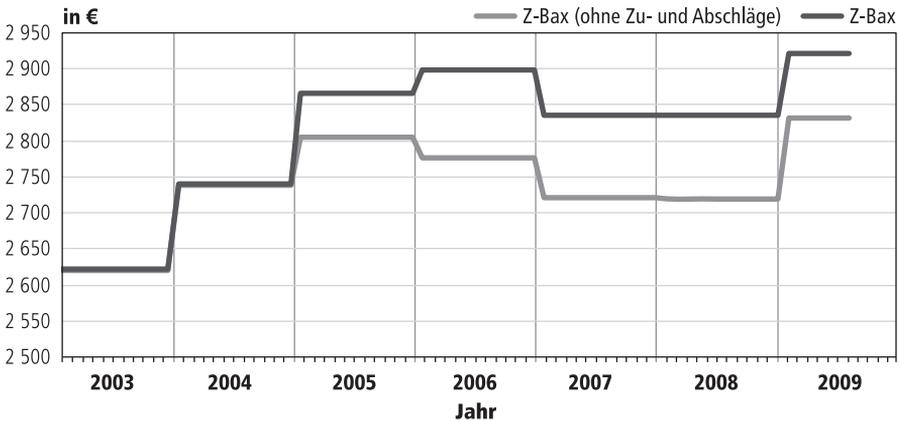
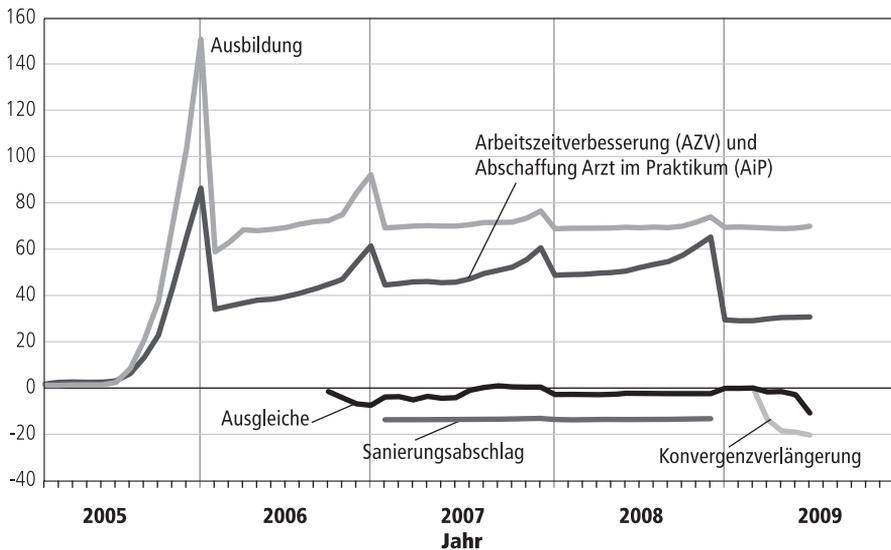


Abbildung 8–3

Einfluss ausgewählter Zu- und Abschläge auf das DRG-Preisniveau je Bewertungsrelation



Krankenhaus-Report 2010

Wido

ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert, ausgedrückt.⁶ Daher darf z. B. aus dem relativ konstanten Verlauf der Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung von 2006 bis 2008 in Abbildung 8–3 nicht geschlossen werden, dass auch die absolute Vergütungshöhe diesem Verlauf folgt. Denn der entscheidende Faktor Casemix ist in diesem Zeitraum deutlich angestiegen. Für diejenigen 1 477 Krankenhäuser, zu denen von 2005 bis 2008 fusionsbereinigt durchgängig Vereinbarungen vorliegen, ist der vereinbarte Casemix für DRG-Leistungen in Hauptabteilungen um 13,4% gestiegen (Tabelle 8–4).

Mit Inkrafttreten des KHRG haben Zu- und Abschläge an Bedeutung gewonnen: Zum einen werden neue Sachverhalte in Form neuer Entgeltarten aufgenommen, zum anderen werden Tatbestände, die bislang im Basisfallwert enthalten waren, künftig separat berechnet. Dies soll formal der Forderung Rechnung tragen, gleiche Leistungen innerhalb eines Landes einheitlich per Landesbasisfallwert ab-

6 Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Der tagesbezogene Investitionszuschlag wird näherungsweise über die mittlere Verweildauer der vereinbarten DRGs ermittelt. Die berücksichtigten Zuschläge im Z-Bax lauten z. Zt.: Zuschlag Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP), Zuschlag Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen (AZV), Zuschlag Ausbildungsfinanzierung, Investitionszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag Zentren und Schwerpunkte, Zuschlag Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für Anschubfinanzierung Integrierter Versorgung, Abschlag Mehrleistungen in 2009, Abschlag Nichtteilnahme am Datenträgeraustausch, Abschlag Nichtteilnahme an Notfallversorgung, Sanierungsabschlag, Ausgleiche, Kappung, Konvergenzverlängerung und Konvergenz Besondere Einrichtungen.

zurechnen. Vor dem Hintergrund der Vielzahl von Zu- und Abschlagstatbeständen ist der Preis für DRG-Leistungen real weiterhin hausspezifisch.⁷

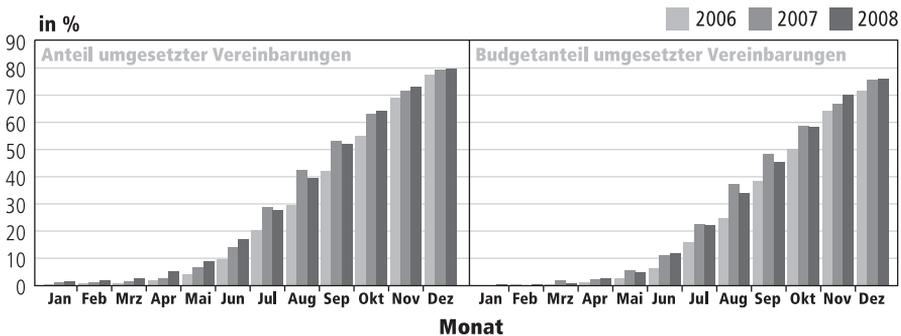
Die Umsetzung der Vorgabe zur Prospektivität in der Praxis

Der Verlauf des Z-Bax zeigt in den verschiedenen Jahren auffällige Spitzen. Ende 2004 und noch stärker zum Jahresende 2005 sind Ausschläge nach oben erkennbar. Dafür sind zum Jahresende 2007, 2008 und 2009 jeweils Ausschläge nach unten sichtbar. Solche unterjährigen Verläufe ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Vergütungsentwicklung, Abwicklung von Erlösausgleichen sowie des Umsetzungszeitpunkts.⁸

Abbildung 8–4 gibt einen Überblick zum unterjährigen Verhandlungsverlauf der Jahre 2006 bis 2008. Zur Jahresmitte sind in der Regel erst ein Viertel der Krankenhäuservereinbarungen umgesetzt. Für über 20% des Budgetvolumens erfolgt die Umsetzung erst im Folgejahr, also gänzlich retrospektiv. Vom gesetzlichen Gebot der prospektiven Verhandlung kann in der Praxis keine Rede sein.

Auch mit einer landeseinheitlichen Vergütung nach Ende der Konvergenzphase reicht die Aggregation von Landesbasisfallwerten als Preisindex nicht aus. Durch den Einfluss der Umsetzungszeitpunkte ergeben sich auch nach Ende der Konver-

Abbildung 8–4
Umsetzungszeitpunkte von Budgetvereinbarungen 2006 bis 2008



7 Aufgrund noch fehlender Vereinbarungen zeigen sich die Wirkungen aus den neuen Zu- und Abschlägen aus dem KHRG bis Juli 2009 noch nicht umfänglich. Ein Gegenbeispiel zur Ausdifferenzierung von Zu- und Abschlägen ist der AiP-Zuschlag. Dieser vormals hausspezifische Tatbestand ist ab 2009 im Landesbasisfallwert verortet.

8 Die Ergebnisse einer Budgetverhandlung gelten formal für das gesamte Budgetjahr, Preisveränderungen treten aber erst nach Genehmigung in Kraft. Bei unterjähriger Umsetzung soll der Zahlbasisfallwert sicherstellen, dass bis zum Ende des Kalenderjahres das vereinbarte Gesamtvolumen transferiert wird. So führt die Vereinbarung einer Basisfallwerterhöhung um 10 Euro bei einer Umsetzung zur Jahresmitte in der zweiten Jahreshälfte zu einer Erhöhung des Zahlbasisfallwertes um 20 Euro. Je später im Jahr verhandelt wird, desto größer sind die Ausschläge im Z-Bax.

genzphase letztlich krankenhaushausindividuelle Preise.⁹ Die Entwicklung des Z-Bax soll im Folgenden genauer erläutert werden.

Die DRG-Einführungsphase 2003 bis 2004

Bei der Bewertung des Z-Bax im Optionsjahr 2003, dem Jahr des freiwilligen Umstiegs auf die DRG-Abrechnung, ist zu beachten, dass neu hinzukommende Basisfallwerte den Bundesdurchschnitt stark beeinflussen. Die Zahl der Umsteiger wächst im Jahr 2003 von 294 im Januar auf 1 051 im Dezember an. Bis Dezember 2004 rechnen bereits 1 580 Krankenhäuser ihre Leistungen über DRGs ab.

Auffällig ist der stark steigende unterjährige Verlauf im Jahr 2004. Der steile Anstieg zum Jahresende korreliert mit der Zahl der erstmals verhandelten Häuser (vgl. Leber und Wolff 2007). Die Absenkung zum Beginn des Folgejahres ist darauf zurückzuführen, dass ab Januar jeweils die Basisfallwerte ohne Ausgleiche gelten. In Phasen von steigenden Preisen steigen die Zahlbeträge stark an, um sich im Januar des Folgejahres auf das tatsächlich vereinbarte Preisniveau zu reduzieren. Das bundesweite DRG-Preisniveau steigt im Vergleich ausgehend von 2 621 Euro in 2003 nach 2004 um + 4,5 % auf 2 739 Euro (vgl. Abbildung 8–2).

Einstieg in die Budgetkonvergenz 2005

Im Jahr 2005, dem ersten Konvergenzjahr, ist der Umstieg auf die DRG-Abrechnung weitestgehend abgeschlossen. Der unterjährige Verlauf des Z-Bax weist eine beachtliche Steigung auf: Er wächst von 2 794 Euro im Januar um 11,2 % auf 3 107 Euro im Dezember an. Auch das gemittelte Preisniveau von 2 865 Euro stellt im Vergleich zum Vorjahr 2004 eine deutliche Erhöhung um 4,6 % dar. Diese Entwicklung hat vielfältige Ursachen.

Die Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert stellt höhere Anforderungen an die Vergleichbarkeit von Krankenhausbudgets im Land als dies zuvor die Regel war: Daher wurden Budgetanteile für die Ausbildung von Pflegeberufen ausgegliedert und können ab 2005 in Form von Zuschlägen erstmals separiert werden. Der Beitrag der Zuschläge im Z-Bax steigt bis Dezember 2005 auf 249,83 Euro an (vgl. Abbildung 8–3). Daneben spielen positive Ausgleiche für Mindererlöse in den Vorjahren eine Rolle, die in den Zahlbasisfallwerten enthalten sind (Tabelle 8–1).

Nicht zuletzt hatte auch ein technischer Effekt aus der Normierung des DRG-Systems einen wichtigen Einfluss auf den Preisanstieg in 2005: der sogenannte „Bezugsgrößeneffekt“.¹⁰ Nach Adjustierung des G-DRG-Kataloges 2005 waren im Ergebnis die Bewertungsrelationen aller DRGs linear um –4,8395 % gegenüber dem Vorjahr abgesenkt, was zu einer entsprechenden Erhöhung der Basisfallwerte führte.¹¹

9 Das KHRG wirkt sich diesbezüglich im Jahr 2009 widersprüchlich aus: Einerseits sorgt es dafür, dass vereinbarte Landesbasisfallwerte sofort zur Abrechnung kommen. Andererseits werden Budgetverhandlungen später geführt als in den Jahren zuvor, da das Gesetz erst mit Wirkung zum 25.03.2009 in Kraft trat. Umfangreichere Änderungen in den Rahmenbedingungen wirken dem Ansatz prospektiver Vereinbarungen i. d. R. entgegen.

10 Eine detaillierte Erläuterung findet sich z. B. in Leber und Wolff (2009).

11 Für Krankenhäuser resultierte ein Liquiditätsnachteil zu Jahresbeginn, da die Preiskorrektur erst nach Abschluss der Vereinbarung und damit später im Jahr erfolgte. Vgl. InEK (2005); 37 ff.

Tabelle 8–1

Vereinbarte periodenfremde Ausgleiche und deren Preiseffekte

| Budget-jahr | Anzahl vorliegender Vereinbarungen (DRG) | Summe Ausgleiche | vereinbarter Preiseffekt auf den BFW aus Ausgleichen | entspricht |
|-------------|--|------------------|--|------------|
| 2005 | 1 676 | 286 192 986 | 18,14 | 0,7 % |
| 2006 | 1 641 | –172 846 594 | –10,71 | –0,4 % |
| 2007 | 1 604 | –806 143 535 | –49,00 | –1,8 % |
| 2008 | 1 508 | –856 210 425 | –52,64 | –1,9 % |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Ab 2006 hat die geänderte Normierung des G-DRG Systems bundesweit quasi keine Liquiditätswirkungen mehr und der Einfluss der jährlichen DRG-Anpassung auf den Z-Bax ist zu vernachlässigen.

Dass trotz des starken Bezugsgrößeneffekts und der zusätzlichen Ausgleichszahlungen im Wechsel nach 2005 lediglich eine reale Preiserhöhung von 4,6 % resultierte, ist neben der Berücksichtigung geänderter Kodierung auf die preissenkende Wirkung von vereinbarten Mehrleistungen zurückzuführen. Wären alle Vereinbarungen des Jahres 2005 im selben Jahr umgesetzt worden, hätte der Effekt geschätzt auf Basis der vorliegenden Vereinbarungsdaten –43,30 Euro betragen (vgl. Tabelle 8–2).

Stagnierende Basisfallwerte während der Konvergenzphase 2006 bis 2008

Nach den überaus starken Sondereffekten des Jahres 2005 beginnt ab 2006 eine Phase weitgehend stagnierender Preise. Im Wechsel von 2005 nach 2006 steigt der Z-Bax zunächst um 1,2 % oder 33,08 Euro auf 2 858,98 Euro. Mit dem Jahr 2007 erfolgt ein Rückgang um –2,2 % bzw. 62,87 Euro auf den Betrag von 2 834,72 Euro. 2008 steigt der Z-Bax wieder leicht gegenüber dem Vorjahr um 0,10 % auf 2 836,36 Euro. Dass sich die Zahlbasisfallwerte in dieser Periode über drei Jahre vergleichsweise moderat entwickelten, ist aus zweierlei Gründen auf Leistungsausweitungen der Krankenhäuser zurückzuführen.

Tabelle 8–2

Vereinbarte Mehrleistungsbudgets und deren Preiseffekte

| Budget-jahr | Anzahl vorliegender Vereinbarungen (DRG) | Vergütung von Mehrleistungen nach Einbezug der Konvergenzsystematik | Vereinbarte Mehrleistungen nach Einbezug der Konvergenzsystematik (in EUR) | vereinbarter Preiseffekt auf den BFW (in EUR) | entspricht |
|-------------|--|---|--|---|------------|
| 2005 | 1 676 | 33,0 % | 336 479 470 | –43,30 | –1,5 % |
| 2006 | 1 641 | 50,0 % | 487 548 279 | –30,20 | –1,1 % |
| 2007 | 1 604 | 65,0 % | 835 273 880 | –27,30 | –1,0 % |
| 2008 | 1 508 | 80,0 % | 1 321 789 073 | –20,30 | –0,7 % |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Zum einen kehrt sich in diesem Zeitraum das Vorzeichen der Ausgleichszahlungen gegenüber 2005 um. Wirkten diese im Jahr 2005 noch preiserhöhend, dominieren ab 2006 negative Ausgleichs aufgrund von in den jeweiligen Vorjahren nicht vereinbarten Leistungsausweitungen (Tabelle 8–1).

Neben den nicht vereinbarten Leistungsausweitungen führten in diesen Jahren zum anderen auch vereinbarte Leistungsveränderungen zu sinkenden Preisen. Ab 2005 ist das vereinbarte Leistungsvolumen kontinuierlich gestiegen. Dass sich in Phasen von Diskussionen über zunehmend steigenden Kostendruck der Krankenhäuser die Preise für deren Leistungen nur moderat entwickeln, mag auf den ersten Blick überraschen. Auf den zweiten Blick sind sie vor dem Hintergrund steigender Leistungsmengen erklärbar. Steigende Leistungszahlen in Krankenhäusern führen zu sinkenden Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben.¹² Aufgrund der bindenden Vorgaben des § 4 KHEntG führten vereinbarte Leistungsveränderungen immer auch zu einer Anpassung des Preises. In den Verhandlungen auf Einzelhausebene lag bei Mehrleistungsvereinbarungen ein „Automatismus“ zur Preisdegression vor.¹³

Für vereinbarte Mehrleistungen ist eine periodengenaue Zuordnung der Preiswirkung nicht möglich, auf Basis der vorliegenden Vereinbarungsdaten lässt er sich für das Jahr 2006 in der Größenordnung von ca. –30 EUR, für 2007 mit –27 EUR und für 2008 mit –20 EUR schätzen (Tabelle 8–2). Ab 2007 gilt zudem der bis Ende 2008 begrenzte sogenannte Sanierungsabschlag, der sich mit durchschnittlich ca. 13,50 Euro preissenkend auswirkt (vgl. Abbildung 8–3).

Die in der Summe stagnierenden Preise in dieser Phase dürfen allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der nur anteiligen Berücksichtigung im Preisniveau die aufgetretenen Mengenausweitungen zu steigenden Krankenhausaussgaben bzw. Erlösen führten. Zudem sind die vereinbarten Fallerlöse inkl. Zusatzentgelte trotz sinkender Basisfallwerte angestiegen, was auf die Steigerung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) und die Ausweitung von Zusatzentgelten zurückzuführen ist (Tabelle 8–3). Dies ist bei der Bewertung der Basisfallwertentwicklung zu beachten.

Divergenzproblematik am Ende der Konvergenzphase 2009

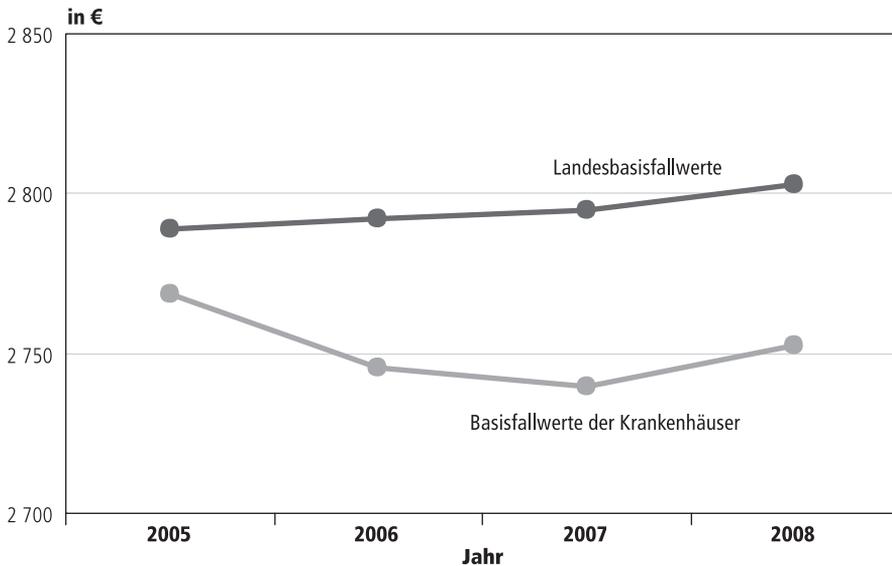
Zum Ende der Konvergenzphase – einer Phase mit steigenden Mengen und stagnierenden Preisen – entsprachen die Landesbasisfallwerte nicht dem Durchschnitt der Hausbasisfallwerte. Die Landesbasisfallwerte waren dem Preisverfall auf Hausebene nicht entsprechend gefolgt.

Anders als auf Hausebene bestand auf Ebene der Verhandlungen von Landesbasisfallwerten kein „Automatismus“ zur Preisdegression. Der entsprechende § 10 KHEntG enthält zwar ein „Absenkungsgebot“, damit Mengensteigerungen nur im Umfang der variablen Kosten ausgabenwirksam werden, schreibt aber die prozen-

12 Für Mehrerlösausgleichs werden wegen der großen Personalkostenanteile in der stationären Versorgung üblicherweise 35% variable und 65% Fixkosten angenommen.

13 Dabei werden allerdings nicht die oben genannten 35% angesetzt. § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) schreibt für 2005 vor, dass Leistungsveränderungen zu 33% des jeweils geltenden Landesbasisfallwerts budgetwirksam werden. Im Verlauf der Konvergenzphase steigt dieser Anteil stufenweise an: über 50% in 2006, 65% in 2007 bis 80% in 2008.

Abbildung 8–5

Der bundesweite Divergenzeffekt 2005 bis 2008

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

tuale Anrechnung von Mehrleistungen nicht fest. Zudem erfolgt anders als auf Hausebene eine Verrechnung mit der allgemeinen Kostenentwicklung. Die divergierenden Vorgaben für den Umgang mit Mengensteigerungen haben in der Folge eine Divergenz zwischen den Basisfallwerten auf Haus- und Landesebene hervorgebracht (Abbildung 8–5). Die vergleichsweise strengere Regelung auf Hausebene hat bei gleicher Mengenentwicklung zu niedrigeren Basisfallwerten geführt als auf Landesebene. In der Summe lagen die Basisfallwerte 2008 um ca. 50 Euro auseinander, was einer Größenordnung von 800 Mio. Euro gleichkommt (vgl. Leber und Wolff 2009; Klauber und Friedrich 2008). Damit diese Summe nicht vollständig im Jahr 2009 finanzwirksam für die Krankenkassen wurde, entschied sich der Gesetzgeber, die Konvergenzphase zu verlängern und die Hälfte des letzten Konvergenzschrittes um ein Jahr zu verschieben.

Preissprung im Jahr 2009

Mit in Kraft treten des KHRG im Jahr 2009 und dem Vorliegen einer Vereinbarung auf Landesebene erfolgt erstmals die einheitliche Abrechnung über den jeweiligen Landesbasisfallwert¹⁴ und die Durchschnittspreise steigen wieder an. Mit Datenstand im Juli 2009 steigt der Z-Bax verglichen zum Vorjahr um 3,0% oder 84,14 Euro auf 2920,50 Euro (vgl. Abbildung 8–2). Da dieser Preissprung mit ca. 25,- auf die

14 Abgesehen von den Einrichtungen, die 2009 noch unter die Obergrenzenregelung fallen, welche die Budgetminderung auf 3% begrenzt (geregelt in § 4 Abs. 6 KHEntgG).

häufige Berücksichtigung des Divergenzeffekts und ca. 14,- Euro auf den Wegfall des Sanierungsabschlags zurückzuführen ist, geht der Großteil der Preisveränderungen aus den anderen Regelungen des KHRG hervor, sorgt doch z. B. die verbindliche Berücksichtigung der Tarifierhöhungsrates gemäß § 10 Abs. 5 KHEntgG zu deutlichen Erhöhungen der Landesbasisfallwerte selbst.

Diese Ergebnisse aus den ersten sieben Monaten stehen allerdings unter einigen Vorbehalten. Bis Juli sind noch nicht alle Landesbasisfallwerte des Jahres 2009 umgesetzt, so fehlen noch die Preisänderungen aus z. B. Hamburg und Baden Württemberg. Diese werden in den übrigen Monaten des Jahres deutlich in Richtung einer zusätzlichen Preissteigerung wirken. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des späten Inkrafttretens des ordnungspolitischen Rahmens nur eine geringe Zahl an Vereinbarungen für das Jahr 2009 vorliegt, stehen die Preiseffekte aus den weiterhin auf Einzelhausebene zu vereinbarenden Entgelten noch aus.

8.5 Produktivitätsorientierte Basisfallwertentwicklung

Basisfallwerte, Fallkosten und Fallerlöse

Mit dem Jahr 2008 geht eine Phase stagnierender Basisfallwerte zu Ende. Abgesehen von den Preiseffekten aus Ausgleichen für Mehrerlösen in Vorperioden waren vor allem vereinbarte Mehrleistungen auf Ebene der Einzelhäuser für diese Entwicklung verantwortlich. Mehrleistungen hatten sich aufgrund der verbindlichen Regelungen in § 4 KHEntgG „automatisch“ absenkend auf die vereinbarten Basisfallwerte ausgewirkt. Ab dem Jahr 2009 werden diese Wirkungen zurückgenommen. Das Vergütungsniveau der Krankenhäuser springt in zwei Schritten bis 2010 auf das Niveau der Landesbasisfallwerte, als hätte es diese absenkenden Regelungen nie gegeben.

Die stagnierende Entwicklung der Basisfallwerte in der Vergangenheit könnte intuitiv als ungerecht empfunden werden, zeigen doch die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts, dass im Zeitraum 2005–2007 die Kosten der Krankenhäuser je Fall leicht gestiegen sind. Aber wie bereits erwähnt führten die sinkenden Basisfallwerte nicht zu sinkenden Erlösen für Krankenhäuser bzw. sinkende Ausgaben für Krankenkassen, weil diese einerseits durch die Mengensteigerung überkompensiert wurden und andererseits die Erlöse der Krankenhäuser je DRG-Fall stiegen. Die Ursachen liegen in der Steigerung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) und der Ausweitung von Zusatzentgelten. Die vereinbarten Fallerlöse inkl. Zusatzentgelte sind trotz sinkender Basisfallwerte sogar stärker angestiegen als die Kosten je Behandlungsfall über alle Krankenhäuser (Tabelle 8–3).

Kosten und Produktivität

Der Preissprung des Jahres 2009 ist eine Folge der KHRG-Maßnahmen zur Besserstellung der Krankenhäuser insbesondere als Reaktion auf steigende Personalkosten. Bei einer Analyse der Eckdaten zur stationären Versorgung in Deutschland gibt es hingegen – neben den kostensteigernden Einflüssen wie der Tarifentwicklung – auch deutliche Hinweise auf eine steigende Produktivität der Leistungserbringung. Allenthalben sichtbar ist der Verweildauerrückgang: Im Vergleich der Datenjahre

Tabelle 8–3

Fallkosten- und Erlösentwicklung 2005–2008

| | Jahr | | | | Veränderung | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------------|-----------|-----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2005/2006 | 2006/2007 | 2007/2008 |
| Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall* | 3 430 | 3 450 | 3 482 | – | 0,6 % | 0,9 % | nb |
| vereinbarter BFW oA** | 2 769 | 2 746 | 2 740 | 2 753 | –0,8 % | –0,2 % | 0,5 % |
| Vereinbarte Erlöse je DRG-Fall inkl. Zusatzentgelte ohne Zuschläge** | 2 872 | 2 937 | 2 965 | 3 014 | 2,3 % | 1,0 % | 1,6 % |

* Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser

** für 1 477 Krankenhäuser, zu denen 2005–2008 durchgängig Vereinbarungsdaten vorlagen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

2006 und 2008 ist die durchschnittliche Verweildauer für DRG-Fälle in Hauptabteilungen, die länger als einen Tag im Krankenhaus verweilen, von 6,93 auf 6,49 Tage gesunken. Dies entspricht einem Rückgang von – 6,3%.¹⁵

Viel wichtiger als der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer für DRG-Fälle ist die entsprechende Steigerung der erwirtschafteten Leistungsmenge je Tag. Dieser fällt für die nach Alter und Geschlecht auf die GKV-Versichertenstruktur standardisierten Abrechnungsfälle der AOK aus den Jahren 2005 bis 2008 sogar deutlicher aus als der Verweildauerrückgang selbst: Demnach ging die Verweildauer über alle DRG-Leistungen in Haupt- und Belegabteilungen von 2005 bis 2008 um –6,8% zurück, während die erbrachten Casemixpunkte pro Tag um 10,4% angestiegen sind (Abbildung 8–6).

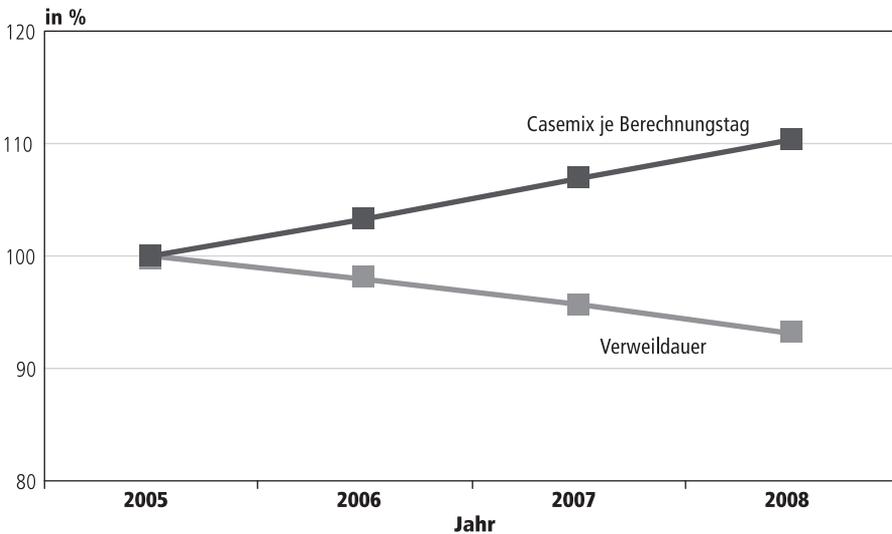
Verweisen diese Kennzahlen auf eine deutliche Produktivitätsentwicklung, so steht eine abschließende empirische Bewertung der Basisfallwerthöhe und -verläufe der vergangenen Jahre vor dem Hintergrund der Kosten- und Produktivitätsentwicklung aus vielfältigen Gründen noch aus. Den Daten des Statistischen Bundesamtes fehlt zum einen der notwendige Bezug auf DRG-Fälle und damit die Begrenzung auf jene Fälle, für die der Basisfallwert relevant ist. Zum anderen gehen auch Kosten ein, die gar nicht über den Basisfallwert vergütet werden, sondern z. B. über Zusatzentgelte.

Dies sind Einschränkungen, wie sie für die Veröffentlichungen des InEK zu den Kostenstrukturen der Normliegerfälle aus den jährlichen Kalkulationsstichproben nicht gelten. Zudem unterliegen die Daten umfangreichen Plausibilitätsprüfungen vor Eingang in die DRG-Kalkulation.¹⁶ Gewichtet mit den vereinbarten DRG-Fall-

15 Nach G-DRG-System 2008, für DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung. Heimig (2009);123.

16 „G-DRG-Browser“; InEK (2004), InEK (2005), InEK (2006) und InEK (2007). Die Kostendaten, die für die Kalkulation des G-DRG-Systems Verwendung finden, sind zwei Jahre älter als das Jahr, in dem der Katalog zur Anwendung kommt: Die Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs 2008 beruhen auf den Kostendaten des Jahres 2006. Die Daten beziehen sich lediglich auf Inlier, also Fälle innerhalb der Grenzverweildauern. Da das Volumen der Abschläge für Kurzlieger und Verlegungen das der Langliegerzuschläge überschreitet, sind die hier ausgewiesenen Fallkosten über-

Abbildung 8–6

Verweildauer und abgerechneter Casemix je Berechnungstag auf Basis AOK-DRG-Fälle 2005–2008 (standardisiert)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

spektrum der o. g. 1 477 Krankenhäuser lassen sich deutliche Rückgänge in den Kosten je Normliegerfall in Hauptabteilungen feststellen (Tabelle 8–4). Diese stehen allerdings unter dem Vorbehalt einer sich jährlich ändernden Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe, deren Auswirkungen unbekannt sind. Zudem stehen bei der Auswahl der Krankenhäuser für die DRG-Kalkulation nicht Repräsentativität bez. regionaler Verteilung, Größe, Spezialisierung oder Trägerschaft im Vordergrund, sondern die Bereitschaft und Befähigung zur Kalkulation von Fallkosten. Letztlich bleibt die Frage nach der angemessenen und empirisch basierten Berücksichtigung von Produktivitätsfortschritten z. Zt. unbeantwortet.

Einseitige Kostenorientierung im KHRG

Die Veränderung der Landesbasisfallwerte wurde bisher und wird zukünftig nach oben begrenzt sein: Die Obergrenze der Preisentwicklung wird sich nach den Regelungen aus dem KHRG künftig nicht mehr am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientieren, also der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder gemäß § 71 Abs. 3 SGB V. An die Stelle der GKV-Einnahmenorientierung tritt ab 2010 ein sogenannter „Orientierungswert“ (§ 10 Abs. 6 KHEntgG). Dazu wird das Statistische Bundesamt die Kostenentwicklung eines Warenkorb an Inputfaktoren für Krankenhausleistungen ermitteln, was einer krankenhausspezi-

schätzt: Für die analysierten 1 477 Krankenhäuser liegt der vereinbarte effektive CMI (also inkl. Verlegungen, Kurz- und Langlieger) zwischen $-4,1\%$ (2005) und $-1,7\%$ (2007) unterhalb der Normlieger.

Tabelle 8–4

Kosten je Normliegerfall und Bewertungsrelation aus den InEK-Kalkulationsstichproben 2003–2006

| DRG-Katalogjahr/ Vereinbarungsjahr | Datenjahr Kosten- daten | Vereinbarter Casemix (vollstationär/ Hauptabteilungen) | DRG-Normlieger- kosten Haupt- abteilungen ohne Zusatzentgelte* | Kosten je Bewertungs- relation in Haupt- abteilungen* |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| 2005 | 2003 | 13 496 104 | 3 170 | 2 975 |
| 2006 | 2004 | 14 123 848 | 3 038 | 2 836 |
| 2007 | 2005 | 14 642 721 | 2 949 | 2 736 |
| 2008 | 2006 | 15 309 962 | 2 932 | 2 681 |
| Veränderung | | | | |
| 2005–2006 | 2003–2004 | 4,7 % | –4,2 % | –4,7 % |
| 2006–2007 | 2004–2005 | 3,7 % | –2,9 % | –3,5 % |
| 2007–2008 | 2005–2006 | 4,6 % | –0,6 % | –2,0 % |
| 2005–2008 | 2003–2006 | 13,4 % | –7,5 % | –9,9 % |

* Gewichtet mit dem vereinbarten DRG-Spektrum aus 1 477 Krankenhäusern, zu denen 2005–2008 durchgängig Vereinbarungsdaten vorlagen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

fischen Inflationsrate gleichkommt. Steigen nun beispielsweise die Personalkosten, so wird der Kostenindex um den gewichteten Anteil der Personalkosten am Warenkorb ansteigen. Ein solcher Warenkorb berücksichtigt dabei den Anteil der Inputfaktoren am Gesamtinput, nicht aber den absolut benötigten Input. Würde sich die Anzahl der Krankenhäuser ceteris paribus um 1 % reduzieren, hätte dies auf den Orientierungswert keinen Einfluss, auch wenn sich der abgerechnete Casemix unterproportional entwickelte.

Nach Anhörung der Bundesländer wird dieser Kostenindex durch das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung in einen Maximalwert der Basisfallwertveränderung überführt. Konkret wird dabei festgelegt, welcher Anteil des Kostenindices als Obergrenze für die Basisfallwertentwicklung Berücksichtigung findet (Veränderungswert). Diese Korrektur der ermittelten Kostenentwicklung in die letztlich gültige Obergrenze kann als zentralstaatliche Vorgabe für den Mindestwert der vereinbarten Produktivitätsentwicklung verstanden werden, denn die Landesbasisfallwerte können diesen Wert nicht ohne Weiteres überschreiten. Dabei wird also auch darüber entschieden, ob reale Produktivitätsfortschritte vorrangig den Krankenhäusern oder den Beitragszahlern zugute kommen.

Nicht nur deswegen wird die Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Einführung eines kostenbasierten Orientierungswerts als Preisobergrenze kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite kommt dieser Ansatz zwar der prospektiven Idee eines Price-Cap-Modells entgegen, auf der anderen Seite garantiert die Regelung keine stabilen Beitragssätze und öffnet das Tor für kurzfristigen Interventionismus. Eine diskretionäre Festsetzung des Anteils des zukünftig zu finanzierenden Orientierungswertes durch das Bundesministerium für Gesundheit führt zu politischen Abhängigkeiten und unterwirft die Krankenhausfinanzierung der Logik

kurzfristiger (Partei-)Politik. Bedenklich aber ist vor allem die einseitige Orientierung an den Kosten der Krankenhäuser.

Das KHRG hat mit seinem Warenkorbkonzept für Krankenhauskosten also eine Schiefelage zwischen den Bestimmungsgrößen der Landesbasisfallwerte geschaffen. Während Kostensteigerungen dezidiert erfasst und vom Statistischen Bundesamt ausgewertet werden, bleibt der Produktivitätsfortschritt weitestgehend im Dunkeln. Er wird nicht ermittelt und findet keine regelhafte Berücksichtigung bei der Entwicklung der Basisfallwerte.

8.6 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurde ein empirisches Instrumentarium zur zeitnahen Beobachtung und Analyse der realen Preisentwicklung vorgestellt und auf die bisherige Marktentwicklung seit DRG-Einführung angewendet. Vor allem aber wurde das aus Sicht der Autoren naheliegende Steuerungsmodell auf der Makroebene diskutiert, das sinnvoll als Price-Cap-Regulation zu beschreiben ist. Dabei wurde deutlich, dass aufgrund der mangelnden Prospektivität ein suboptimaler Wirkungsmechanismus besteht.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz steht die nächste Reform der Krankenhausfinanzierung an. Sie wird unter anderem die Problematik rückläufiger Länderinvestitionen lösen müssen. Sie wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch eine stärkere Wettbewerbsorientierung durch selektive Verträge schaffen. Sie wird aber auch die Basisfallwertentwicklung neu justieren. Für die angemessene Entwicklung der Basisfallwerte gibt es keine konfliktfreie Lösung. Die Verteilungskonflikte werden tendenziell entschärft, wenn die Produktivitätsfortschritte groß sind. Durch die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems sind dazu gute Voraussetzungen geschaffen worden.

Für eine regelgebundene Fortschreibung des Vergütungsniveaus jenseits der Grundlohnorientierung steht die methodische Debatte und die empirische Aufbereitung erst am Anfang. Das KHRG hat zunächst allein die Kostenseite verfahrensmäßig geregelt. Die produktivitätsorientierte Fortschreibung der Basisfallwerte steht noch aus.

8.7 Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt C, Schmidt H, Schmitz H, Schwiertz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans . RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009.
- Brunekreeft G. Kosten, Körbe, Konkurrenz: Price Caps in der Theorie. Schriftenreihe der Deutschen Verkehrswissenschaftlichen Gesellschaft: Price Cap-Regulierungen in Netzindustrien – Chancen und Risiken eines neuen Regulierungsinstrumentes. Reihe B, B 232, 2000; 18–41.
- Friedrich J, Günster, C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 – 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 153–204.

- Heimig F. G-DRGs 2005 – Klassifikation und Bewertung“, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2004.
- Heimig F. G-DRGs 2006 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2005.
- Heimig F. G-DRGs 2007 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, den 24.08.2006.
- Heimig F. G-DRGs 2008 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2007.
- Heimig F. G-DRGs 2009 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 22.08.2008.
- Heimig F. G-DRGs 2010 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 21.08.2009.
- Helm D, Yarrow G. The assessment: the regulation of utilities. *Oxford Review of Economic Policy* 1988; Vol. 4, No. 2: i-xxvi.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Hrsg). Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006. Siegburg 2005; 37 ff.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2003/2005 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2004.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2004/2006 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2005.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2005/2007 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2006.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2006/2008 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 3.0, Siegburg 2007.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. *Gesundheit und Gesellschaft* 2008; 12: 18 f.
- 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.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). *Kompodium zum G-DRG- System 2007*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2007; 60.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). *Kompodium zum G-DRG-System 2009*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2009, S. 49 ff.
- Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart: Schattauer 2009; 229 ff.
- Tuschen KH. Das DRG-System 2007. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). *Kompodium zum DRG-System 2007. Band IV*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2007.

This page intentionally left blank

9 Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette

Jörg Reschke

Abstract

Das erfolgreiche Management eines Krankenhauses muss Marktveränderungen beachten, um dem starken Wettbewerbsdruck standhalten und sich gegen die Konkurrenz durchsetzen zu können. Dabei hängen die Erfolgchancen sicher nicht allein an der Trägerschaft des Krankenhauses, auch wenn private Träger strategische Vorteile haben. Zum einen verfügen sie über bessere Refinanzierungsmöglichkeiten, zum anderen sind sie in ihren Entscheidungen weitgehend unbeeinflusst von externen Interessen.

Entscheidend ist letztlich die Nutzung strategischer Erfolgsfaktoren. Zu nennen sind hier vor allem ein konsequentes Qualitätsmanagement, die Nutzung von Qualität als Wettbewerbsparameter. Weiter die Durchführung eines konsequenten Kostenmanagements, d. h. das Tätigen der notwendigen Rationalisierungsinvestitionen und schließlich auch die Nutzung von Marktchancen an der Sektorgrenze, etwa durch Berücksichtigung der Kooperationspartner im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft (Medizinische Versorgungszentren).

In order to withstand the strong competition and prevail against competitors and thus be successful, the management of a hospital must be aware of changes in the market. The chances of success do not depend on the hospital's backing organization alone, although private organizations have strategic advantages. Firstly, they have better funding options, and secondly, they are largely uninfluenced in their decisions by outside interests. The decisive factor is the use of strategic success factors. These include above all a strict quality management and the use of quality as a competitive parameter. Apart from that, it is important to implement a consistent cost management, that is, to make investments with the aim of rationalization in mind and, ultimately, exploiting market opportunities at the sector boundary to ambulatory health care, e. g. by taking account of cooperation partners among office-based physicians (medical care centres).

9.1 Einführung in den Krankenhausmarkt

Der deutsche Krankenhausmarkt unterscheidet drei Formen der Trägerschaft: die öffentlichen, die freigemeinnützigen und die privaten Träger. Öffentliche Krankenhäuser werden von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde), von Zusammenschlüssen aus Körperschaften (Arbeitsgemeinschaften, Zweckver-

Abbildung 9–1

Die größten Verbünde nach Trägerschaften

| Öffentliche Krankenhäuser | Freigemeinnützige Krankenhäuser | Private Krankenhäuser |
|---|--|----------------------------------|
| Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin | Marienhaus GmbH, Waldbreitbach | Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg |
| Klinikum Region Hannover GmbH, Hannover | St.-Franziskus-Stiftung, Münster | Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt |
| Städtisches Klinikum München GmbH, München | Gesellschaft der Alexianerbrüder mbH, Berlin | Helios Kliniken GmbH, Berlin |
| Klinikum Stuttgart, Stuttgart | Barmherzige Brüder Trier e.V., Koblenz | Sana Kliniken AG, München |
| 5K-Klinikverbund, Heide | MTG Malteser Trägergesellschaft, Köln | Mediclin AG, Frankfurt |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an kma 2009

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

bänden) oder von Sozialversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten) geführt. Freigemeinnützige Krankenhäuser unterliegen der Verwaltung gemeinnütziger Träger wie der Kirchengemeinde, der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Stiftungen oder Vereinen. Private Krankenhäuser gelten als gewerbliche Unternehmen und bedingen eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung (Franke 2008, 204f; Statistisches Landesamt Berlin). Abbildung 9–1 beinhaltet einige wesentliche Vertreter der jeweiligen Trägerschaften.

Krankenhäuser, die von unterschiedlichen Trägerschaften unterhalten werden, werden demjenigen Träger zugeordnet, der den größten Anteil an Beteiligungen oder Geldlasten hat.¹

Angesichts sinkender Fördermittel, einem zunehmenden Investitionsbedarf und dem wachsenden ökonomischen Druck, am wettbewerbsorientierten Markt durchzudringen, verschob sich im Laufe des letzten Jahrzehnts der Anteil an öffentlichen Krankenhäusern in Richtung privater Klinikketten.²

Ein Vergleich der Umsatzrentabilitäten verdeutlicht, dass öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser meist weniger erfolgreich am Markt bestehen können als private. Die durchschnittliche Umsatzrentabilität deutscher Krankenhäuser liegt laut KPMG bei knapp 1,0 Prozent (KPMG 2009). Freigemeinnützige Krankenhäuser liegen mit rund 1,01 Prozent im Durchschnitt, während sich öffentliche Krankenhäuser mit etwa der halben Rentabilitätsstärke weit darunter platzieren. Die privaten Kliniken erwirtschaften eine Umsatzrentabilität von durchschnittlich 5,37 Prozent und liegen damit weit über der Krankenhausdurchschnittsrentabilität.³

Die folgenden Grafiken beleuchten den Wandel der Verlagerungen der Anteile der Trägerschaften am deutschen Klinikmarkt.

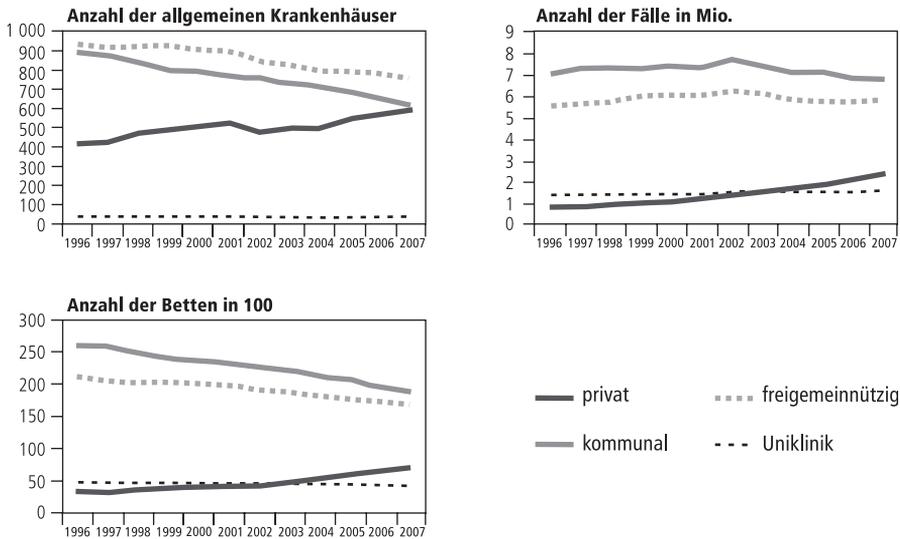
In Deutschland ist die Zahl der Krankenhäuser im Laufe eines Jahrzehnts um 14 Prozent gesunken. Ein drastischerer Abfall zeigt sich bei der Zahl der Betten (24

1 Vgl. <http://www.statistik-berlin.de/statistiken/gesundheit/definitionen.htm>

2 Vgl. <http://www.euroforum.de/DATA/pdf/P1101046.pdf>

3 Vgl. <http://www.kpmg.de/Themen/11695.htm>

Abbildung 9–2

Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, Betten und Fälle nach Trägerschaften


Quelle: Augurzky et al. 2009

Krankenhaus-Report 2010

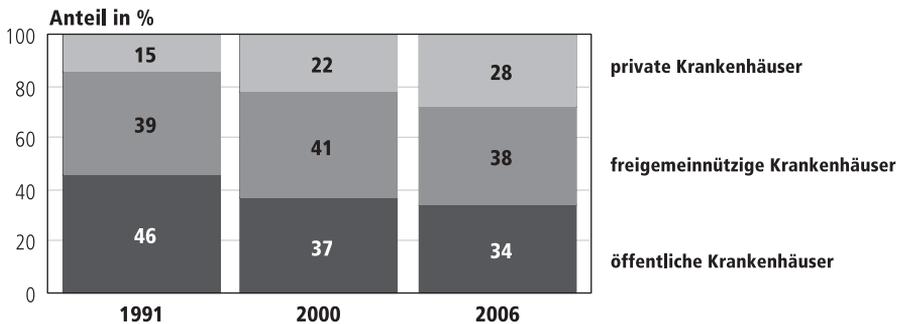
WiDo

Prozent) und der Fälle (42 Prozent). Deutlich zu erkennen ist, dass die Anzahl öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser stark sank (Abbildung 9–2), wodurch 2006 nur noch ein Marktanteil von etwa 34 Prozent und 38 Prozent erreicht wurde. Der Trend geht zur Privatisierung. Die Zahl der privaten Kliniken ist gestiegen. 2006 wurde bereits ein Marktanteil von etwa 28 Prozent generiert (Abbildung 9–3) (Augurzky et al. 2009, 9ff).

Durch aktuelle Diskussionen entsteht der Eindruck, die „Privatisierungswelle“ überrolle den deutschen Gesundheitsmarkt und verschlucke sämtliche öffentlich geführten Krankenhäuser, da diese durch unzureichende Strukturen und unwirtschaftliches Handeln dem Wettbewerbsdruck nicht standhalten können. Die Geschäftsführung der Helios Kliniken GmbH erklärte in einem Interview mit der KPMG AG: „Optimale Entscheidungen haben weniger etwas mit der Trägerart zu tun. Es geht vielmehr darum, ob man die notwendigen Organisationsveränderungen unterstützt oder behindert. Ein Krankenhaus muss schlank sein – und zwar sowohl im Hinblick auf die Rechtsform als auch auf die Entscheidungsstrukturen. Zudem muss ein Krankenhaus sachorientiert sein – bei der Entscheidungsfindung und bei der Umsetzung der Entscheidungen.“⁴

4 <http://www.kpmg.de/Themen/11692.htm>

Abbildung 9–3

Marktanteil der Kliniken in Deutschland nach Trägerschaften

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an McKinsey, Analystenkonferenz Dezember 2008

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

9.2 Private Krankenhausträger als wirtschaftlich führende Unternehmen

Mit privaten Klinikketten wie der Asklepios Kliniken GmbH, der Rhön Klinikum AG oder der Helios Kliniken GmbH werden auf dem deutschen Gesundheitsmarkt Begriffe wie Gewinnorientierung, Effizienz, Qualität und Organisation assoziiert (Franke und Ulrich 2008, 207f). Schon lange sind Krankenhäuser keine einfachen Leistungserbringer mehr, sondern Unternehmen bzw. Konzerne, die es erfolgsorientiert und marktbewusst zu führen gilt. Wichtig dabei sind klare Strukturen und kurze Entscheidungswege, damit eine rasche Reaktion auf die Veränderungen am Markt erfolgen kann.⁵

Die in Tabelle 9–1 aufgelisteten privaten Klinikbetreiber stehen hierbei an der Spitze des deutschen Gesundheitsmarkts (sortiert nach Umsatz): Bewertet nach Umsatz oder der Anzahl der Kliniken steht die Asklepios Kliniken GmbH ganz oben auf dem Siebertreppchen, dicht gefolgt von der Rhön Kliniken AG und der Helios Kliniken GmbH. Alle haben dasselbe Ziel: gewinnorientiertes Wirtschaften, ohne dabei das Wohl der Patienten zu vernachlässigen. Qualität und Wachstum sind dabei die wesentlichen Faktoren, die es zu erfüllen gilt, um auf dem heutigen Gesundheitsmarkt eine stabile Position oder gar die Marktführung zu erlangen.⁶ Während Asklepios und Rhön versuchen, über ein rasches Wachstum, hauptsächlich durch Zukäufe, den Gesundheitsmarkt zu erobern⁷, geht Helios einen anderen Weg: Diese Klinikette will vorrangig durch höchste Qualität bestechen und dadurch eine

5 Vgl. <http://www.kpmg.de/Themen/11692.htm>

6 Vgl. http://www.focus.de/finanzen/boerse/kliniken-gesunde-gewinne_aid_256361.html

7 Vgl. <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/asklepios-durch-uebernahmen-zum-marktfuehrer;2204299>

Tabelle 9–1

Führende private Klinikbetreiber, Stand 2008

| Private Kliniken | Umsatz (in Mrd. €) | Umsatzsteigerung (in Prozent) | EBIT ¹⁾ (in Mio €) | EBIT-Marge (in Prozent) | Anzahl Mitarbeiter | Anzahl Betten | Anzahl Kliniken | Slogan |
|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|-----------------|---|
| Asklepios Kliniken GmbH | 2,30 | 9,5 | k.A. | k.A. | 36 000 | 21 000 | 111 | „Gemeinsam für Gesundheit.“ |
| Rhön Kliniken AG | 2,13 | 5,0 | 172,1 | 8,1 | 33 700 | 14 800 | 48 | „Spitzenmedizin für Jedermann.“ |
| Helios Kliniken GmbH | 2,12 | 15,0 | 173,2 | 8,2 | 32 000 | 18 000 | 62 | „Jeder Moment ist Medizin.“ |
| Sana Kliniken AG | 1,06 | 12,5 | 60,0 | 5,6 | 16 500 | 8 200 | 37 | „Erfolgreich mit guter Medizin.“ |
| Mediclin AG | 0,46 | 16,5 | 15,8 | 3,5 | 7 900 | 8 100 | 45 | „Da sein, wo Sie uns brauchen.“ |
| Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co KGaA | 0,31 | 4,0 | k.A. | k.A. | 5 100 | 4 300 | 41 | „Wir leisten höchste medizinische und pflegerische Qualität.“ |

¹⁾ EBIT = Earnings before interest and taxes (Ergebnis vor Zinsen und Steuern)

Quelle: Roeder und Hensen 2008; 192 ff.; www.sana.de, <http://www.helios-kliniken.de>, www.asklepios.com, www.rhoen-klinikum-ag.com, www.mediclin.de, www.paracelsus-kliniken.de und deren Folgeseiten

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Umsatzsteigerung bewirken. Durch diese Strategie der Differenzierung will Helios den Markt von einer anderen Seite aufrollen.⁸

9.3 Vorteile der privaten Krankenhäuser gegenüber den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern

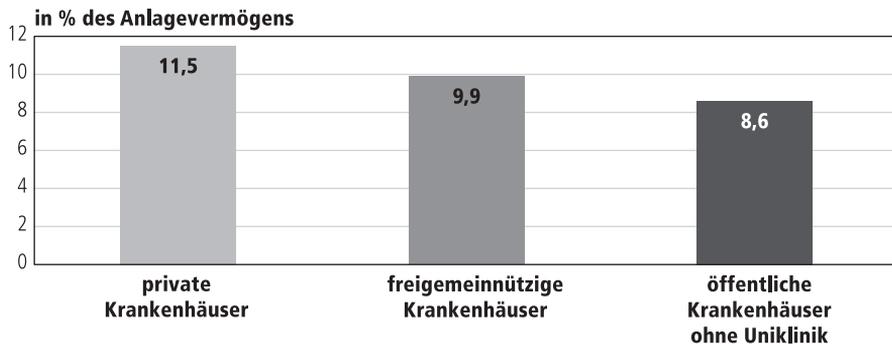
Der reformierte Gesundheitsmarkt und die damit verbundenen fehlenden staatlichen Investitionsförderungen erschweren es immer mehr Krankenhäusern, durch Rationalisierungsmaßnahmen ihre Betriebskosten zu senken und somit am stark wettbewerbsorientierten Markt bestehen zu bleiben.⁹ Hier haben private Klinikketten einen Vorteil gegenüber öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. Je nach Rechtsform stehen ihnen neben der staatlichen Förderung Kapitalquellen wie die Börse (bei aktiennotierten Unternehmen), Bankdarlehen oder Gelder privater Investoren zur Verfügung, sodass sich durch schnelleres und autonomes Agieren am Markt ein Wettbewerbsvorteil ergibt.¹⁰ Dies verdeutlicht Abbildung 9–4 aus

⁸ Vgl. http://lga.de/tuv/de/download/imp_0701_privatklinik.pdf

⁹ Vgl. http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008/e6471/infoboxContent6472/Expertise_Monistik_120308_ger.pdf, S. 7

¹⁰ Vgl. http://www.wdr.de/themen/wirtschaft/3/private_kliniken/index.jhtml

Abbildung 9–4

Investitionen der Krankenhäuser nach Trägerschaften

Investitionen = Anlagevermögen zum Ende des Geschäftsjahres + Abschreibung – Anlagevermögen zum Beginn des Geschäftsjahres

Quelle: Augurzky et al. 2009

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

einer Studie des RWI Essen und des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) München.

Klar erkennbar ist, dass die privaten Krankenhäuser eine höhere Investitionsquote aufweisen, wohingegen öffentliche Träger im Jahr 2006 die wenigsten Investitionen getätigt haben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Sach- und Personalkosten (Abbildung 9–5). Die Sach- und Personalkosten fallen bei den privaten Trägern deutlich geringer aus als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägerschaften. Gründe hierfür sind beispielsweise eine unwirtschaftlichere Führung oder ausbleibende Rationalisierungsmaßnahmen aufgrund fehlender Investitionsförderungen bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern¹¹.

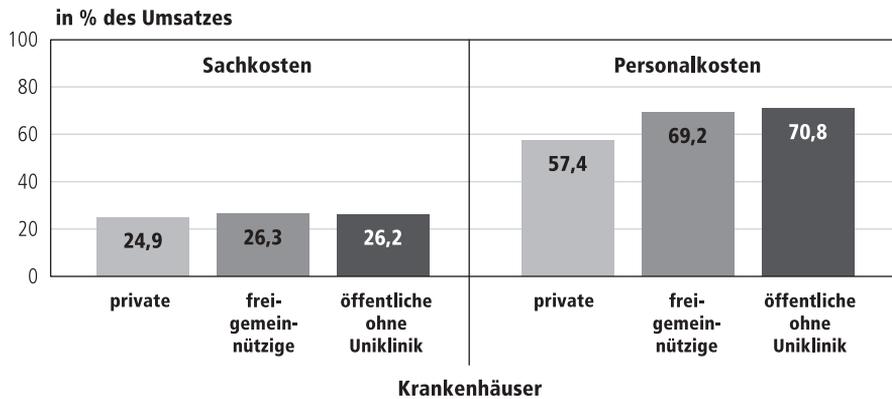
Ein weiterer Vorteil der privaten Klinikketten gegenüber den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägerschaften ist eine erhöhte Ertragslage, die wiederum aus den schnelleren und zahlreicheren Möglichkeiten der Kapitalbeschaffung resultiert (Augurzky et al. 2009, 15).

Durch wirtschaftliches Denken und Handeln ist es den privaten Kliniken gelungen, sich den gewandelten Anforderungen des Gesundheitsmarktes zu stellen und ihn wettbewerbs- und gewinnorientiert zu durchdringen, ohne dabei den Patientenutzen oder die qualitativen Anforderungen zu vernachlässigen. Dennoch darf nicht pauschalisiert werden, nur private Klinikketten könnten erfolgreich am Gesundheitsmarkt bestehen. Eine Studie von Accenture bewertet den Gemeinnutzen und den Wirkungsgrad, mit dem die Krankenhäuser auf die medizinischen Anforderungen der Bevölkerung eingehen.¹² Abbildung 9–6 veranschaulicht, dass eine Kli-

11 Vgl. http://www.wdr.de/themen/wirtschaft/3/private_kliniken/index.jhtml

12 Vgl. http://www.accenture.com/Countries/Germany/About_Accenture/Newsroom/News_Releases/2006/KrankenhausStudie.htm, S. 5 ff.

Abbildung 9–5

Sach- und Personalkosten in Krankenhäusern nach Trägerschaften


Quelle: Augurzky et al. 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

nik unabhängig von der Trägerschaft wirtschaftlich erfolgreich am Gesundheitsmarkt agieren kann.

Abbildung 9–6 zeigt 14 von 48 Kliniken, deren Nutzen und Nutzen-Kosten-Verhältnis überdurchschnittlich hoch sind und damit den Anforderungen am Gesundheitsmarkt voll gerecht werden. Neben dem Hauptanteil an privaten Kliniken ist deutlich zu sehen, dass auch öffentliche oder freigemeinnützige Träger erfolgreich am Krankenhausmarkt agieren können.¹³

Ebenso kann durch die Studie der Kritikpunkt entkräftet werden, private Kliniketten seien nur „gewinnorientierte Rosinenpicker“, die zu Lasten der Patienten „sparen, sparen, sparen“. Fakt ist, dass der heutige Gesundheitsmarkt mehr als nur Leistungserbringung fordert. Wirtschaftliches Handeln im Sinne von Management, Effizienz und Qualität ist heute Voraussetzung für den Erfolg am Gesundheitsmarkt und kann von jedem Krankenhaus unabhängig von der Trägerschaft erzielt werden.¹⁴

9.4 Krankenhauspotenziale erschließen und nutzen

Um in einem wettbewerbsorientierten Markt bestehen zu können, sind drei Indikatoren von wesentlicher Bedeutung: Preis, Menge und Qualität. Vereinfacht beschrieben gilt: Je höher die Qualität und nachgefragte Menge, desto teurer kann ein Produkte am Markt angeboten bzw. abgesetzt werden. Je niedriger die Qualität und

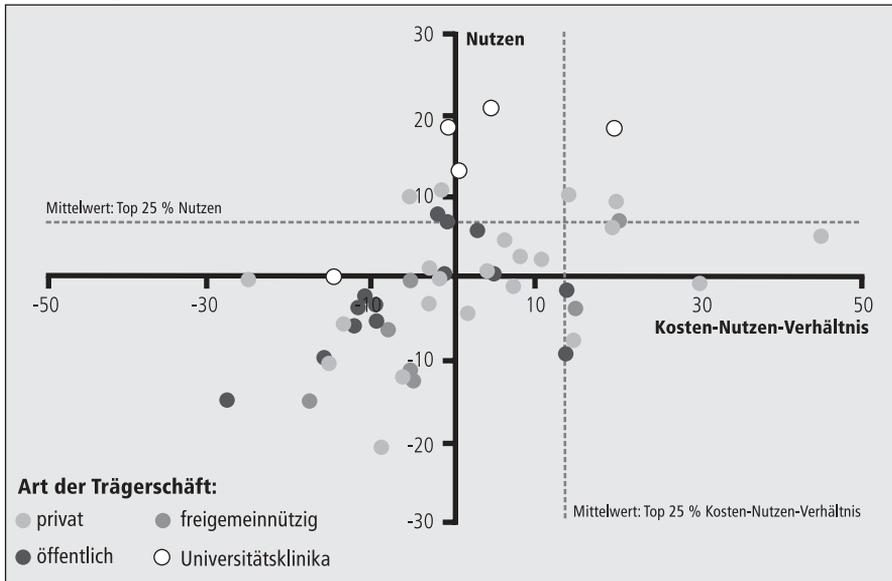
13 Vgl. [http://www.accenture.com/Countries/Germany/About_Accenture/Newsroom/News_Releases/2006/Krankenhaus Studie.htm](http://www.accenture.com/Countries/Germany/About_Accenture/Newsroom/News_Releases/2006/Krankenhaus_Studie.htm), S.12 ff.

14 Vgl. <http://www.innovations-report.de/html/berichte/studien/bericht-58610.html>

Abbildung 9–6

Gemeinnutzenmatrix 48 deutscher Krankenhäuser nach Trägerschaften

Abweichung vom Mittelwert in %



Quelle: Accenture online 2006

Krankenhaus-Report 2010

Wido

nachgefragte Menge, desto niedriger muss der Preis angesetzt werden, um gegen die Wettbewerber am Markt zu bestehen (Witte 2007, 18ff).

Leider ist die Anwendung dieses Preis-Mengen-Qualitäts-Ansatzes am Gesundheitsmarkt schwieriger. Hier wird der Preis nicht durch Angebot und Nachfrage bestimmt, sondern durch Pflegesätze und Fallpauschalen festgesetzt, wodurch sämtliche Aufwendungen und Leistungen des Krankenhauses abgedeckt werden müssen. Ein Wettbewerbsvorsprung aufgrund einer optimalen Preisbildung ist daher ausgeschlossen. Um den Markt dennoch stärker zu durchdringen als die Mitbewerber, ist es wichtig, dem Patienten transparente Qualität und effizient gestaltete Abläufe zu bieten, um dessen Anspruch voll zufriedenzustellen und somit den gewünschten Erfolg gegenüber den Konkurrenten zu erzielen (Eichhorn und Greiling 2003, 34ff). Erschließung durch Spezialisierung ist hierbei ein guter Strategiezug auf dem Weg zum Ziel (Busse und Wörz 2003, 25ff). Dazu müssen die Stärken und Schwächen des Unternehmens bekannt sein. Außerdem sollten mögliche Chancen und Risiken der Marktumwelt erschlossen werden, sodass die richtige Entscheidung in Hinblick auf eine eventuelle Spezialisierung getroffen werden kann.

Ein Unternehmen muss versuchen, seine Stärken zu halten und durch gezielte Investitionen auszubauen, um die Chancen auf dem Markt zu nutzen und sich somit einen Wettbewerbsvorteil zu erarbeiten. Bei Schwächen hingegen muss abgewogen werden, ob diese Defizite durch Investitionen zu Stärken umgewandelt werden soll-

Abbildung 9–7
SWOT-Analyse

| | Stärken | Schwächen |
|---------|--|---|
| Chancen | Stärken absichern und ausbauen, um Chancen zu nutzen | Schwächen zu Stärken umwandeln, um Chancen zu nutzen oder sich zurückziehen |
| Risiken | Stärken ausnutzen bei kalkulierbarem Risiko | Unternehmen sollte sich zurückziehen |

SWOT = Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Risiken)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kötter 2008

Krankenhaus-Report 2010

Wido

ten, um einen Rückstand am Markt aufzuholen oder ob die Investitionskraft nicht ausreicht und ein Rückzug zu befürworten wäre. Bestehen Marktrisiken, können diese vom Krankenhaus nur schwer beeinflusst werden, sodass keine Investitionen getätigt werden sollten, um Marktvorteile zu erlangen, sondern nur um vorhandene Stärken weiter auszubauen. Die Schwächen eines Unternehmens stellen in diesem Fall einen Wettbewerbsnachteil dar, der das Unternehmen dazu veranlassen sollte, keinesfalls Investitionen zu tätigen und sich dahingehend zurückzuziehen (Abbildung 9–7; Kötter 2008, 68f).

9.4.1 Einfluss durch transparente Qualität

Welches Krankenhaus ist das richtige? Diese Frage stellt sich der Patient, wenn ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht und er bei gleichem Kostenaufwand die bestmögliche Leistung bekommen kann. Wähle ich das Krankenhaus direkt nebenan? Gehe ich den Empfehlungen des Arztes nach? Oder vergleiche ich Qualitätsberichte verschiedener Kliniken, um das für mich geeignetste Krankenhaus zu finden (Klusen und Meusch 2008, 331ff)?

Um die Entscheidungsfindung zu erleichtern, hilft das so genannte Qualitätsmodell, womit die Qualität klinischer Dienstleistungen subjektiv und objektiv in Bezug auf drei Dimensionen beurteilt wird:

- Die *Strukturqualität* bewertet die strukturellen Gegebenheiten einer Klinik. Dazu zählen personelle Voraussetzungen (z. B. Anzahl oder Qualifikationen der Mitarbeiter), der räumliche und technische Stand innerhalb der Einrichtung sowie die finanzielle Lage des Unternehmens.
- Die *Prozessqualität* setzt sich mit diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, die innerhalb der Versorgung ablaufen, auseinander. Im Vergleich mit Standards oder Durchschnittswerten kann dadurch ein Wert generiert werden, der den Grad der Qualität kennzeichnet.
- Die *Ergebnisqualität* bewertet das Ergebnis des Leistungsprozesses am Patienten. Das heißt, sie erfasst z. B. die Heilungsquote, ob der gewünschte Gesund-

heitszustand wiedererlangt wurde oder ob es zu Komplikationen kam. Die Ergebnisqualität spiegelt daher u. a. die Patientenzufriedenheit wider und gilt als wichtigster Indikator unter den drei Dimensionen (Heringshausen 2008, 5ff).

Qualität spielt mittlerweile eine große Rolle auf dem Weg zu wirtschaftlichem Erfolg. Daher ist es unabdingbar, sowohl eine externe Qualitätssicherung als auch ein internes Qualitätsmanagement entsprechend § 136, 137 SGB V und dem Gesundheitsreformgesetz 2000 zu betreiben. Wer sich gegenüber der Konkurrenz durchsetzen will, sollte allerdings transparenter sein, als es die Vorschriften verlangen (Heringshausen 2008, 7). (Transparente) Qualität hat einen deutlichen Einfluss auf den Erfolg am Markt. Patientenzufriedenheit, geringere Fehlerquoten, modernste Behandlungsmethoden, geschultes Personal u. v. m. garantieren eine Steigerung der Fallzahlen und damit einen Vorsprung im Vergleich zum Wettbewerb (Salfeld et al. 2008/2009, 118f).

Dass die Qualitäts-Strategie eine Möglichkeit ist, am wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt zu bestehen, zeigt die Helios Kliniken GmbH. Sie ist neben der Asklepios Kliniken GmbH und der Rhön Klinikum AG, die die Marktführung durch Wachstum favorisieren, einer der führenden privaten Klinikbetreiber am deutschen Gesundheitsmarkt.¹⁵

9

9.4.2 Zeit ist Geld

Zeit ist Geld: Dies ist häufig ein Leitspruch der Ökonomie. Effiziente Abläufe, klare Strukturen, kurze Entscheidungswege, präzise Planungen bezüglich der Bettenbelegung, der Verweildauer und des Mitarbeiterereinsatzes bilden die Grundvoraussetzung, um lange Wege, Redundanzen und Überkapazitäten zu vermeiden. Zeit sparen heißt Geld sparen. Sämtliche ungenutzten Ressourcen sind in der heutigen Zeit für Krankenhäuser entgangene Reserven, welche für gesteigerte Qualitätsanforderungen oder Rationalisierungsmaßnahmen hätten genutzt werden können, um dem Wohl des Patienten voll und ganz gerecht werden. Durch Ineffizienz und somit Verschwendung von Geldern wird die Konkurrenzfähigkeit am Gesundheitsmarkt deutlich behindert und ein Wettbewerbsnachteil entsteht (Salfeld et al. 2008/2009, 49ff).

Personalkosten sind meist die höchsten Kosten, die ein Unternehmen belasten (Gutmann und Kollig 2005, 10). Gerade im Bereich der Intensivversorgung ist ein hoher Personalaufwand erforderlich. Eine effiziente Strukturierung nach Abstufung der Pflegeintensität kann dabei helfen, diesen Kostenblock zu reduzieren. Durch die Unterteilung der Pflegestufen in

- Intensivpflege
- Intermediate-Care-Pflege
- Normalpflege und
- Low-Care-Pflege

¹⁵ Vgl. http://lga.de/tuv/de/download/imp_0701_privatklinik.pdf

können die Personalbindung reduziert und klare Strukturen geschaffen werden, die die Abläufe im Krankenhaus standardisieren (Koch 2004, 71). Durch sinnvoll gestaltete Arbeitsprozesse können die Mitarbeiter entlastet werden, was sich wiederum positiv auf deren Motivation auswirkt (Mühlbauer 2004, 83f).

Des Weiteren können effizient gestaltete Abläufe die Warte- und Leerlaufzeiten der Patienten, besonders in den Funktionsbereichen eines Krankenhauses, minimieren, was letztendlich eine sinkende Verweildauer und eine höhere Patientenzufriedenheit zur Folge hat. Durch präzise Planungen können sowohl die Mitarbeiter kapazitätsgerecht eingesetzt als auch die medizinischen Apparaturen optimal ausgenutzt werden, sodass eine Reduzierung der Personal- und Betriebskosten erzielt werden kann (Kampe und Everling 2007, 106ff).

9.4.3 MVZ als weitere Strategie der Markterschließung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind hochwertige medizinische Einrichtungen, in denen fachübergreifende Leistungen angeboten werden, indem z. B. Ärzte, ambulante Pflegedienste und Therapeuten intensiv zusammenarbeiten (Braasch 2007, 132f). Sie bieten Krankenhäusern die Möglichkeit, ein regionales Versorgungsnetz aufzubauen, wodurch ein größerer „Kundenkreis“ angesprochen werden kann mit dem Ziel der Fallzahlensteigerung. Neben dem Angebot der integrierten Versorgung können Kliniken durch MVZ ihr Leistungsspektrum erweitern und sich somit einen entscheidenden Vorsprung am Krankenhausmarkt aufbauen (Beck 2008, 46ff).

Im ersten Quartal 2008 gab es 1 023 medizinische Versorgungszentren (MVZ), Mitte 2008 waren es bereits 1 152¹⁶, Tendenz weiter steigend. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg von rund 40 Prozent (Binsch et al. 2008, 173). Abbildung 9–8 veranschaulicht diesen Trend.

Die Abbildung zeigt zwei Trends: Zum einen die Anzahl an medizinischen Versorgungszentren gesamt und zum anderen die Anzahl an MVZ, bei denen Krankenhäuser als Träger agieren. Wie zu erkennen ist, steigt die Anzahl an medizinischen Versorgungszentren seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 1.1.2004 stetig.¹⁷ Aktuell (Stand: Erstes Quartal 2009) gibt es 1 257 medizinische Versorgungszentren in ganz Deutschland, bei denen mittlerweile rund 6 000 Ärzte mit verschiedenen Spezialisierungen beschäftigt sind.¹⁸

Dabei liegt die Beteiligung an den MVZ nicht ausschließlich in der Hand der Krankenhäuser, die als Träger fungieren können. Die Hauptbeteiligung an medizinischen Versorgungszentren liegt bei den Vertragsärzten. Sie erreichen mit 657 Zentren deutschlandweit im ersten Quartal 2009 die Mehrheit. Krankenhäuser sind nur bei 485 medizinischen Versorgungszentren als Träger beteiligt und erreichen somit lediglich einen Anteil von 38,6 Prozent (Abbildung 9–9).¹⁹ Neben Vertragsärzten

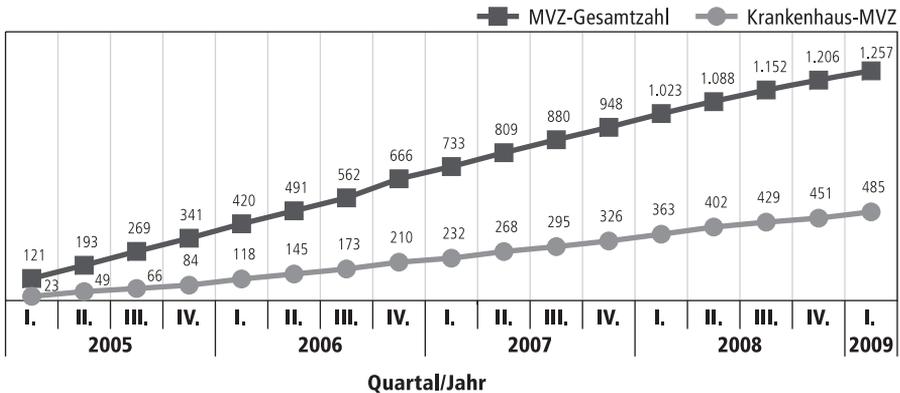
16 Vgl. http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWIMAT053/M_53_KRR-2009_ExecSum.PDF

17 Vgl. <http://www.kbv.de/koop/9173.html>

18 Vgl. <http://www.kbv.de/koop/9173.html>

19 Vgl. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=c539749f61ae2cfd5e58355b7b16f467&DocId=003759712&Page=1>

Abbildung 9–8

MVZ im Trend (I. Quartal 2005–I. Quartal 2009)

Quelle: KBV 2009

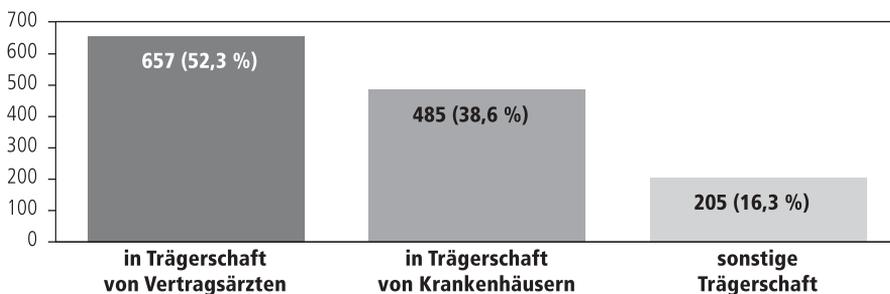
Krankenhaus-Report 2010

WiDo

und Krankenhäusern besteht die Möglichkeit zur Gründung eines MVZ ebenso z. B. für Apotheker, Pflegedienstleister oder Reha-Einrichtungen.²⁰

Durch die sektorübergreifende Vernetzung kann ein medizinisches Versorgungszentrum dem Patienten eine umfassende Behandlungsqualität in unterschiedlichen medizinischen Bereichen bieten, was wiederum einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Konkurrenten zur Folge hat. Dabei ist die Art der Trägerschaft völlig irrelevant.²¹

Abbildung 9–9

Unterschiedliche Trägerschaften bei MVZ (I. Quartal 2009)

Quelle: KBV 2009

Krankenhaus-Report 2010

WiDo

20 vgl. <http://www.mvzberater.de/aspekte-mvz-recht.asp>21 vgl. http://www.krankenhausregister-sachsen.de/news/WiDo_Krankenhaus_Report_2008_2009_bestaetigt_hohe_-a979.htm

9.5 Zusammenfassung

Eine Klinik ausschließlich als Leistungserbringer zu führen, wird den Untergang der Einrichtung zur Folge haben. Nur wer erkennt, dass die Marktveränderungen dazu geführt haben, dass ein Krankenhaus wirtschaftlich denken und handeln muss, kann dem starken Wettbewerb standhalten und sich gegen die Konkurrenz durchsetzen. Wichtig ist dabei, dass sich ein Klinikbetreiber realistische Ziele setzt, die innerhalb überschaubarer Zeiträume erfüllbar sind und seine Position im Gesundheitsmarkt klar definiert. Die Berücksichtigung der Kooperationspartner, insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft, ist dabei von außerordentlich wichtiger Bedeutung. Ein konsequentes Kosten- und Qualitätsmanagement auch über Sektorengrenzen hinweg hat dabei höchste Priorität. Angesichts der eingeführten Fallpauschalen als Leistungshonorierung und der gesunkenen Beihilfen vom Staat müssen sämtliche Abläufe in einem Krankenhaus effizient gemanagt werden, um Zeit zu sparen und Kosten zu senken, damit ein Großteil an Kapital zur Qualitätssteigerung, Re-Investition in die Kliniken und Marktdurchdringung genutzt werden kann.

Leider gibt es kein Handbuch, das die einzelnen Schritte zum Erfolg dokumentiert. Die Krankenhäuser und die Unternehmen, die sie führen, müssen eigenständig ihren Weg zum Erfolg finden. Das dies geht, zeigen die oben erwähnten Klinikketten, die es seit Jahren schaffen, stabil am Markt zu bestehen und obendrein jährlich eine Steigerung im Bezug auf Umsatz, Patientennutzen/Qualität oder Wachstum zu generieren. Die von externen Interessen weitestgehend unbeeinflussten privaten Klinikketten zeigen sich darin größtenteils sehr erfolgreich.

9.6 Literatur

- Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2003.
- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Bedeutung der Krankenhäuser in privaten Träger-schaften. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2009; Heft 52.
- Beck T. Managed Care in der stationären Leistungserbringung: Innovative integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser. BoD – Books on Demand 2008.
- Binsch H, Frehse M, Kirschner G, Rottkemper M. Wegweiser Assistenzzeit und Niederlassung für Zahnärzte: Ihr Navigator für Berufs- und Finanzplanung. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2008.
- Braasch P. Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur- Leistungen- Weiterentwicklung. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2007.
- Busse R, Wörz M. Marktorientierung von Krankenhäusern: Ein Überblick über Reformen im europä-ischen Vergleich. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2003; 21–30.
- Dietrich M. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erfolg von Krankenhäusern: Analyse der Relevanz marktorientierter Ansätze im Krankenhausmanagement. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag 2005.
- Eichhorn P, Greiling D. Das Krankenhaus als Unternehmen. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2003; 31–41.
- Franke U. Asset Securitization im Gesundheitswesen: Erfahrungen in den USA und anderen Ländern als Basis einer Abwägung von Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. Wiesbaden: Deutscher Uni-versitäts-Verlag 2008.

- Gutmann J, Kollig M. Personalkosten: Wie sie die Ausgaben in den Griff bekommen, Freiburg: Haufe 2005.
- Heringshausen G. Qualitätsmanagement im konfessionellen Krankenhaus: Das Krankenhaus als modernes Dienstleistungsunternehmen der Zukunft. München: GRIN-Verlag 2008.
- Kampe D, Everling O. Rating im Health-care-sektor: Schlüssel zur Finanzierung von Krankenhäusern, Kliniken, Rehaeinrichtungen. Wiesbaden: Gabler 2007.
- Klusen N, Meusch A. Zukunft der Krankenhausversorgung – Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft 2008.
- kma. Krankenhausverbände – Fusionsfieber. kma 2009; 5: 32.
- KMPG AG. Zukunft deutscher Krankenhäuser: Thesen, Analysen, Potenziale. Kulmbach 2009.
- Koch J. Betriebswirtschaftliches Kosten- und Leistungscontrolling in Krankenhaus und Pflege, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag 2004.
- Kötter J. Der mündige Patient- eine Herausforderung für das Krankenhausmarketing. München: GRIN-Verlag 2008.
- Mühlbauer B. Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus: Das neue Krankenhausmanagement im Zeichen der DRG. Weinheim: Wiley-VCH 2004.
- Roeder N, Hensen P. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege: Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2008.
- Salfeld R, Hehner S, Wichels R. Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen. Berlin: Springer 2008/2009.
- Witte H. Allgemeine Betriebswirtschaftslehre: Lebensphasen des Unternehmens und betriebliche Funktionen. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag 2007.

Internetquellen

- Accenture. Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklich Bürgernutzen? Stand: 2006. http://www.accenture.com/Countries/Germany/About_Accenture/Newsroom/News_Releases/2006/KrankenhausStudie.htm (Zugriff: 07. Juli 2009).
- Asklepios. Durch Übernahmen zum Marktführer. 2009. <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/asklepios-durch-uebernahmen-zum-marktfuehrer;2204299> (Zugriff: 09. Juli 2009).
- Asklepios Kliniken AG. www.asklepios.com (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Bundesministerium für Gesundheit. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. 2008. http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008/e6471/infoboxContent6472/Expertise_Monistik_120308_ger.pdf (Zugriff: 09. Juli 2009).
- Controlling Portal. EBIT 2003-2009. <http://www.controllingportal.de/Fachinfo/Grundlagen/Kennzahlen/ebit.html> (Zugriff: 09. Juli 2009).
- ECONOMY.ONE GmbH – ein Unternehmen der Verlagsgruppe Handelsblatt GmbH (2009): Qualitätsunterschiede in Krankenhäusern. <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/qualitaetsunterschiede-in-krankenhaeusern;2120815> (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Euroforum. The Conference Company. Das wirtschaftliche Krankenhaus – Fit für den Wettbewerb mit privaten Klinik-Ketten. 2006. <http://www.euroforum.de/DATA/pdf/P1101046.pdf>. (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Focus Online. Kliniken: Gesunde Gewinne. 2003. http://www.focus.de/finanzen/boerse/kliniken-gesunde-gewinne_aid_256361.html (Zugriff: 09. Juli 2009).
- Helios Kliniken GmbH. www.helios-kliniken.de. (Zugriff: 08. Juli 2009)
- Innovationsreport. Krankenhaus-Studie identifiziert Sparpotenzial von 2 Milliarden Euro bei gleichzeitiger Nutzensteigerung. Stand: 2006. <http://www.innovations-report.de/html/berichte/studien/bericht-58610.html> (Zugriff 09. Juli 2009).
- Kasper J. Integrierte Versorgung – Neue Versorgungsmodelle. <http://www.aknr.de/downloads/infopharmazie/Hausapo050216Kasper.pdf> (Zugriff: 29. Juli 2009).
- KBV. Medizinische Versorgungszentren. 2009. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=6b50caf6178d6ab323b96054edd27025&DocId=003759713&Page=1> (Zugriff: 26. Juli 2009).

- KBV. Medizinische Versorgungszentren. <http://www.kbv.de/koop/9173.html> (Zugriff 29. Juli 2009).
- KMPG AG. Unterschiede zwischen den Trägergruppen. 2009. <http://www.kpmg.de/Themen/11695.htm> (Zugriff: 08. Juli 2009).
- KMPG AG. Fachleute im Interview: „Ein Krankenhaus kann nicht mit einer Schablone saniert werden“. 2009. online: <http://www.kpmg.de/Themen/11692.htm> (Zugriff: 08. Juli 2009).
- LGA Training & Consulting GmbH. Helios Privatklinik Erfurt erhält Premium-Siegel der TÜV Rheinland Group. 2009. http://lga.de/tuv/de/download/imp_0701_privatlinik.pdf (Zugriff: 09. Juli 2009).
- Mediclin AG. www.mediclin.de. (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA. www.paracelsus-kliniken.de (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Rhön Klinikum AG. www.rhoen-klinikum-ag.com (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Sächsisches Krankenhausregister. WiDO-Krankenhaus-Report 2008/2009. 2008. http://www.krankenhausregister-sachsen.de/news/WiDO_Krankenhaus_Report_2008_2009_bestaetigt_hohe_a979.htm (Zugriff: 27. Juli 2009).
- Sana Kliniken AG. www.sana.de (Zugriff: 08. Juli 2009).
- Statistisches Landesamt Berlin: Erläuterungen und Definitionen zur Krankenhausstatistik, online: <http://www.statistik-berlin.de/statistiken/gesundheit/definitionen.htm>, letzter Zugriff: 08. Juli 2009
- WDR.de. Das Kapital macht den Unterschied. Stand: 2006. http://www.wdr.de/themen/wirtschaft/3/private_kliniken/index.jhtml (Zugriff: 09. Juli 2009).

This page intentionally left blank

Teil II

Zur Diskussion

(Kapitel 10–15)

This page intentionally left blank

10 Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken?

Eine empirische Abschätzung

Markus Lungen und Thomas Rath

Abstract

Die ambulante Versorgung macht in Deutschland unter 5% der Erlöse von Krankenhäusern aus. Im internationalen Vergleich erwirtschaften die Krankenhäuser sehr viel größere Budgetanteile über ambulante Behandlungen. Mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, ambulante hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) zu erbringen. Die vorliegende Studie untersucht, welches Versorgungsvolumen Krankenhäuser auf dieser Basis in der onkologischen Versorgung abdecken können.

Ausgewertet wurden anonymisierte aggregierte stationäre und ambulante Abrechnungsdaten aus 2006–2008 von rund 24 Mio. AOK-Versicherten. Auf dieser Basis wurde auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Die Auswahl der Patienten erfolgte anhand der betreffenden onkologischen ICD-10-Diagnosen.

Die Analyse für 2007 ergibt, dass sich potenziell 553 Tsd. Krankenhausfälle aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung des Krankenhauses überführen ließen. Hinzu kommen rund 3,8 Mio. derzeit ambulant erbrachte Quartalsfälle, die für die ambulante hochspezialisierte Versorgung auch im Krankenhaus geeignet erscheinen. Insgesamt ergäbe sich somit ein Potenzial von rund 4,3 Millionen Fällen. Eine Verlagerung von Fällen ins Krankenhaus erfordert jedoch eine Berücksichtigung im Budget- und Abrechnungssystem zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern.

Ambulatory care accounts for less than 5% of the proceeds of German hospitals. In international comparison, outpatient treatment has a much larger share of hospital budgets.

The GKV-WSG (SHI Competition Strengthening Act) enabled hospitals to provide highly specialized outpatient services (§ 116b SGB V). This study investigates which proportion of oncological care could be delivered by hospitals. The analysis is based on anonymous aggregated administrative inpatient and outpatient data for 2006 to 2008 of about 24 million AOK insurees. The data were extrapolated to the entire population. The selection of patients was based on ICD-10 diagnoses.

The analysis for 2007 shows that 553 thousand cases could potentially be shifted from inpatient to outpatient care provided by hospitals. In addition, approxima-

tely 3.8 million ambulatory cases appear to be suitable for highly specialized hospital outpatient care. All in all, this amounts to a potential of approximately 4.3 million cases. However, shifting cases to the outpatient sector of hospitals on a greater scale calls for a reorientation of the reimbursement system between health care funds, associations of SHI physicians and hospitals.

10.1 Hintergrund

Die ambulante Versorgung im Krankenhaus macht gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes unter 5 % der Erlöse von Krankenhäusern in Deutschland aus. Im internationalen Vergleich werden jedoch teilweise sehr viel größere Budgetanteile der Krankenhäuser über ambulante Behandlungen erwirtschaftet, je nach Fachgebiet bis zu 50 %. Die Ursachen für die geringen Anteile ambulanter Behandlungen im deutschen Krankenhauseschehen sind vielfältig (siehe Zahlenangaben und die Diskussion bei Lungen 2007). Ein Grund wird häufig in der mangelhaften Marktöffnung gesehen. So haben Krankenhäuser teilweise keinen Zugang zum Markt ambulanter Behandlungen beziehungsweise sehen sich einer sehr zersplitterten Gesetzeslage gegenüber. Insgesamt gibt es rund 20 ambulante Versorgungsformen, die Krankenhäuser für die Erbringung und Abrechnung nicht-stationärer Behandlungen in Erwägung ziehen können. Diese Unübersichtlichkeit behindert eine langfristige Strategie des Krankenhausmanagements, sich im ambulanten Bereich zu engagieren.

Mit dem GKV-WSG (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurden zum Jahr 2007 zwei wesentliche Neuerungen erlassen: Zum einen die Möglichkeit von Krankenhausträgern, sich in medizinischen Versorgungszentren zu engagieren, und zum anderen die unmittelbare Öffnung der Krankenhäuser für Hochspezialleistungen (§ 116b SGB V). Während ersteres in der Regel einen Einstieg in den Wettbewerb mit den niedergelassenen Vertragsärzten um Lizenzen bedeutet, ist die institutionelle Öffnung für Hochspezialleistungen dezidiert auf das fachliche Potenzial des Krankenhauses zugeschnitten. Im Prinzip wird mit dieser Öffnung die Institution der Ermächtigung fortgeschrieben, indem besonders komplexe und einer interdisziplinären Versorgung zugängliche Fallbilder auch bei gesetzlich Versicherten einer Behandlung durch Spezialisten am Krankenhaus zugänglich gemacht werden.

Bislang blieb unklar, welchen Umfang diese Öffnung der Krankenhäuser annehmen kann. Der Gesetzestext sieht explizit vor, dass die Öffnung der Krankenhäuser für seltene Erkrankungen und solche mit besonderem Verlauf gelten soll. Dies lässt auf eine begrenzte Mengenentwicklung der Fallzahlen rückschließen. Jedoch findet sich in der konkreten Aufzählung der Fachgebiete auch die ambulante onkologische Behandlung wieder. Sie wird mengenmäßig sicher das weitaus größte Potenzial für eine ambulante Öffnung des Krankenhauses über § 116b SGB V aufweisen. Daher soll dieser Bereich nachfolgend perspektivisch näher beleuchtet werden. Zwei Fragen sollen dazu beantwortet werden:

1. Welche *derzeit stationär* erbrachten Leistungen des Krankenhauses in der onkologischen Versorgung lassen sich in den ambulanten Bereich (am Krankenhaus) verschieben?

2. Welche *derzeit ambulant* durch Vertragsärzte erbrachten Leistungen lassen sich zukünftig potentiell in Krankenhausambulanzen erbringen?

Wir begrenzen die Analyse dabei auf die quantitative Betrachtung von Fällen. Fragen der medizinischen Qualität oder der zu erwirtschaftenden Deckungsbeiträge werden außer Acht gelassen. Hierzu ist die Studienlage komplex und teilweise auch von regionalen Besonderheiten abhängig. Verwiesen sei in Bezug auf Qualitätsunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beziehungsweise Ambulanz versus Arztpraxis auf Imison et al. 2008 sowie Lüngen 2007. Zur Kostendeckung siehe Lüngen et al. 2004; Lauterbach et al. 2004; Lüngen 2007.

10.2 Methode

Wir führten die Auswertung auf Basis eines administrativen Datensatzes für die Jahre 2006 bis 2008 (drei Jahre) durch. Der Datensatz enthielt anonymisiert die aggregierten stationären und ambulanten Abrechnungsdaten von Versicherten der AOK. Er umfasst Versichertendaten von rund 24 Mio. Versicherten, beziehungsweise einen Anteil von 34% an allen gesetzlich Versicherten in Deutschland. Weder für AOK-Versicherte noch für Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen gibt es für onkologische Patienten ein flächendeckend etabliertes Einweisungs- oder Zuweisungsmanagement, das einen Einfluss auf Verteilung und Versorgungsmuster haben könnte. Wir gehen daher davon aus, dass der Datensatz repräsentativ für die gesetzliche Krankenversicherung ist in Hinblick auf die Versorgungsmuster, insbesondere die Wahl und Zuweisung von Behandlungsstandorten einer onkologischen Behandlung. Die ermittelten Daten wurden mit dem Faktor 2,94 auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands (einschließlich der privat Versicherten) hochgerechnet.

Die Auswertung und Auswahl von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen erfolgte durch Konkretisierung in Form von ICD-10-Diagnosen in der Anlage 3 Nr. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008). Diese Konkretisierung in Form von ICD-10-Diagnosen ist im Anhang wiedergegeben.

Das ambulante Potenzial aus den zuvor stationär behandelten Patientenfällen wurde aus stationären Falldaten abgeschätzt. Nach der Konkretisierung der Patienten mit onkologischen Erkrankungen i. S. d. Richtlinie nach § 116b SGB V in Form von ICD-10-Diagnosen wurden zunächst die vollstationären Fälle mit den vorgegebenen onkologischen ICD-Codes ermittelt. Im nächsten Auswertungsschritt wurde auf Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen eingeschränkt. Dabei wurde unterstellt, dass bei diesen kurzen stationären Verweildauern eine ambulante Versorgung zumindest geprüft werden kann und im Zuge des weiteren medizinisch technischen Fortschritts auch umsetzbar erscheint (Mross 2002; Fahlke et al. 2004). Darüber hinaus wurden über die ICD-Codes des Bereichs Onkologie auch die Anzahl der teilstationären Fälle ausgewertet. Beide Analysen wurden getrennt für Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre) und Erwachsene durchgeführt und nach

Bundesländern gegliedert. Ausschlaggebend für die Gliederung nach Bundesländern war der Behandlungsort und nicht der Wohnort der Patienten.

Die Bestimmung des Potenzials der ambulanten onkologischen Behandlung in Krankenhäusern aus zuvor ambulant in Arztpraxen versorgten Fällen erfolgte ebenfalls anhand der Diagnosen der Richtlinie nach § 116b SGB V. Für diese onkologischen Diagnosen wurden Fallzahlen, Punktsummen des Abrechnungsschlüssels EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und darauf basierende Leistungsausgaben ausgewertet. Bei diesen ambulanten Daten kann aufgrund der vorliegenden Differenzierung auch eine Auswertung nach Krebsarten durchgeführt werden. Diese Analysen wurden ebenfalls getrennt für Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre) und Erwachsene durchgeführt.

10.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst für das Verlagerungspotenzial von stationär in Richtung ambulant, anschließend für das Potenzial der Verlagerung von Arztpraxen in Richtung ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser und schließlich in einer Gesamtschau.

10

10.3.1 Auswertung der stationären Daten: Wie viele onkologische Fälle aus dem Krankenhaus könnten ambulant behandelt werden?

Insgesamt kann in der gesamten stationären Versorgung bei ca. 17 Mio. vollstationären Fällen pro Jahr eine Steigerung an allen Fällen um 1,94% innerhalb von zwei Jahren (2008 zu 2006) beobachtet werden (Tabelle 10–1). Bei onkologischen Patienten ergab sich hingegen eine abweichende Entwicklung: Die Anzahl von 1,5 Mio. vollstationären onkologischen Fällen pro Jahr blieb nahezu unverändert – sie zeigte mit einer Abweichung von –0,45% in den Jahren 2008 zu 2006 sogar einen leichten Rückgang. Wird innerhalb der onkologischen vollstationären Fälle lediglich der Anteil derjenigen mit kurzer Verweildauer betrachtet (≤ 2 Tage), ergibt eine ebenfalls nahezu konstante Anzahl von rund 400 000 Fällen (Abnahme von 0,58% innerhalb der betrachteten Jahre). Die leichten Veränderungen deuten darauf hin, dass der stationäre Anteil in der onkologischen Versorgung zumindest weniger stark wächst als die Gesamtschau der stationären Behandlungen. Der Anteil des ambulanten Potenzials an den stationären onkologischen Behandlungen im betrachteten Zeitablauf ist mit 26,7% nahezu konstant.

Bei einer Abschätzung sollten die teilstationären Fälle, rund 130 000 pro Jahr mit ebenfalls stabiler Fallzahl, zusätzlich berücksichtigt werden. Sie erhöhen den potenziell ambulanten Versorgungsanteil an allen onkologischen Patienten auf rund 33% (Tabelle 10–1).

Uneinheitlichere Entwicklungen zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 16 Jahre) (Tabelle 10–2). Bei einer Gesamtzahl vollstationärer Fälle von ca. 1,4 Mio. pro Jahr zeigt sich zwar eine Abnahme der Fälle um 4,43% innerhalb der beobachteten drei Jahre. Jedoch sinken die vollstationären onkologischen Fälle bei

Tabelle 10–1

Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---------|-------------------------------|-------------------------------|
| Fallzahl aller vollstationärer Patienten (in Tsd.) | 17 117 | 17 345 | 17 449 |
| | 100 % | +1,33 % (in Bezug zu 2006) | +1,94 % (in Bezug zu 2006) |
| Fallzahl onkologischer Patienten (vollstationär, in Tsd.) | 1 503 | 1 505 | 1 496 |
| | 100 % | +0,17 % (in Bezug zu 2006) | –0,45 % (in Bezug zu 2006) |
| Fallzahl an onkologischen Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (in Tsd.) | 401 | 402 | 399 |
| | 100 % | +0,16 % (in Bezug zu 2006) | –0,58 % (in Bezug zu 2006) |
| Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle | 26,70 % | 26,69 % | 26,66 % |
| Fallzahl onkologischer Patienten (teilstationär, in Tsd.) | 127 | 132 | 130 |
| | 100 % | +3,65 % (in Bezug zu 2006) | +2,59 % (in Bezug zu 2006) |
| Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) | 32,39 % | 32,62 % | 32,53 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10–2

Kinder und Jugendliche mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---------|-------------------------------|--------------------------------|
| Fallzahl vollstationärer Patienten (Alter < 16 Jahre, in Tsd.) | 1 430 | 1 401 | 1 366 |
| | 100 % | –1,97 % (in Bezug zu 2006) | –4,43 % (in Bezug zu 2006) |
| Fallzahl onkologischer Patienten (Alter < 16 Jahre, vollstationär, in Tsd.) | 23 | 22 | 20 |
| | 100 % | –2,4 % (in Bezug zu 2006) | –13,7 % (in Bezug zu 2006) |
| Fallzahl onkologischer Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (Alter < 16 Jahre, in Tsd.) | 11 | 11 | 9 |
| | 100 % | –4,9 % (in Bezug zu 2006) | –15,76 % (in Bezug zu 2006) |
| Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl onkologischer Fälle | 48,31 % | 47,07 % | 47,16 % |
| Fallzahl onkologischer Patienten (Alter < 16 Jahre, teilstationär, in Tsd.) | 10 | 8 | 8 |
| Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (Kinder und Jugendliche, teilstationär) an der Gesamtzahl der vollstationären onkologischen Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) | 63,60 % | 63,30 % | 60,70 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10-3
Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus für das Jahr 2007: Aufteilung nach Bundesländern

| Bundesland bzw. Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen | Fallzahl aller vollstationärer Patienten (in Tsd.) | Fallzahl onkologischer Patienten (vollstationär, in Tsd.) | Fallzahl onkologischer Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (in Tsd.) | Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle (in Tsd.) | Fallzahl onkologischer Patienten (teilstationär, in Tsd.) | Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Bremen | 192 | 21 | 7 | 34,73 % | 5 | 46,15 % |
| Sachsen-Anhalt | 692 | 65 | 17 | 25,67 % | 13 | 38,46 % |
| Baden-Württemberg | 2 186 | 188 | 46 | 24,36 % | 41 | 38,00 % |
| Schleswig-Holstein | 485 | 35 | 10 | 27,59 % | 5 | 37,50 % |
| Sachsen | 1 378 | 139 | 39 | 27,79 % | 14 | 34,64 % |
| Rheinlandpfalz | 812 | 61 | 17 | 26,99 % | 6 | 34,32 % |
| Thüringen | 728 | 76 | 24 | 30,87 % | 3 | 34,18 % |
| Bayern | 2 846 | 235 | 67 | 28,51 % | 17 | 33,33 % |
| Brandenburg | 623 | 63 | 17 | 26,20 % | 5 | 32,35 % |
| Hamburg | 254 | 23 | 6 | 27,93 % | 2 | 32,00 % |
| Saarland | 220 | 22 | 7 | 31,56 % | | 31,81 % |
| Mecklenburg-Vorpommern | 480 | 47 | 11 | 23,81 % | 5 | 30,77 % |
| Hessen | 1 082 | 88 | 23 | 26,34 % | 4 | 29,35 % |
| Berlin | 637 | 66 | 17 | 25,22 % | 2 | 27,94 % |
| Rheinland | 1 669 | 132 | 32 | 24,18 % | 6 | 27,54 % |
| Westfalen-Lippe | 1 549 | 130 | 34 | 26,47 % | 2 | 27,27 % |
| Niedersachsen | 1 513 | 112 | 29 | 25,87 % | | 25,89 % |
| Deutschland | 17 345 | 1 505 | 402 | 26,69 % | 132 | 32,62 % |

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Kindern und Jugendlichen zwischen 2006 und 2008 um 13,7% noch weitaus stärker (-15,76% bei Kurzliegern). Auch die teilstationären Fälle in der Onkologie zeigten hier einen Rückgang. Da die Kurzlieger und die teilstationären onkologischen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen jedoch insgesamt einen weitaus höheren Anteil als bei Erwachsenen ausmachen, besteht ein größeres ambulantes Potenzial. Dies beträgt rund 60% über die hier betrachteten Jahre, jedoch auf einem geringeren Niveau der absoluten Fallzahlen als bei Erwachsenen (etwa 4% des Fallvolumens).

In regionaler Sicht ergeben sich teilweise beträchtliche Unterschiede (Tabelle 10–3). So ergibt sich keine klare Unterscheidung nach Flächenstaaten oder Stadtstaaten, ebenso wenig nach Ost oder West. Hohes Potenzial für die ambulante onkologische Versorgung der Erwachsenen weisen Bremen, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein auf. Hier liegt der Wert über 37%. Ein niedriges Potenzial von unter 30% findet sich für Hessen, Berlin, Rheinland, Westfalen-Lippe sowie Niedersachsen.

10.3.2 Auswertung der ambulanten Daten: Wie viele Fälle aus dem ambulanten Sektor könnten am Krankenhaus ambulant behandelt werden?

10

Für den ambulanten Sektor wurden Abrechnungsdaten für das Jahr 2007 einbezogen. Insgesamt weist die gesamte ambulante Versorgung für Erwachsene eine Fallzahl¹ von 3,797 Mio. onkologischen Patienten aus, welche die von uns einbezogenen Diagnosen aufweisen. Per Definition ist diese Zahl gleichbedeutend mit dem ambulanten Potenzial für Krankenhäuser aus dem vertragsärztlichen Bereich. Diese Fälle entsprechen einem Erlösvolumen von 403 Mio. Euro, das derzeit über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgedeckt wird. Nicht enthalten in diesem Volumen sind Ausgaben für Arzneimittel (beispielsweise Zytostatika).

Bei den ambulanten Daten kann zudem aufgrund der vorliegenden Differenzierung auch eine Auswertung nach Krebsarten durchgeführt werden (Tabelle 10–4). Danach ist die im ambulanten Sektor am häufigsten behandelte Krebsart das Prostatakarzinom mit 820 Tsd. Fällen pro Jahr. An zweiter Stelle folgt mit einer Fallzahl von 362 Tsd. ein Tumor ohne nähere Angabe. An dritter Stelle mit 315 Tsd. „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten“ (Leukämioide Reaktion, Leukozytose, Lymphopenie, symptomatische Lymphozytose, symptomatische Monozytose, Plasmozytose). Danach folgen das Melanom, Harnblasen- und Nierenkarzinom, Rektum- und Schilddrüsenkarzinom und gynäkologische Tumore des Ovars und des Uterus.

Erstellt man eine TOP-10-Tabelle der *in der Summe* teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen, tauchen dieselben TOP-10 der am häufigsten behandelten Krebsarten erneut auf (Tabelle 10–5). Tabelle 10–6 zeigt die teuersten onkologischen Erkrankungen *pro Patient* bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007. D. h. in der Tabelle 10–6 ist die Summe der Kosten durch die Patientenanzahl geteilt und ergibt somit die Kosten pro Patient.

¹ Gezählt werden Quartalsfälle von Erwachsenen mit den einbezogenen Diagnosen des Jahres 2007 bei Versorgung im Vergütungsbereich der kassenärztlichen Vereinigungen.

Tabelle 10–4

TOP-10 der häufigsten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

| ICD-10 | Textdefinition | Fallzahl (in Tsd.) | Summe Kosten (in Tsd. Euro) | Kosten pro Patient (Euro) |
|--------|--|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 820 | 134 095 | 163 |
| D48.9 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet | 362 | 8 935 | 25 |
| D72.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten | 315 | 9 658 | 31 |
| C44.3 | Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes) | 289 | 12 058 | 42 |
| C67.9 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 276 | 39 198 | 142 |
| C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 214 | 61 206 | 286 |
| C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 182 | 28 159 | 155 |
| C73 | Bösartige Neubildung der Schilddrüse | 110 | 11 478 | 104 |
| C56 | Bösartige Neubildung des Ovars | 107 | 9 856 | 92 |
| C55 | Bösartige Neubildung des Uterus | 103 | 9 118 | 89 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10–5

TOP-10 der in der Summe teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

| ICD-10 | Textdefinition | Fallzahl (in Tsd.) | Summe Kosten (in Tsd. Euro) | Kosten pro Patient (Euro) |
|--------|--|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 820 | 134 095 | 163 |
| C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 214 | 61 206 | 286 |
| C67.9 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 276 | 39 198 | 142 |
| C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 182 | 28 159 | 155 |
| C44.3 | Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes) | 289 | 12 058 | 42 |
| C73 | Bösartige Neubildung der Schilddrüse | 110 | 11 478 | 104 |
| C56 | Bösartige Neubildung des Ovars | 107 | 9 856 | 92 |
| D72.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten | 315 | 9 658 | 31 |
| C55 | Bösartige Neubildung des Uterus | 103 | 9 118 | 89 |
| D48.9 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet | 362 | 8 935 | 25 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

10.3.3 Abschätzung des gesamten ambulanten Potenzials

Für das Jahr 2007 sollen nachfolgend sowohl die aus der stationären als auch der ambulanten Versorgung potenziell geeigneten Anteile für eine ambulante Versorgung im Krankenhaus zusammengeführt werden. Insgesamt wurde das ambulante

Tabelle 10–6

TOP-10 der pro Patient teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

| ICD-10 | Textdefinition | Fallzahl (in Tsd.) | Summe Kosten (in Tsd. Euro) | Kosten pro Patient (Euro) |
|--------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 21 | 22 | 1 058 |
| C9250 | Akute myelomonozytäre Leukämie | 338 | 164 | 484 |
| C85 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms | 6 | 2 | 353 |
| C9240 | Akute promyelozytäre Leukämie | 250 | 78 | 312 |
| C461 | Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes | 326 | 98 | 301 |
| D610 | Angeborene aplastische Anämie | 2 323 | 686 | 295 |
| C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 147 | 42 | 288 |
| C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 213 832 | 61 206 | 286 |
| C460 | Kaposi-Sarkom der Haut | 1 208 | 295 | 244 |
| C62 | Bösartige Neubildung des Hodens | 15 | 3 | 226 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

10

Potenzial aus dem stationären und teilstationären Bereich mit 534 Tsd. im Bereich der Erwachsenen und rund 19 Tsd. für Kinder und Jugendliche ermittelt. Somit ergeben sich potenziell 553 Tsd. Fälle, die sich aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung des Krankenhaus verschieben ließen.

Hinzu kommen rund 3,8 Mio. derzeit ambulant im Vergütungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen erbrachte Fälle. Insgesamt ergäbe sich somit ein Potenzial von rund 4,3 Millionen Fällen. Es wird deutlich, dass unabhängig von einer genaueren Prüfung der Abgrenzung und Definitionen für die zukünftige ambulante onkologische Behandlung im Krankenhaus das weitaus größere Potenzial im Bereich der Übernahme von derzeit in niedergelassenen Praxen erbrachten Fällen besteht. Für jeden potenziellen onkologischen Fall aus der stationären Versorgung existieren fast sieben Fälle, die aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden könnten.

Für die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern mit einem Interesse an ambulanter onkologischer Versorgung und der entsprechenden medizinischen Eignung hat die Auswertung erhebliche Konsequenzen. Bezogen auf die ambulante Versorgung eines Krankenhauses kann die onkologische Klinik gegenüber anderen Fachrichtungen wesentlich an Gewicht gewinnen. Wird beispielsweise für eine Abschätzung angenommen, dass rund 200 geeignete Standorte für eine hochwertige ambulante onkologische Versorgung in Deutschland existieren (und die somit eine Öffnung für § 116b SGB V beantragen könnten), entfielen bei einer Gleichverteilung auf jeden Standort 19 000 zusätzliche ambulante onkologische Fälle. Hinzu kämen die bisher stationär behandelten Fälle. Die erzielbaren Erlöse aus § 116b SGB V könnten für jeden Standort allein aus der Umlenkung von bisher vertragsärztlich abgerechneten Fällen etwa 403 Mio. Euro insgesamt beziehungsweise ca. 2 Mio. Euro pro Standort und Jahr betragen. Die Abrechnungen für Arzneimittel und Zytostatika sind in dieser Überschlagsrechnung nicht enthalten.

10.4 Diskussion

Wir haben untersucht, welches Potenzial sich für Krankenhäuser aus neuen gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Öffnung gemäß § 116b SGB V, für die spezialisierte ambulante Behandlung in der onkologischen Versorgung ergibt. Es zeigte sich, dass das Potenzial für die ambulante onkologische Versorgung im Krankenhaus aus zuvor stationären Fällen etwa 553 Tsd. Fälle beträgt, wobei die Behandlung von Erwachsenen einen absolut wesentlich größeren Anteil ausmacht als die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei letzterer Gruppe ist jedoch das anteilige Potenzial für die ambulante Behandlung wesentlich größer.

Ergänzend zur Übernahme zuvor stationärer Fälle in die ambulante Versorgung können auch zuvor bei Vertragsärzten behandelte Fälle als Potenzial für die ambulante Versorgung am Krankenhaus betrachtet werden. Unsere Untersuchung zeigte, dass dieses Potenzial mit etwa 3,8 Mio. Fällen pro Jahr weitaus größer einzuschätzen ist.

Ob sich ein Krankenhaus dieses Potenzials annimmt, hängt neben regionalen wettbewerblichen Aspekten auch von den erzielbaren Deckungsbeiträgen ab. Inwieweit sich die Deckungsbeiträge zwischen der stationären und ambulanten Behandlung unterscheiden, kann hier jedoch kaum entschieden werden. Hinzu kommen teilweise unklare Einflüsse aus den erzielbaren Deckungsbeiträgen aus in der Behandlung eingesetzten Arzneimitteln. Da hier zudem Gesetzesänderungen mit dem Ziel größerer Transparenz geplant beziehungsweise auf den Weg gebracht wurden, sollten zukünftige Untersuchungen sich diesem Bereich noch widmen. Ebenso sollten Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, etwa Größeneffekte und interdisziplinäre Behandlungsformen, näher betrachtet werden.

Sowohl die Verlagerung von bisher stationären als auch bisher vertragsärztlich versorgten Fällen führt bei gegenwärtiger Gesetzeslage zu einer Umlenkung von Vergütungsströmen. Es ist erkennbar, dass eine gesetzliche Änderung der Abrechnungsbestimmungen notwendig würde, wenn Krankenhäuser tatsächlich das Potenzial des § 116b SGB V in großem Ausmaß nutzen würden und zuvor vertragsärztlich erbrachte Leistungen übernehmen würden. Da letztere über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechenbar waren, die Leistungen im Zuge des § 116b SGB V jedoch unmittelbar über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, ist unmittelbar zu fordern, dass die Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend bereinigt werden.

Unsere Studie hat mehrere Einschränkungen, die in der Diskussion beachtet werden sollten. Erstens ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlabeschätzungen und Kosten für den ambulanten Sektor unter dem Vorbehalt stehen, dass keine weiteren Plausibilitätsprüfungen erfolgen konnten. Die zugrunde gelegte onkologische Diagnose nach § 116b SGB V muss somit nicht zwingend beim niedergelassenen Onkologen, sondern kann ebenso z. B. auch beim Allgemeinmediziner abgerechnet worden sein. Zudem kann aus den Daten nicht abgeleitet werden, ob es sich um eine akute Versorgung handelt oder ob die Diagnose aus dem vorangegangenen Quartal stammt und somit „stehengeblieben“ ist. Diese beiden Aspekte erklären das Spektrum der onkologischen Diagnosen und dass die durchschnittlichen Kosten pro Fall niedrig ausfallen.

Zweitens haben wir das Leistungsortprinzip zugrunde gelegt und nicht das Wohnortprinzip. Sollten sich Versicherte in großem Umfang für onkologische Be-

handlungen entfernte Behandler suchen, könnten Verzerrungen auftreten. Wir gehen jedoch davon aus, dass dies die generellen Aussagen der Studie nicht betrifft, ebenso erscheint eine generelle Zu- oder Abnahme von räumlich entfernter Inanspruchnahme aufgrund einer Änderung der Finanzierungsbestimmungen derzeit wenig wahrscheinlich.

Drittens konnten wir nur eine Kassenart betrachten, sehen jedoch auch hierdurch keine wesentliche Verzerrung. Viertens berücksichtigt unsere Abschätzung nicht den medizinisch-technischen Fortschritt. Die Betrachtung von drei Jahren im stationären Bereich zeigte Tendenzen, jedoch keine Einbrüche. Für eine strategische Entscheidung sowohl des Managements bei Krankenkassen und Krankenhäusern als auch beim Gesetzgeber kann eine Annahme des Trends zu ambulanter Behandlung daher ausreichen, ohne diesen exakter quantifizieren zu müssen.

Fünftens schließlich sind die ableitbaren Empfehlungen von regionalen Besonderheiten geprägt. Wettbewerbsintensität ist ebenso zu beachten wie Spezialisierung und Versorgungsdichte.

Wir konnten insgesamt am Beispiel der onkologischen Versorgung zeigen, dass der Gesetzgeber eine beachtliche Flexibilität bei der Wahl des Leistungsortes zumindest theoretisch eröffnet hat. Ob dieser von Krankenhäusern und auch Patienten und einweisenden Ärzten genutzt wird, ist jedoch noch offen. Sollte dies in großem Umfang der Fall sein, wird eine Neuordnung des Budget- und Abrechnungssystems zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern unumgänglich sein.

Danksagung

Wir bedanken uns sehr beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO) für die hervorragende und konstruktive Zusammenarbeit und die Überlassung der Daten.

10.5 Anhang

Set an relevanten ICD-Ziffern für den onkologischen Bereich

Zur Gruppe der Patienten mit onkologischen Erkrankungen i. S. d. Richtlinie nach § 116b SGB V zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Tumorgruppen:

1. Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
(ICD-10-GM: C15–C26, C45.1, C47.4, C47.5, C48.1, C48.2, C48.8, C49.4, C73, C74.-, C75.0, C76.2, nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.-, K22.7)
2. Tumore der Lunge und des Thorax
(ICD-10-GM: C33, C34.-, C37-C39, C45.0, C45.2, C47.3, C49.3, C76.1).
3. Knochen- und Weichteil-Tumore
(ICD-10-GM: C40.-, C41.-, C47.1, C47.2, C49.1–C49.9, C76.3, C76.4, C76.5)
4. Hauttumore
(ICD-10-GM: C43.-, C44.-(außer Basaliome), T-Zell-Lymphom der Haut C84.)
5. Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven

- (ICD-10-GM: C47.-, C70-C72, C75.1–C75.5, Lymphome nur bei Lokalisation im ZNS C83.-, C85.-, D32.-, D33.-, D35.2, D42.-, D43.-, D44.4)
6. Kopf- und Halstumore
(ICD-10-GM: C00-C14, C30-C32, C43.0, C43.2, C43.3, C43.4, C44.0–C44.2, C49.0, C73, C75.0, C76.0) C41.0, C44.3, C44.4, C46.0–C46.3, C47.0
 7. Tumore des Auges
(ICD-10-GM: C43.1, C44.1, C49.0, C69.-, C72.3)
 8. Gynäkologische Tumore
(ICD-10-GM: C 50–C58, D05.1)
 9. Urologische Tumore
(ICD-10-GM: C48.0, C 60–C68, C74.-)
 10. Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C46.-, C81–C96, D45.-, D47, D55.-; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese D60.-, D61.-, D64.-; nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten D69.3, D69.4, D69.6; nur Störungen der Granulozytopenie nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik D70.-, D71, D72.-)
 11. Tumore bei Kindern und Jugendlichen
(ICD-10-GM: C11.9, C22.0, C22.2, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C41.01, C41.02, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C47.0, C47.3, C47.4, C47.8, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C56, C62.9, C64, C67.9, C69.2, C 69.6, C71.-, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.3, C75.8, C76.0, C76.1, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C84.4, C84.5, C85.1, C91.00, C91.01, C92.00, C92.01, C92.10, C92.11, C92.30, C92.31, C92.40, C92.41, C92.50, C92.51, C93.00, C93.01, C93.2, C94.00, C94.01, C94.20, C94.21, C95.00, C95.01, C96.0, D30.0, D33.0, D43.0, D44.4, D44.5, D46.0, D46.2, D46.3, D46.7, D47.1, D48.9, D61.0, D61.3, D61.9, D70.0, D72.8, D76.0-D76.1, M72.40, M72.41, M72.44, M72.45, M72.46, M72.47, M72.48)

Andere primäre und sekundäre bösartige Neubildungen nach ICD-10-GM können in Abhängigkeit von der Lokalisation und der Art der Behandlung unterschiedlichen der oben abgegrenzten Tumorgruppen zugeordnet werden: C45.7, C45.9, C47.0, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C75.5, C75.8, C75.9, C76.3, C76.7, C76.8, C77–C80

10.6 Literatur

- Fahlke J, Eder F, Pross M, Lippert H. Chirurgisch-onkologische Therapiemaßnahmen in der ambulanten und kurzzeitstationären Chirurgie. *Der Chirurg* 2004; 75(2): 144–52.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 7: 88; zuletzt geändert am 19. Juni 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008 Nr. 140: 3366; in Kraft getreten am 17. September 2008

- (http://www.g-ba.de/downloads/62-492-284/2008-02-28_Richtlinie%20Master_AK.pdf, Zugriff Juli 2009).
- Lüngen M, Stock S, Krauth C, Gerhardus A, Brandes I, Potthoff P, Müller U, Schmitz H, Klostermann B, Steinbach T, Schwartz FW, Lauterbach K. Leistungen und Kosten der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Versorgung. Ergebnisse der Hochschulambulanzenstudie. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2004; 129: 2399–404.
- Lüngen M. Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung. Berlin: Lit-Verlag 2007.
- Lauterbach K, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lüngen 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-Verlag 2004.
- Imison C, Naylor C, Maybin J. Under one Roof. Will polyclinics deliver integrated care? London: Kings Fund 2008.
- Mross K. Klinische und experimentelle Onkologie in der Zukunft. Onkologie 2002; 25(suppl 1): 71–7.

This page intentionally left blank

11 Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Jürgen Fritze

Abstract

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verlangt von der Selbstverwaltung die Entwicklung eines grundsätzlich gemeinsamen, einheitlichen Entgeltsystems von Tagespauschalen für teil- und vollstationäre Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden hat. Das System soll von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ausgehen. Es soll im Jahr 2013 erstmals – unter dem Schutz der Budgetneutralität – anzuwenden sein. Für die Zeit nach 2013 bedarf es weiterer Vorgaben des Gesetzgebers. Die Systementwicklung muss Probleme bewältigen, die sich aus der hier dargestellten Variabilität von Krankenhaushäufigkeit, Verweildauern, Indikationsspektren und Pflegesätzen zwischen den Bundesländern und damit vermutlich Einrichtungen ergeben, außerdem mit der Variabilität, die sich aus den hier beleuchteten Unschärfen der Operationalisierungen der Psych-PV-Behandlungsbereiche ergeben. Es wird vorgeschlagen, den Prozedurenschlüssel (OPS) sparsam nur um solche Codes zu ergänzen, die trennscharfe Deskriptoren von Patientengruppen mit voraussichtlich unterschiedlichem Ressourcenverbrauch liefern, und auf Komplexleistungs-codes möglichst zu verzichten, damit das System möglichst durch Merkmale der Patienten und nicht der Einrichtungen bestimmt wird. Insbesondere müssen die wahrscheinlich höheren Aufwände, die aus Selbst- oder Fremdgefährdung sowie Pflegebedarf resultieren, trotz datenschutzrechtlicher Widerstände abbildbar werden. Die im Gesetz vorgeschriebene Begleitforschung sollte auf Patientendaten aufsetzen und unmittelbar starten.

Legislation requires that the partners of the self-administration develop an in principle joint, uniform payment system consisting of per diem lump sums for part time and full inpatient treatment in psychiatric and psychosomatic facilities, based on cost homogeneity. The system should start from the „treatment areas“ of the psychiatry personnel directive (Psych-PV). It is to be applied by 2013 for the first time, under the protection of budgetary neutrality. Further legislation is needed for the time after 2013. The new system must manage problems resulting from the profound variability of hospital utilization, length of stay, diagnostic spectra and fees between the federal states and presumably the facilities as well as the variability resulting from the fuzziness of the operationalisations of the „treatment areas“. The author proposes to supplement the Code of Operations and Procedures (OPS) in the interest of efficiency only by codes

which presumably allow a clear distinction of patient groups with probably different resource consumption, and to avoid codes for complex services. In particular, resource consumption resulting from suicidality or aggression as well as special nursing care must become codable in spite of data protection regulations. The accompanying research stipulated by law should rely on patient data and should start at baseline.

11.1 Gesetzlicher Auftrag

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ändert ab 01.01.2009 die nur noch für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gültige Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie mit einem neuen § 17d das Krankenhausentgeltgesetz (KHG). Mit den Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) wird die Personalbemessung in Einrichtungen, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) unterliegen, verbessert. § 17d KHG beauftragt die Parteien der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung), für teil- und vollstationäre Leistungen dieser psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltsystem von Tagespauschalen zu entwickeln, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden hat. Idealtypisch würden aufwands- und kostenhomogene Patientengruppen identifiziert. Das System ist im Jahr 2013 erstmals – unter dem Schutz der Budgetneutralität – anzuwenden. Die Parteien haben sich dabei der Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu bedienen.

Bezüglich der formalen Vorgaben zum Entwicklungs- und Einführungsprozess und im Sinne der Systemlogik nimmt § 17d KHG Bezug auf das für somatische Einrichtungen gültige DRG-System. So sollen beispielsweise für aufwandshomogene Gruppen die Aufwände als Bewertungsrelationen (Relativgewichte) ausgedrückt werden, sodass sich die Tagespauschale aus der Multiplikation des Relativgewichts mit einem Basistageswert ergibt. Die Bewertungsrelationen sind aus den Ist-Kosten (Kostenträgerrechnung) zu ermitteln; indem es sich um Bewertungsrelationen handelt, bedeutet dies nicht etwa, dass künftig Ist-Kosten erstattet würden. Des Weiteren soll die Möglichkeit von Zusatzentgelten genutzt werden, soweit dadurch die Abgrenzung aufwandshomogener Gruppen ermöglicht wird. Einrichtungen, deren Patienten sich noch nicht aufwandshomogenen Gruppen zuordnen lassen, können vorübergehend als „besondere Einrichtungen“ vom neuen Entgeltsystem ausgenommen werden. Mit besonderen Vorhaltekosten verbundene Standortnachteile sollen durch Sicherstellungszuschläge kompensiert werden können. Die Angemessenheit des Systems der Patientenklassifikation und der dazugehörigen Bewertungsrelationen ist grundsätzlich jährlich zu prüfen – also anhand jährlich neuer Datenerfassungen neu zu kalkulieren – und ggf. anzupassen.

11.2 Zweck des Beitrags

Dieser Beitrag soll sich nicht kritisch mit dem Gesetz auseinandersetzen, sondern versuchen datenbasiert zu analysieren, vor welchem Hintergrund das Gesetz umzusetzen ist, mit welchen Problemen dabei zu rechnen ist und welche Lösungen es geben könnte. Das Gesetz enthält auch einen Auftrag zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt und inwieweit auch Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können. Dieser Prüfauftrag gilt damit auch der Frage, inwieweit das künftige Regelleistungsentgeltsystem teilweise oder vollständig Komponenten der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SBG V umfassen kann. Indem psychische Krankheiten überwiegend einen chronischen oder chronisch-rezidivierenden Verlauf nehmen, mit häufigem Wechsel des Bedarfs an ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Behandlung, verspricht hier integrierte Versorgung besondere Vorteile. Obwohl integrierte Versorgung psychisch Kranker also besonders attraktiv sein sollte, spielt sie quantitativ bisher eine deutlich untergeordnete Rolle. Indem §§ 140a ff SBG V sie für psychisch Kranke bereits ermöglicht, hat der diesbezügliche Prüfauftrag keine Priorität, weshalb er hier nicht weiter diskutiert wird. Es sei aber betont, dass integrierte Versorgung psychisch Kranker sich weiter entwickeln sollte. Dies legen auch die hier zu zeigenden Daten zur vollstationären Versorgung nahe, erst recht, wenn man sie in Beziehung zu – hier nicht gezeigten – Daten über rehabilitative Leistungen anderer Einrichtungen und Kostenträger betrachtet.

11.3 Bisheriges Entgeltsystem für psychische Krankheiten

Psychisch Kranke werden unter psychiatrischer Hauptdiagnose in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene bzw. Kinder- und Jugendliche, in psychosomatischen Einrichtungen und in somatischen Einrichtungen stationär behandelt. Hierbei werden die Leistungen somatischer Einrichtungen nach DRGs abgerechnet, während psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit § 17b KHG vom DRG-System ausgenommen sind und krankenhausindividuelle, tagesgleiche Entgelte je Belegungstag abrechnen. Für die psychiatrischen Einrichtungen gibt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) seit 1991 eine Kalkulationsbasis für die Personalbemessung vor, aus der sich grundsätzlich das Jahresbudget der Einrichtungen ergibt. Die für jeden Patienten identischen krankenhausindividuellen Tagespflegesätze psychiatrischer Einrichtungen stellen grundsätzlich Abschlagszahlungen auf das Jahresbudget dar, dessen auf Personalkosten entfallender Anteil aus der Personalbemessung gemäß Psych-PV abgeleitet wird. Nur eine Minderheit der psychosomatischen Einrichtungen wendet die Psych-PV als Basis der letztlich ausgehandelten Tagespflegesätze an.

Gesetz und amtliche Begründung lassen die Motive, warum von dem bisherigen Entgeltsystem künftig abgegangen werden soll, nicht explizit erkennen. Zu den Motiven dürfte gehören, dass die Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung 2005 durch die Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Psychiatrie-Verlag 2007) ergab, dass in einem relevanten Anteil der Ein-

richtungen die Personalbemessung gemäß Psych-PV deutlich unterschritten wurde, was i. W. aus einer Unterfinanzierung gemäß BPfIV resultiere. Zu den Motiven dürfte auch gehören, dass der Personalbemessung gemäß Psych-PV ein Expertenwissen aus der Zeit vor 1990 zugrunde liegt und sich seither die wissenschaftliche Fundierung der Behandlung psychischer Krankheiten und damit die medizinischen Standards erheblich verändert haben. Zu den Motiven dürfte auch gehören, dass für somatische Einrichtungen mit dem DRG-System inzwischen ein System leistungsgerechter Entgelte entwickelt und 2003 eingeführt wurde und jährlich gepflegt wird, während sich für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – die aus gutem Grunde, nämlich um ökonomisch motivierten Schaden von den Kranken abzuwenden – vom DRG-System ausgenommen wurden, fragt, inwieweit die bisherigen krankenhausindividuellen Tagespflegesätze Behandlungsqualität und Effizienz gewährleisten.

Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung unabhängig vom Einrichtungstyp

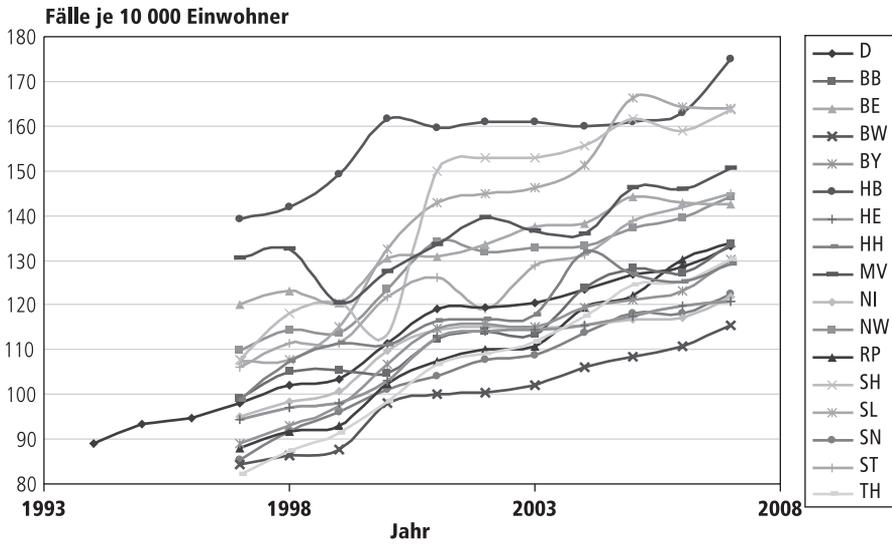
Einige Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung können die Gründe offenbaren, warum ein neues Entgeltsystem entwickelt werden soll, und sie zu kennen erscheint als Grundlage für die Entwicklung eines solchen Systems geboten. Allerdings ist die Möglichkeit von Analysen wegen der noch unzureichenden Gesundheitsberichterstattung schmerzhaft begrenzt. Datenquellen bietet nur das Statistische Bundesamt. Grundsätzlich könnten auch Daten der Kostenträger herangezogen werden; diese müssten aber zusammengeführt werden (wie gemäß § 303a ff SBG V vorgesehen), da bei Berücksichtigung nur versicherungsindividueller Daten Verzerrungen zu erwarten wären.

Gemäß der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes ist die Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10000 Einwohner) aufgrund von psychischen Krankheiten (ICD-10 Kapitel F) in den letzten Jahren erheblich gestiegen (Abbildung 11–1). Über die Jahre recht konstant entfallen davon 25–30% auf somatische (dem DRG-System unterliegende) Einrichtungen, die zu einem beachtlichen Teil insbesondere Suchterkrankungen versorgen.

Parallel ist die Krankenhausverweildauer der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose über die Jahre gesunken (Abbildung 11–2). Die abgebildeten Zeitreihen (aus der sog. tiefgegliederten Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes) differenzieren nicht zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen einerseits und somatischen andererseits. Dies würde Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes verlangen. Öffentlich zugängliche Daten zu teilstationären Fällen fehlen. Eine Interpretation der beiden zeitlichen Trends im Sinne der therapeutischen Angemessenheit soll hier nicht interessieren, zumal sie vage bleiben müsste. Als Erklärung für die steigende Krankenhaushäufigkeit erscheint eine sich ändernde Morbidität vor dem Hintergrund epidemiologischer Studien aber wenig wahrscheinlich. Grund für den Anstieg ist eher eine wachsende Inanspruchnahme, die auch Ausdruck einer willkommenen Entstigmatisierung psychischer Krankheiten und psychiatrischer Einrichtungen sein kann – willkommen auch, weil dies frühere und sachgerechtere Therapie ermöglichen kann. Wegen des Fallbezuges der Daten des Statistischen Bundesamtes kann eine steigende Wiederaufnahmerate nur postuliert

Abbildung 11-1

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) in Deutschland und nach Bundesländern



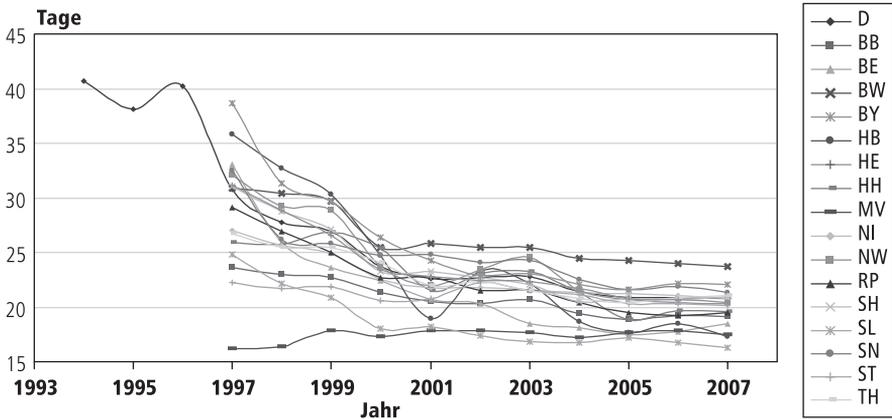
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Abbildung 11-2

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose



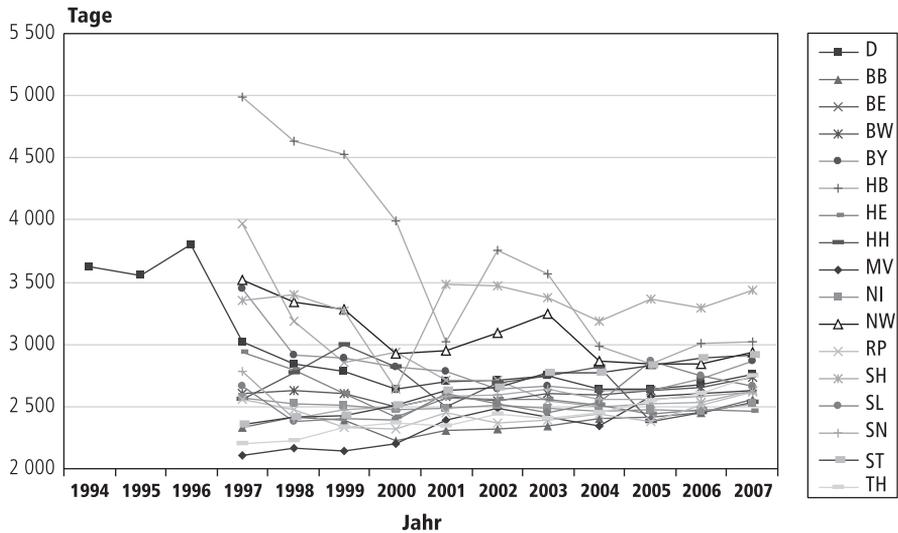
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Abbildung 11–3

Vollstationäre Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) je 10 000 Einwohner nach Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt; ob der Peak im Jahr 1996 ein Artefakt darstellt, lässt sich nicht klären

Krankenhaus-Report 2010

Wido

werden. Tatsächlich zu objektivieren wäre sie nur, wenn personenbezogene (selbstverständlich pseudonymisierte) Daten zur Verfügung stünden. Tatsächlich ist aus Daten einzelner Krankenversicherer erkennbar, dass die Wiederaufnahmerate steigt, was aber aus epidemiologischen Gründen nur generalisierbar und dann interpretierbar wäre, wenn die Daten im Sinne einer repräsentativen Stichprobe zusammengeführt würden. Dies ist mit § 303a ff SBG V grundsätzlich möglich, aber nicht umgesetzt.

In der Summe aller Belegungstage wegen psychischer Krankheit ist bis zum Jahr 2000 ein Rückgang zu verzeichnen; seither ist kein systematischer Trend erkennbar. Als Substitut für den nicht möglichen Personenbezug – eigentlich relevant wäre die Summe der Belegungstage je Patienten über das Jahr – wird der mögliche Effekt der Wiederaufnahmerate anhand der Belegungstage je 10 000 Einwohner illustriert (Abbildung 11–3). Zwischen den Bundesländern – und vermutlich zwischen den Einrichtungen – variieren Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11–1), –verweildauer (Abbildung 11–2) und Belegungstage (Abbildung 11–3) erheblich, wobei Unterschiede der Morbidität, die dies erklären könnten, unwahrscheinlich sind. Zu den Gründen dürfte gehören, dass die Krankenhausplanung in den Hoheitsbereich der Bundesländer gehört, worauf auch Unterschiede der regionalen Kapazitäten der vertragsärztlichen und komplementären Versorgung Einfluss haben können, woraus wiederum angebotsinduzierte Nutzung resultieren kann. Auf die grundsätzlich mögliche Analyse der nach den Krankenhausplänen der Länder vorgehaltenen Betten/Plätze wird hier verzichtet und auf den jüngsten Bericht „Psychiatrie

in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz verwiesen.

Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung durch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

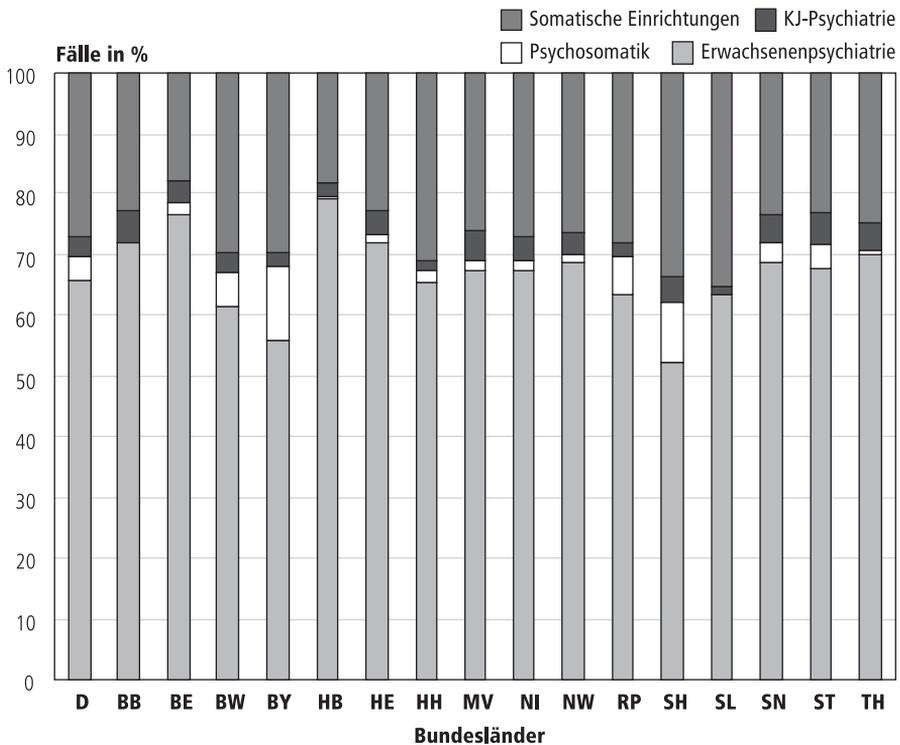
Für die Entwicklung eines Systems leistungsgerechter Entgelte von Relevanz ist die Variabilität (Abbildung 11–1 und 11–2) von Krankenhaushäufigkeit und –verweildauer zwischen den Bundesländern und damit vermutlich (krankenhausindividuelle Daten sind nicht zugänglich) zwischen den einzelnen stationären Einrichtungen. Um zumindest einen punktuellen Eindruck zu gewinnen, wurden exemplarisch für das Jahr 2007 (jüngster verfügbarer Jahrgang) die Bundesländer bezüglich Krankenhaushäufigkeit und –verweildauer ausschließlich der psychiatrischen (für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) und psychosomatischen Einrichtungen verglichen. Im Jahr 2007 wurden in den Bundesländern zwischen 95 % und 100 % der Fälle von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dort unter einer psychiatrischen Hauptdiagnose (aus ICD-10-Kapitel F) behandelt. Es ist nicht auszuschließen, dass sich im jeweiligen Rest (Hauptdiagnosen aus allen anderen ICD-Kapiteln) auch Fehlkodierungen verbergen, weshalb diesem Thema nicht nachgegangen werden soll.

Die Versorgungsanteile vollstationärer Fälle der Einrichtungstypen variieren zwischen den Bundesländern erheblich (Abbildung 11–4). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die entsprechend den Krankenhausplänen vorgehaltenen – und hier insbesondere die teilstationären – Kapazitäten erheblich variieren und Brandenburg und das Saarland keine spezialisierten Einrichtungen für Psychosomatik ausweisen. Es kann nicht beurteilt werden, inwieweit die Unterschiede angemessen sind, um besonderen regionalen Versorgungsbedarfen zu genügen.

Die für alle Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose unabhängig vom Fachabteilungstyp festgestellte Variabilität der Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11–1) zwischen den Bundesländern ergibt sich auch für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–5), Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin) (Abbildung 11–6; die Bundesländer Brandenburg und Saarland weisen keine separaten Einrichtungen für Psychosomatik aus) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–7), wobei der Einfluss unterschiedlicher Altersstrukturen der Bundesländer nicht berücksichtigt wird. Es soll unkommentiert bleiben, welche Rationalitäten sich hinter der Variabilität verbergen; z. B. können die in urbanen Zentren bekannte höhere Morbidität oder Unterschiede der Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Versorgungsangebote dazu beitragen, aber auch eine Versorgung über die Landesgrenzen hinweg wie z. B. in Bremen. Da der Personenbezug fehlt, kann nicht abgeschätzt werden, welchen Beitrag zur Variabilität unterschiedliche Wiederaufnahmeraten leisten. Die Versorgung über die Landesgrenzen hinweg dürfte eine Erklärung insbesondere für die Variabilität der Inanspruchnahme psychosomatischer Einrichtungen mit Häufigkeitsgipfeln in Bayern und Schleswig-Holstein darstellen (Abbildung 11–6); daraus ergibt sich die Frage, inwiefern diese Einrichtungen neben dem akutmedizinischen Versorgungsauftrag auch rehabilitativ tätig sind. Die Variabilität der Inanspruchnahme von Einrichtungen der

Abbildung 11–4

Vollstationäre Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Art der versorgenden Einrichtung 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

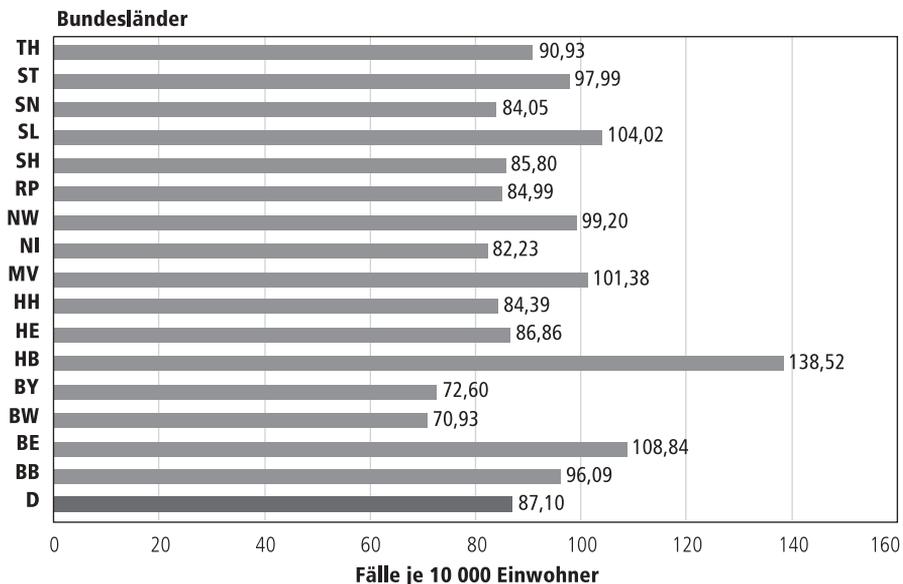
Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–7) lässt sich nicht durch die Altersstruktur erklären.

Die für alle Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose unabhängig vom Fachabteilungstyp festgestellte Variabilität der Krankenhausverweildauer (Abbildung 11–2) zwischen den Bundesländern zeigt sich auch für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–8), der Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin) (Abbildung 11–9) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–10). Wiederum soll und kann nicht untersucht werden, welche Rationalitäten sich dahinter verbergen (z. B. Unterschiede in den komplementären Versorgungsstrukturen), da der Datenmangel keine schlüssigen Interpretationen erlaubt. Die Variabilität der Belegungstage je 10 000 Einwohner zwischen den Bundesländern ähnelt derjenigen der Krankenhaushäufigkeit, weshalb die Daten hier nicht dargestellt werden.

Aus ökonomischer Perspektive interessieren die Belegungstage (Produkt aus Fällen und Verweildauer), wobei zu den Unterschieden zwischen den Bundesländern Unterschiede der Wiederaufnahmeraten beitragen können. Dies ist anhand der

Abbildung 11–5

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

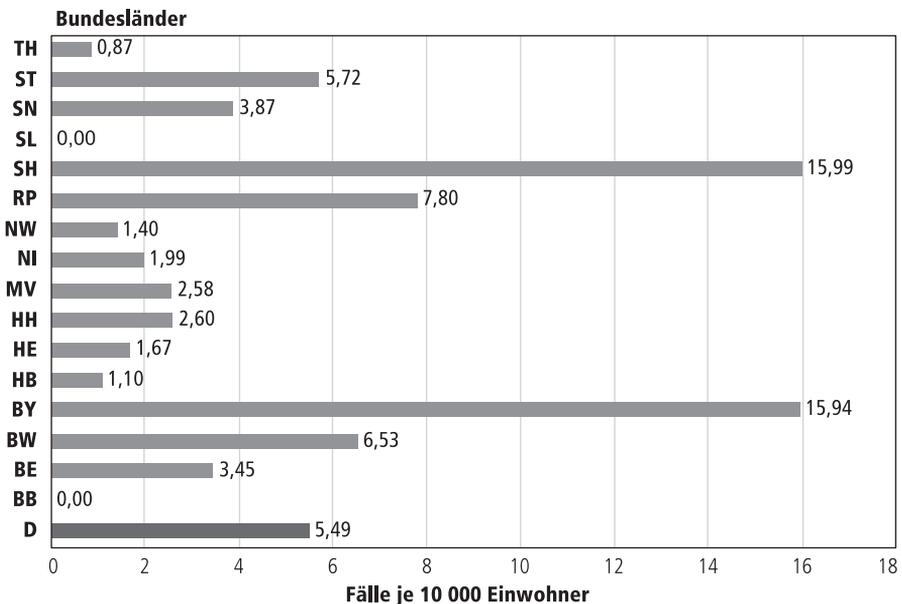
WlDO

öffentlich zugänglichen fallbezogenen Statistik, also ohne Personenbezug, nur spekulativ möglich, indem man die Belegungstage je 10 000 Einwohner betrachtet. Dabei liegt für die Erwachsenenpsychiatrie Bremen mit 2 619 an der Spitze, gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 2 471. Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 1 876 am unteren Ende. Für die psychosomatischen Einrichtungen führt Bayern mit 579, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 608, am unteren Ende liegt Thüringen mit 42. Für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt Sachsen-Anhalt mit 355, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 312, am unteren Ende liegt das Saarland mit 82. Die krasse Variabilität zumindest bei Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychosomatik signalisiert, dass das Kriterium Belegungstage je Einwohnerzahl nur mit großer Vorsicht als Substitut für die Wiederaufnahmerate bei fehlendem Personenbezug interpretiert werden kann.

Bezüglich der versorgten Indikationen gibt es zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bei den affektiven Störungen (ICD-10 F3), den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F4) sowie den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6) erhebliche Überlappungen, während die originär psychosomatischen Störungen (ICD-10 F5) in psychosomatischen Einrichtungen eine quantitativ eher untergeordnete Rolle spielen (Abbil-

Abbildung 11–6

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

dung 11–11). Dies hat der Gesetzgeber gewürdigt, indem er für beide Einrichtungstypen grundsätzlich ein einheitliches Entgeltsystem vorsieht.

Die Diagnosespektren in psychiatrischen (Abbildung 11–12), psychosomatischen (Abbildung 11–13) und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Abbildung 11–14) erklären wohl kaum die Unterschiede der Verweildauern zwischen den Bundesländern. Auch die Altersverteilungen in psychiatrischen (Abbildung 11–15) und psychosomatischen (Abbildung 11–16) Einrichtungen können die Verweildauerunterschiede zwischen den Bundesländern allenfalls zu einem kleinen Teil erklären. Für psychiatrische Einrichtungen könnte ein Zusammenhang zwischen Alter und Verweildauer bestehen, der gleichwohl beim Vergleich nur auf Ebene der Bundesländer ($r = 0,26$) nicht signifikant ist. Für psychosomatische Einrichtungen wird ein signifikanter inverser Zusammenhang ($r = -0,56$) beobachtet, der nur als deskriptiv zu verstehen ist und erklärungsbedürftig wäre.

Die Variabilität der Verweildauern steht in Einklang mit dem Befund, dass bei psychischen Krankheiten die Diagnose einen nur sehr beschränkten prädiktiven Wert für den Ressourcenbedarf und damit auch die Verweildauer hat. Dies hat der Gesetzgeber gewürdigt, indem das künftige Entgeltsystem grundsätzlich keine Fallpauschalen vorsehen soll (Abbildung 11–15 und 11–16).

Abbildung 11–7

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

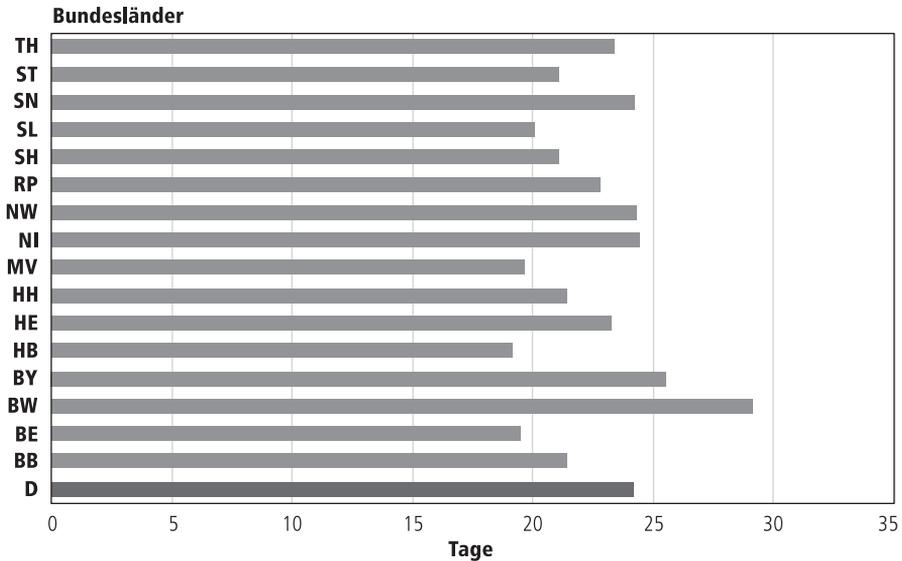
Krankenhaus-Report 2010

WIdO

11.4 Behandlungsbereiche der Psych-PV als Patientenklassifikationssystem

§ 17d KHG schreibt vor, als Patientenklassifikationssystem sei von den mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) definierten Behandlungsbereichen auszugehen, soweit Patienten in Einrichtungen behandelt werden, die die Psych-PV bisher anwenden, ansonsten – das gilt wohl für die Mehrzahl der psychosomatischen Einrichtungen – von Alter, Geschlecht, Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD, Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Die Behandlungsbereiche gemäß Psych-PV können als Komplexcode verstanden werden, wie sie in den letzten Jahren zunehmend Eingang in den OPS gefunden haben. Es bietet sich also an, für die vom Gesetz geforderte jährliche elektronische Lieferung der Zuordnung jedes einzelnen Krankenhausfalles zu einem der Psych-PV-Behandlungsbereiche grundsätzlich für jeden Behandlungstag – soweit sich im Verlauf eine Änderung ergibt – durch Zuordnung der 25 Behandlungsbereiche zu Pseudo-OPS-Codes zu ermöglichen. Dann würden also die Behandlungsbereiche im OPS kodiert. Da aber für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen dieselbe Verpflichtung wie für somatische Einrichtungen gilt, u. a. die OPS-Codes auch im Rahmen der Lieferung der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V zu liefern, müssten die Partner der Selbstver-

Abbildung 11–8

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

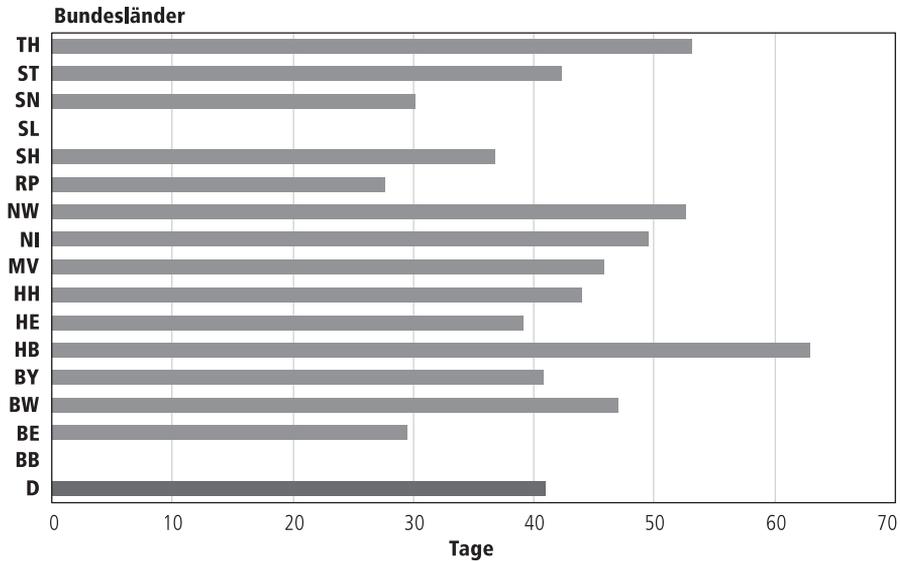
Wido

waltung klarstellen, dass diese – neue – Transparenz in den kommenden Jahren nicht in den Pflegesatzvereinbarungen missbraucht wird. Auch formalrechtlich wäre das ausgeschlossen, da sich die Budgetbemessung ausschließlich aus den vier Stichtagserhebungen eines Jahres ergibt, also nicht aus den Psych-PV-Zuordnungen aller Fälle eines Jahres.

Die Psych-PV und ihre Anlagen beschreiben die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche. Abgrenzungskriterien sind grundsätzlich das Alter (z. B. < 19 Jahre: Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, 19 bis 65 Jahre: Allgemeinpsychiatrie, > 64 Jahre: Gerontopsychiatrie), die Indikation (Abhängigkeitskranke vs. alle anderen), vollstationäre vs. tagesklinische (A6, S6, G6, KJ7) Behandlung, Psychotherapie (A5, S5, G5) vs. keine Psychotherapie in relevantem Umfang sowie dann jeweils die Behandlungsziele, die Behandlungsmittel und bestimmte Merkmale des Patienten. Analog der Komplexcodes des OPS beschreibt die Psych-PV für die Behandlungsbereiche die an der Behandlung mitwirkenden Berufsgruppen einschließlich ihrer dabei entstehenden – durchschnittlichen – Zeitaufwände.

In Anlehnung an die derzeitige Entwicklung in der Schweiz könnten die Behandlungsbereiche der Psych-PV schlicht als definierendes und damit abschließend abgrenzendes Merkmal der „aufwandshomogenen Gruppen“ herangezogen werden, sodass den Behandlungsbereichen auf Basis der grundsätzlich jährlichen Kostenträgerrechnung Bewertungsrelationen (Relativgewichte) zugeordnet würden. Aus den Zeitaufwänden der mitwirkenden Berufsgruppen ließen sich problemlos

Abbildung 11–9

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

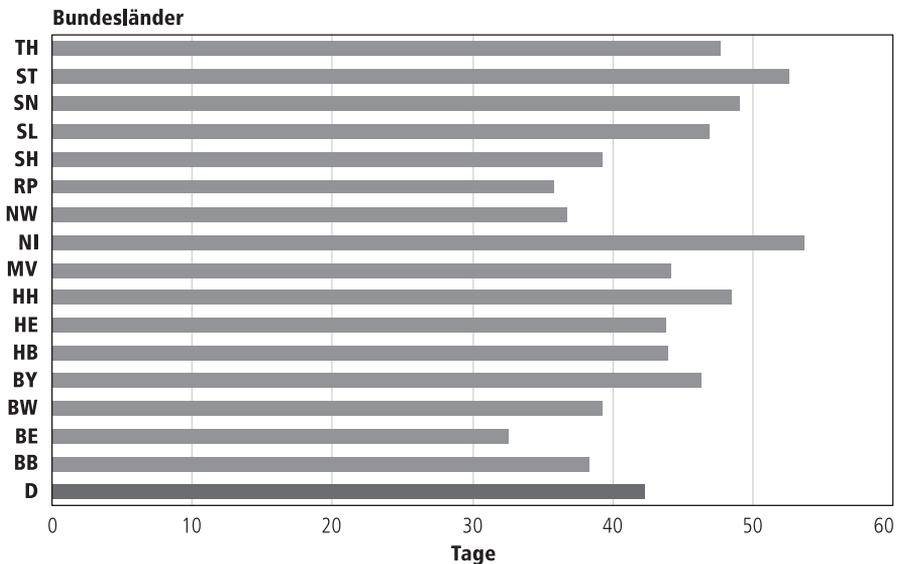
Wido

anhand der Lohnkosten Kosten und daraus die Bewertungsrelationen ableiten. Damit würde sich die Kostenträgerrechnung im Start „erübrigen“. Die dann folgende jährliche Kostenträgerrechnung würde „nur“ (mit kaum vertretbarem bürokratischen Aufwand) prüfen, welche Zeitaufwände jeder Berufsgruppe bei jedem einzelnen Patienten tatsächlich angefallen sind und die Bewertungsrelationen entsprechend anpassen.

Ein solches Verfahren würde voraussetzen, dass die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche anhand der von der Psych-PV und ihren Anlagen vorgegebenen Merkmale trennscharf sind. Anderenfalls wären letztlich nicht aufzulösende Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern über die Korrektheit der Zuordnung zum einen oder anderen Behandlungsbereich zu erwarten. In der Vergangenheit beschränkten sich derartige Auseinandersetzungen auf die überschaubare Zahl der Patienten an den vier Tagen der Stichtagserhebung eines Jahres. In Zukunft würden die Auseinandersetzungen jedem einzelnen Patienten und grundsätzlich jedem seiner Behandlungstage gelten, wobei die Patientenstruktur dann nicht mehr nur budget-, sondern auch entgeltrelevant ist. Sind die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche also hinreichend trennscharf?

Wenn die Operationalisierungen trennscharf wären, dann müssten die Einstufungen an den Stichtagserhebungen über die letzten Jahre – nach Abschluss der Enthospitalisierung und Aufbau komplementärer Versorgungsstrukturen (betreutes Wohnen etc.) – recht stabil sein. Tatsächlich haben aber rehabilitative Behandlung

Abbildung 11–10

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

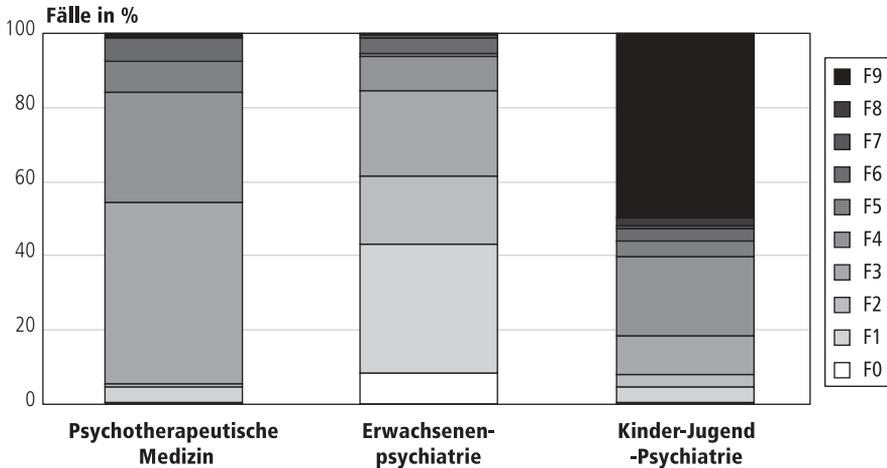
WIdO

(A3, S3, G3) und „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ (A4, S4, G4) zugunsten der Regelbehandlung (A1, S1, G1) und Intensivbehandlung (A2, S2, G2) erheblich an Anteilen verloren (Abbildung 11–17). Es darf vermutet werden, dass dieser Trend auch ökonomischen Motiven zu verdanken ist, wobei aber auch eine steigende Wiederaufnahmerate im Sinne von Kriseninterventionen und Leistungsverlagerungen beigetragen haben mögen. Bei dieser Betrachtung wird bewusst die tagesklinische Behandlung ignoriert, da deren Inanspruchnahme und damit Anteil (Abbildung 11–18) wesentlich davon abhängt, ob und wie viele tagesklinische Behandlungsplätze in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen und aufgrund der Pflegesatzvereinbarungen finanziert sind. Aus Gründen auf Seiten der Patienten ist die Variabilität zwischen den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–18 links) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–18 rechts) jedenfalls nicht interpretierbar. Da sich die therapeutischen Leistungen im teilstationären Setting nicht grundlegend vom vollstationären unterscheiden, wäre zu prüfen, ob das Strukturmerkmal Setting (Ort der Leistungserbringung) in einem künftigen System nicht im Interesse größerer Flexibilität zugunsten der Patienten ausgegliedert werden kann.

Ein durch eindeutige Grenzen definiertes Alterskriterium könnte eine kategoriale und damit konfliktfreie Abgrenzung erlauben, wenn nicht die Psych-PV z. B. die Zuordnung zur Gerontopsychiatrie mit dem Merkmal „in der Regel über 65 Jahre alt“ operationalisieren würde. Das derzeit von Medicare auf Basis rund zehnjähriger

Abbildung 11–11

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (PP), Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (PM) und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

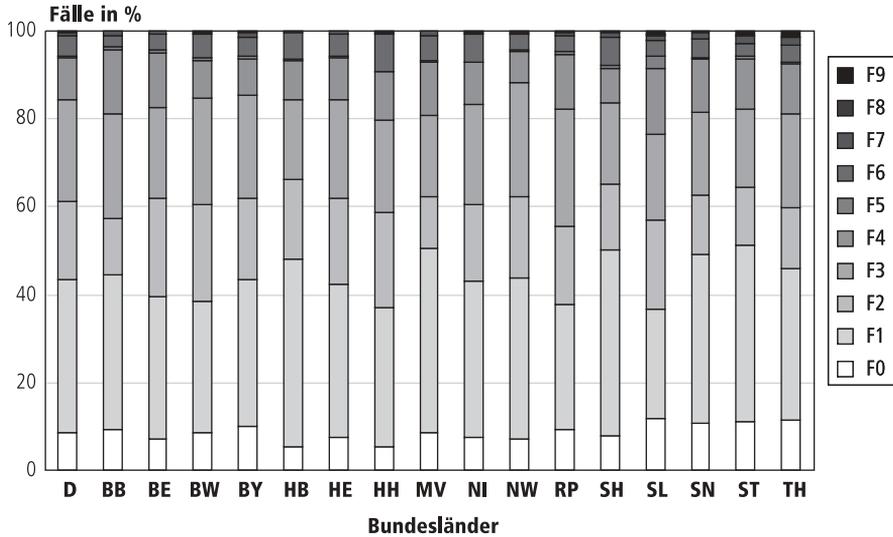
WldO

ger Entwicklungsarbeit in den USA eingeführte „Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System“ (IPFPPS) legt nahe, dass Behandlungsaufwände mit dem Alter korrelieren, sodass das neue System möglicherweise mehr und andere Altersplits als die Psych-PV vorsehen müsste. Das Indikationskriterium „Abhängigkeitskranke“ ist durch keine Aufwandskalkulationen fundiert, sondern rechtfertigt sich historisch wohl aus der Idee, diese Patienten auf indikativen Spezialstationen besser erreichen zu können. Das Abgrenzungskriterium Behandlungssetting ist zwar trennscharf, beschreibt aber lediglich, in welchem Setting der Patient tatsächlich behandelt wird, macht dies aber nicht abhängig vom spezifischen Bedarf und Bedürfnissen des Patienten. Die Intensivbehandlung (A2, S2, G2) grenzt sich von den anderen Bereichen durch manifeste Selbstgefährdung, Fremdgefährdung und somatische Vitalgefährdung ab. Nur implizit darf man voraussetzen, dass diese Merkmale alternativ und nicht additiv gemeint sind. Bedeutet aber das Merkmal „Krisenbewältigung“ bei den Behandlungszielen sowie die Merkmale „Erst- und Notfallbehandlung“ bei den Behandlungsmitteln eine zeitliche Befristung, und wenn ja, welche? Ist das Kriterium „Psychotherapie“ (A5, S5, G5) damit vereinbar, dass psychiatrische Therapie heute grundsätzlich immer auch Psychotherapie ist? Hier liegt wohl der Grund, warum die Psych-PV dieses Kriterium für die KJP nicht vorsieht. Die längerfristige Tragfähigkeit der Psych-PV-Bereiche als Patientenklassifikationssystem erscheint fraglich.

Die Trennschärfe der Operationalisierungen der Behandlungsbereiche wird nicht nur durch die Veränderung der Zuordnungen über die Zeit (Abbildung 11–17)

Abbildung 11–12

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

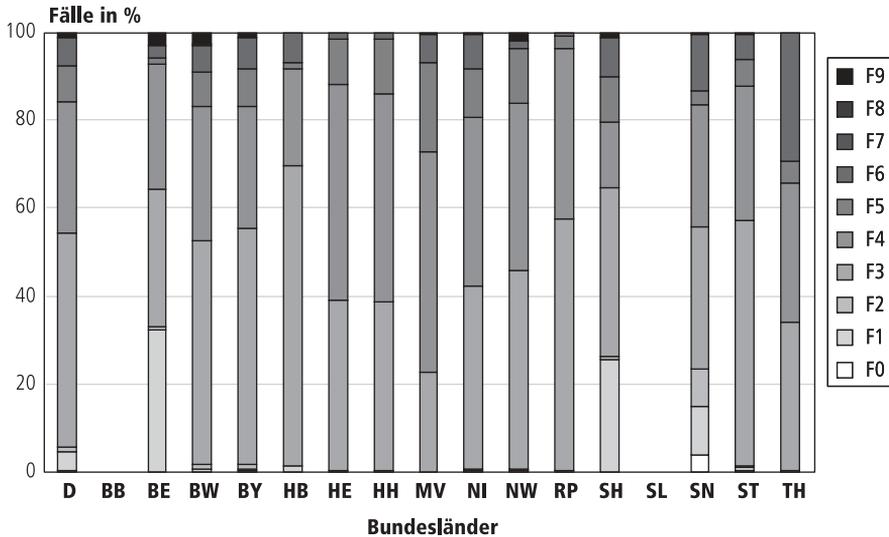
Wido

in Frage gestellt, sondern auch durch die Variabilität zwischen den Bundesländern. Dies wird in Abbildung 11–19 exemplarisch für die Intensivbehandlung (A2+S2+G2) in der Erwachsenenpsychiatrie illustriert. Auch diese Variabilität dürfte sich kaum aus Merkmalen auf Seiten der Patienten erklären. Ein Vergleich offenbart nicht den theoretisch denkbaren inversen Zusammenhang zwischen dem Anteil der Intensivbehandlung und der Bettenmessziffer (Betten/Plätze je 10 000 Einwohner), die in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen am niedrigsten liegt und in Bremen und Hamburg (hier aber auch Landesgrenzen-überschreitende Versorgung) und Nordrhein-Westfalen am höchsten.

Es fragt sich also, ob die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche nicht zumindest geschärft werden müssen, bevor sie gemäß § 17d Absatz 9 KHG i. V. m. § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für jeden voll- und teilstationären Fall und hier grundsätzlich jeden Belegungstag ab voraussichtlich März 2010 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. Diese Schärfung dürfte aber selbstverständlich keine substantziellen Änderungen (die mit dem Gesetz unvereinbar wären) an den Vorgaben der Psych-PV vornehmen. Des Weiteren fragt sich, ob eine Festlegung auf die Behandlungsbereiche der Psych-PV als letztlich Abrechnungseinheiten die Fortentwicklung in Richtung leistungsgerechter Entgelte unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts fördern oder nicht eher hemmen würde. Dazu gehört, dass Verfahrensschritte vorzusehen sind, die erlauben, den Prüfauftrag des Gesetzes (§ 17d Absatz 1 KHG) anzugehen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der

Abbildung 11–13

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

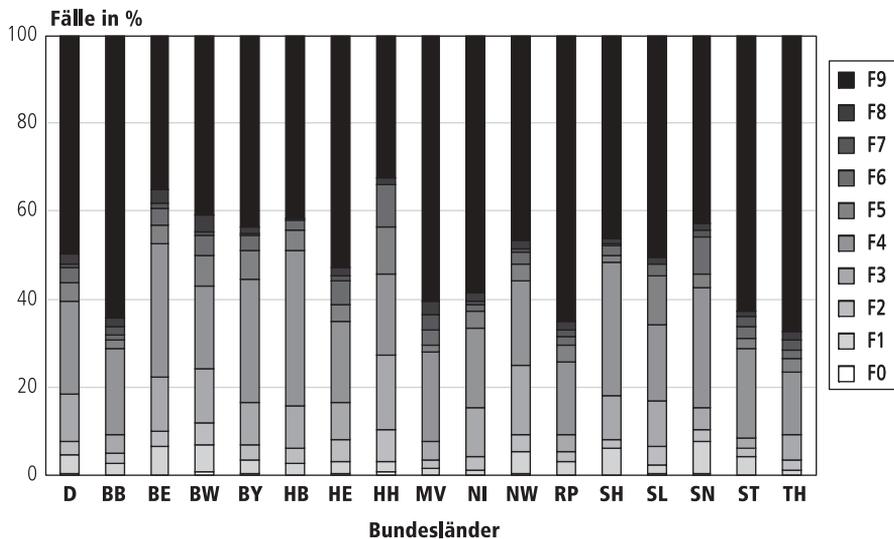
psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können – also z. B. Hometreatment. Dabei hilft der Bezug zur Psych-PV nicht. Als neue Dokumentationspflicht haben hierfür Institutsambulanzen nach § 295 SGB V Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD, Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) etc. zu übermitteln.

Eine Alternative wäre, die Schärfung der Operationalisierungen in Form von Kodierrichtlinien (analog zum DRG-System) vorzunehmen. Die Zuständigkeit für – dann spezifisch psychiatrisch-psychosomatische – Kodierrichtlinien läge bei den Partnern der Selbstverwaltung, sodass Fachgesellschaften und Berufsverbände keine unmittelbaren Mitwirkungsrechte hätten.

Gemäß amtlicher Begründung des Gesetzes soll für die Systementwicklung von der Psych-PV ausgegangen werden. Das bedeutet aber auch, dass an den Behandlungsbereichen der Psych-PV nicht dauerhaft festgehalten werden soll. Das kann nur bedeuten, dass letztlich ein neues Patientenklassifikationssystem zu entwickeln ist, das – soweit geboten – in Analogie zum DRG-System jährlich anzupassen sein wird. Internationalen Vorbildern folgend werden Patientenklassifikationssysteme aus Diagnosen (ICD), Operationen und Prozeduren (hier OPS) abgeleitet. Die Besonderheit des neu zu entwickelnden Klassifikations- und darauf aufbauenden Entgeltsystems für psychisch Kranke liegt nur darin, dass statt DRGs Tagespauschalen verwendet werden sollen. Hier ist strikt dem Prinzip der Datenbasierung bei der Systementwicklung zu folgen; dies zu verlassen, würde Beliebigkeit bedeuten.

Abbildung 11–14

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

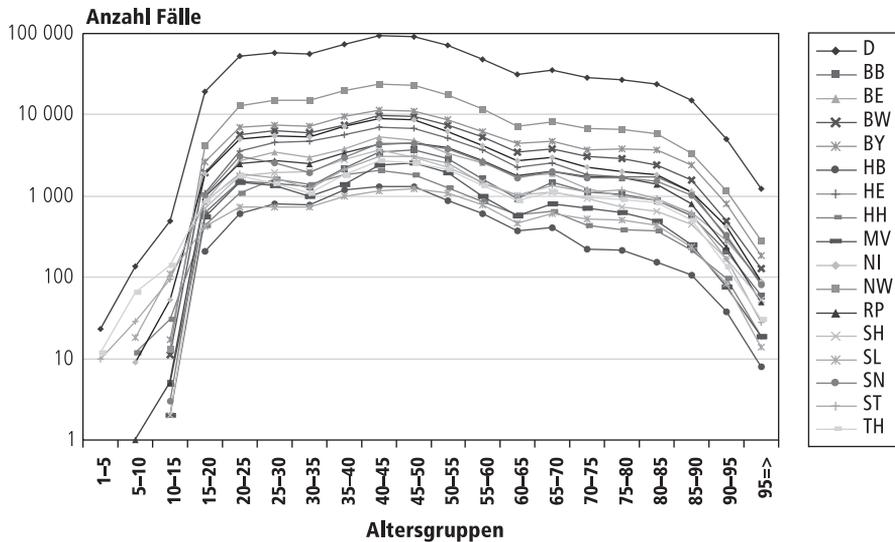
11.5 ICD- und OPS-Basierung der Systementwicklung

Den Psych-PV Kategorien könnten – alternativ zu speziellen Kodierrichtlinien oder geschärfter Beschreibung der Behandlungsbereiche – als Operationalisierung OPS-Codes (Einzel- und/oder Komplexleistungen) hinterlegt werden. Der OPS muss bereits derzeit von psychiatrischen, psychosomatischen und somatischen Einrichtungen unabhängig vom jeweiligen Entgeltsystem zur Beschreibung der Fälle angewendet werden, soweit er geeignete Codes enthält. Der OPS müsste also erweitert werden. Andererseits müsste aber der gültige OPS ohnehin um für die Abbildung von Leistungen bei psychisch Kranken ungeeignete Codes bereinigt werden; das gilt auch für die Anwendung in somatischen Einrichtungen. Auch die amtliche Deutsche Modifikation der ICD-10 müsste für Zwecke der Systementwicklung und -pflege angepasst werden. Hier hätten Fachgesellschaften und Berufsverbände im Vorschlagsverfahren des zuständigen Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eines der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordneten Institute, unmittelbare Mitwirkungsrechte.

Um datenbasierte Systementwicklung zu ermöglichen, bedarf es geeigneter Deskriptoren, also geeigneter ICD- und OPS-Codes, die die trennscharfe Bildung aufwandshomogener Gruppen erlauben. Folglich sind unausweichlich Anpassungen des OPS (und der ICD-10-GM) vorzunehmen, die ihrerseits jährlich überprüft und

Abbildung 11–15

Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt; aus methodischen Gründen nicht bezogen auf die Einwohnerzahl

Krankenhaus-Report 2010

Wido

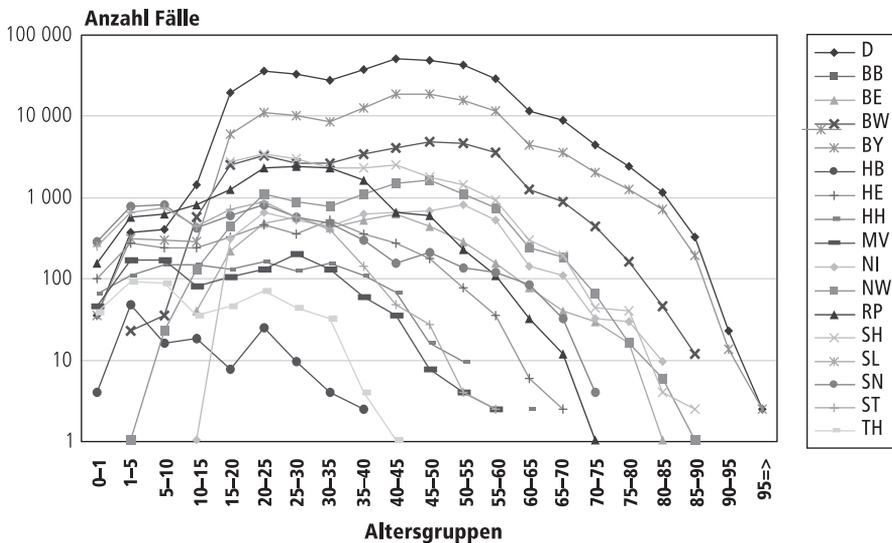
ggf. optimiert werden. Dabei gilt jedenfalls für den OPS im Interesse der Begrenzung bürokratischer Aufwände der Grundsatz, nur Anpassungen und Ergänzungen vorzunehmen, die tatsächlich bessere, trennschärfere Deskriptoren zur Abgrenzung mutmaßlich aufwandshomogener Gruppen liefern. Es kann also nicht darum gehen, möglichst umfassend die Leistungen am einzelnen Patienten abbilden zu wollen (auch wenn solche Informationen möglicherweise der Kostenträgerseite gut gefallen würden), sondern Fälle identifizierbar zu machen, die durch besondere Aufwände herausragen.

Es kann nicht darum gehen, mit Komplexcodes, die detailliert auf die Minute genau den Einsatz von Berufsgruppen vorgeben, vermeintlich für den Patienten unverzichtbare Strukturqualitätsstandards bewahren oder durchsetzen oder die drei Fachgebiete voneinander abgrenzen zu wollen. Das würde einen gigantischen Bürokratismus induzieren, indem dann letztlich täglich alle Einsatzminuten jeder Berufsgruppe zu erfassen wären, damit der vom Kostenträger beauftragte Medizinische Dienst nachrechnen kann.

Leistungen, die i. W. alle Patienten in vergleichbarer Intensität erhalten, brauchen nicht kodiert zu werden. Patienten, die einen vergleichbaren Ressourcenverbrauch beanspruchen, brauchen nicht durch OPS-Codes voneinander abgegrenzt zu werden, auch wenn sie sich in medizinischen Kriterien unterscheiden; hier ist das InEK – wie im DRG-System gelebt – gehalten, auf Basis der ICD-10-GM medizinisch transparente Untergruppen trotz gleicher Bewertung zu bilden. Falls sich bei

Abbildung 11–16

Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt, aus methodischen Gründen nicht bezogen auf die Einwohnerzahl

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

dieser jährlichen Kostenkalkulation (s. u.) ergibt, dass sich die Aufwände bei Fällen mit vergleichbaren Diagnosen (Indikationen) zwischen den Einrichtungstypen deutlich unterscheiden, so erlauben (im Datensatz nach § 21 KHEntgG) bereits der Fachabteilungsschlüssel und die Entgeltschlüssel eine dem InEK entsprechende Abgrenzung.

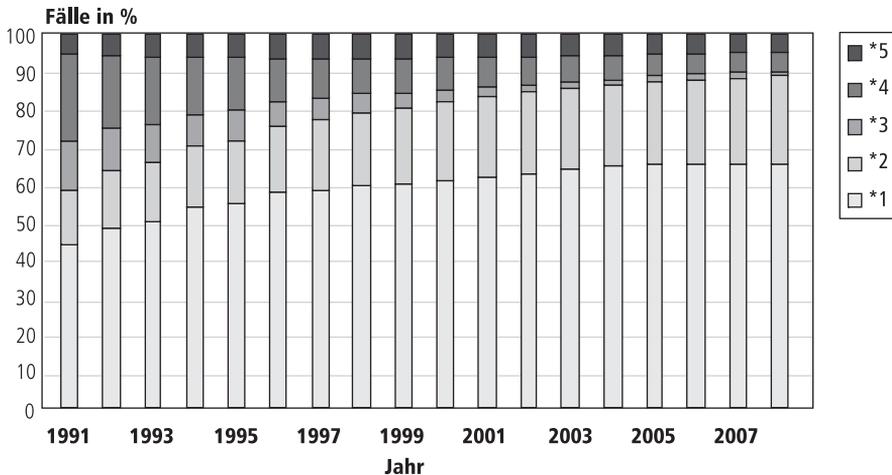
Detailprobleme bei ICD und OPS

Suizidalität bzw. Fremdgefährdung bzw. vitale Gefährdung bedürfen eines erhöhten Einsatzes personeller und anderer Ressourcen. Dies würdigt grundsätzlich bereits die Psych-PV. Vitale Gefährdung – ein Kriterium der Psych-PV – dürfte für das zu entwickelnde Patientenklassifikationssystem keiner spezifischen Kodiermöglichkeit bedürfen, da sie sich aus der Hauptdiagnose (z. B. Delir) und den ohnehin zu kodierenden somatischen Nebendiagnosen ergibt. Dasselbe gilt – neben dem Alter – für die Zuordnung zur Gerontopsychiatrie.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dürften das Alter und die altersspezifischen Diagnosen für den Start der Systementwicklung weitgehend hinreichende, trennscharfe Deskriptoren darstellen. Ob demgegenüber z. B. Familientherapie, die einen ergänzenden Deskriptor darstellen könnte, mit einem Code aus OPS 9-40 hinreichend abgebildet wird (und dieser Code nicht ohnehin renoviert werden müsste), wäre zu prüfen. Dasselbe würde z. B. vermutlich für die Klinikschule gelten. Vermut-

Abbildung 11–17

Verteilung der vollstationären Krankenhaufälle auf die Behandlungsbereiche bei den jeweils vier Stichtagserhebungen eines Jahres in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 1991–2008



* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen (2008; 1991: 81 Einrichtungen)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

lich gesondert wäre ein Code für Eltern-Kind-Behandlung vorzusehen, der auch in der Erwachsenenpsychiatrie im Kontext der Puerperalpsychosen bedeutsam wäre.

Die Möglichkeiten der Kodierung von Suizidalität bzw. Fremdgefährdung wurden in der ICD-10-GM aus vermeintlich datenschutzrechtlichen Notwendigkeiten erheblich eingeschränkt: Verblieben ist allein „X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung“, was eine vorausgegangene Selbstschädigung voraussetzt, also die Kodierung allein der Suizidgefahr nicht erlaubt. Fremdgefährdung ist überhaupt nicht kodierbar, weil „Y09.9! Tätlicher Angriff“ nicht dem Täter, sondern dem Opfer gilt. Darüber hinaus untersagt die Deutsche Kodierrichtlinie 1916e ausdrücklich, die Absicht der Selbsttötung (X84.9!) zu kodieren. Möglicherweise geht auch von den Einzelfällen, die aus Gründen der Selbst- und Fremdgefährdung fixiert und weitgehend 1:1 überwacht werden müssen, ein darüber hinausgehender Ressourcenverbrauch aus, sodass hierfür eine Kodiermöglichkeit geschaffen werden müsste. Auch die Tatsache einer Unterbringung nach Betreuungsrecht oder den Unterbringungsgesetzen bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze (Psych-KG) der Länder dürfte mit zusätzlich erhöhtem Ressourcenbedarf verbunden sein, ohne dass sich dies derzeit in Kodierungen abbilden lässt. Hier besteht also unmittelbarer Änderungsbedarf.

Intensivierte, also einen durchschnittlichen Ressourcenverbrauch überschreitende Psychotherapie dürfte ein weiterer abgrenzender Deskriptor sein. Es wäre zu prüfen, ob die Codes aus OPS 9-41 angemessen formuliert und quantifiziert sind. Denkbar wäre z. B. eine Ergänzung um einen Code wie „In-Vivo-Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement“, da diese mit einer 1:1 Personalbindung womöglich

Abbildung 11–18

Anteil tagesklinischer Krankenhaufälle bei den Stichtagserhebungen in den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2008

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-EP***

- 0,223 bis 0,268 (2)
- 0,19 bis 0,223 (4)
- 0,163 bis 0,19 (2)
- 0,14 bis 0,163 (3)
- 0,073 bis 0,14 (5)

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-JKP****

- 0,374 bis 0,585 (3)
- 0,271 bis 0,374 (2)
- 0,244 bis 0,271 (4)
- 0,184 bis 0,244 (2)
- 0,097 bis 0,184 (5)

* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

** Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen

Krankenhaus-Report 2010

WidO

über mehrere Stunden außerhalb des Krankenhauses verbunden ist und nur bei spezifischen Patienten eingesetzt wird.

Der qualifizierte Entzug Suchtkranker lässt sich schon im gültigen OPS (8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]) abbilden. Darüber hinaus fehlen bisher anscheinend im OPS Kodierungsmöglichkeiten für intensivierete, also einen durchschnittlichen Ressourcenverbrauch überschreitende, rehabilitative (sehr wohl im akutpsychiatrischen Setting gebotene) Therapie. So dürfte ein Code für eine Komplexleistung von psychiatrischer Fachpflege, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musiktherapeuten, Sozialarbeitern (Soziotherapie) u. a. m. ein weiterer abgrenzender Deskriptor (insbesondere bei Schizophrenien) sein. Ein gesonderter Code mit möglicherweise weniger (und auch anderen, z. B. Ärzte) Berufsgruppen könnte der Abgrenzung des Hometreatment dienen.

Insbesondere bei Demenzkranken dürfte der Pflegebedarf (analog der Operationalisierung in der Pflegeversicherung) erheblich variieren, ohne dass sich dies über

Abbildung 11–19

Anteil „intensivbehandelter“ Krankenhausfälle bei den jeweils vier Stichtagserhebungen eines Jahres in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie nach Bundesländern im Jahr 2008

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-EP***

- 0,307 bis 0,368 (2)
- 0,256 bis 0,307 (4)
- 0,232 bis 0,256 (2)
- 0,216 bis 0,232 (3)
- 0,159 bis 0,216 (5)

* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen

Krankenhaus-Report 2010

Wido

die ICD-Diagnose abbilden ließe. Der OPS-Code „8-015 Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung“ dürfte dem Bedarf nicht genügen, zumal Hilfen bei Mobilität und Körperhygiene nicht erfasst würden.

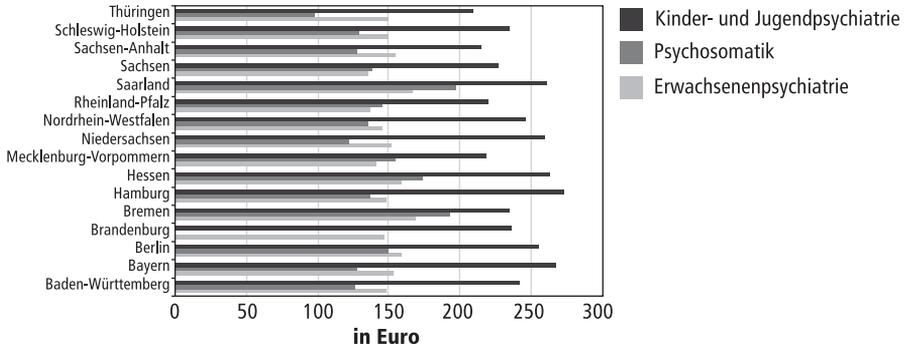
Für zahlreiche weitere Einzelleistungen, die auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anfallen, sieht der gültige OPS bereits Codes vor. Das Spektrum reicht von den verschiedenen Varianten der Elektroenzephalographie über die bildgebenden Verfahren bis hin zur Elektrokonvulsionstherapie (OPS 8-630; wäre auf Angemessenheit nach heutigen Standards zu prüfen).

Die Konkretisierung der hier nur grob skizzierten Überlegungen zur Anpassung von OPS (und ICD-10-GM) sollte erlauben, diskriminierende Leistungen in den Behandlungsbereichen der Psych-PV zu beschreiben, ohne die Behandlungsbereiche festzuschreiben. Damit bliebe das Tor offen, mit dem Start der Systementwicklung die Grenzen der Psych-PV datenbasiert zu überwinden (ohne dabei bis 2013 die Budgetansprüche auf Basis der unverändert gültigen Stichtagserhebungen zu gefährden).

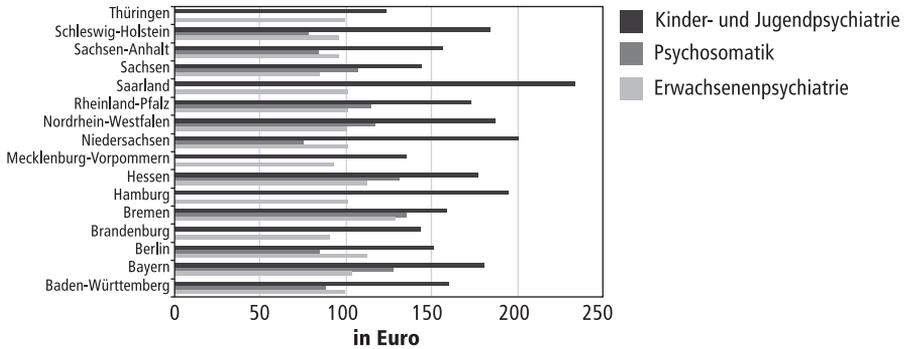
Abbildung 11–20

Mittlere im Jahr 2009 abgerechnete Tagespflegesätze von Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär, teilstationär und Basispflegesätze nach Bundesländern

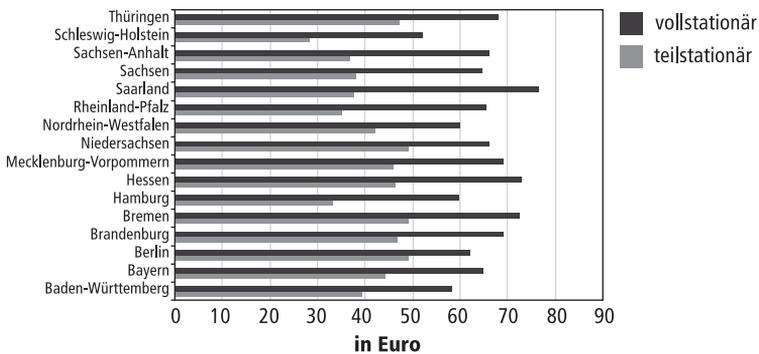
Vollstationäre mittlere Abteilungstagespflegesätze 2009 nach Art der Fachabteilung und Bundesländern



Teilstationäre mittlere Abteilungstagespflegesätze 2009 nach Art der Fachabteilung und Bundesländern



Basispflegesätze nach Bundesländern



Näherungswerte; unterjährige Änderungen durch verspätete Pflegesatzvereinbarungen sind nicht berücksichtigt.

11.6 Kalkulationsverfahren

Das grundsätzlich jährlich durchzuführende Kalkulationsverfahren dient der auf Kostendaten basierenden Abgrenzung aufwandshomogener Patientengruppen und der dazugehörigen Bewertungsrelationen. Das Kalkulationsverfahren wird dem Modell der Einführung des DRG-Systems folgend organisiert sein. Die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden vom InEK eingeladen werden, am jährlichen Kalkulationsverfahren mitzuwirken. Grundsätzlich kann jede Einrichtung mitwirken; die damit verbundenen Aufwände werden nach bereits bestehenden Regeln entschädigt (wenn auch wohl nicht kostendeckend). Jede Einrichtung kann von der Mitwirkung darüber hinaus profitieren, denn nur wer mitwirkt, hat Einfluss auf das Ergebnis. Wirkt nur eine Stichprobe von Einrichtungen mit, so ergeben sich Zweifel an der Repräsentativität. Diese werden schon durch die enorme Variabilität von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauern wegen psychischer Krankheit zwischen den Bundesländern genährt. Folglich sollte das Ziel sein, dass alle Einrichtungen mitwirken.

Aufgabe der mitwirkenden Einrichtungen ist grundsätzlich eine Kostenträgerrechnung. Die Methodik, mit deren Hilfe versucht wird, sich möglichst effizient der Qualität grundsätzlich einer Kostenträgerrechnung anzunähern, wird in einem „Kalkulationshandbuch“ festgelegt, wobei der Einrichtung gewisse Gestaltungsspielräume bleiben. Ausgehend von dem für die DRG-Kalkulation entwickelten Kalkulationshandbuch (zugänglich bei www.g-drg.de) werden die Selbstverwaltungspartner gemeinsam mit dem InEK Spezifika für die psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen entwickeln müssen. Mitwirkende stationäre Einrichtungen haben dem InEK neben der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG (und ggf. Zuordnung zu den Behandlungsbereichen nach Psych-PV) dieselben Daten auf den einzelnen Fall heruntergebrochen und grundsätzlich verbunden mit den Kostendaten, also den mit diesem Fall verbundenen Aufwänden, zu liefern. Details der Methodik sind derzeit nicht absehbar, Vereinfachungen, die den Erfassungsaufwand reduzieren, sind wünschenswert.

Es darf angenommen werden, dass psychiatrische bzw. psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern dank ihrer Vorerfahrungen mit dem DRG-System besser auf eine solche Kostenträgerrechnung vorbereitet sind als die Fachkliniken, weshalb die Fachkliniken Nachholbedarf haben. Dies gilt sowohl für das Know-how als auch für die IT-Ausstattung. Des Weiteren ist damit zu rechnen, dass diese Einrichtungstypen sich auch heute noch bezüglich ihres Versorgungsspektrums unterscheiden.

Die Hersteller von Krankenhausinformationssystemen (KIS) stellen die für die Kostenkalkulation notwendigen Software-Elemente zur Verfügung. Wer am Kalkulationsverfahren mitwirkt, profitiert mittelbar auch bezüglich eines Zuwachses der eigenen Fähigkeiten im Controlling. Mit der Mitwirkung am Kalkulationsverfahren macht man sich also auch fit für die Routineanwendung des künftigen Systems und den damit verbundenen Wettbewerb.

Künftige Bewertungsrelationen und derzeitige Variabilität der Tagespflegesätze

Die aus dem Kalkulationsverfahren abgeleiteten Bewertungsrelationen werden ab dem Jahr 2014 das Erlösvolumen (Summe von Bewertungsrelation * Basistageswert * Belegungstage) der einzelnen Einrichtung mehr oder weniger bestimmen (entsprechende Regelungen des Gesetzgebers stehen aus). Es wird sich erweisen (und auch von der Qualität der Kostenträgerrechnung abhängen), inwieweit die die Aufwände widerspiegelnden Bewertungsrelationen die derzeitige, historische gewachsene Variabilität der mittleren Abteilungspflegesätze und Basispflegesätze (Abbildung 11–20) rechtfertigen werden. Voraussichtlich wird es einer Konvergenzphase bedürfen, um den Einrichtungen eine Anpassung an dann dank ordentlicher Kalkulation hoffentlich leistungsgerechte Tagespauschalen zu erlauben, ohne existenzielle Nöte zu provozieren.

Prüfauftrag zu anderen Abrechnungseinheiten

Ein Prüfauftrag des Gesetzes gilt den Möglichkeiten, Leistungen der drei Fachgebiete in zu definierenden Teilbereichen mit anderen Entgeltformen wie Fallpauschalen oder kombinierten Jahresbudgets bis hin zu Regionalbudgets zu vergüten, wobei ausweislich der amtlichen Begründung ausdrücklich DRGs als grundsätzlich ungeeignet anerkannt werden. Die Umsetzung der Prüfaufträge setzt auch hier eine geeignete Datenbasis (gemäß Daten nach § 21 KHEntgG) voraus, also Datenübermittlung der Einrichtungen an das InEK.

11

11.7 Begleitforschung

§ 17d Absatz 8 KHG schreibt der Selbstverwaltung vor, eine Begleitforschung durchzuführen. Diese soll etwaige Auswirkungen auf die Versorgung, insbesondere auf andere Versorgungsbereiche (z. B. vertragsärztlich, rehabilitativ) evaluieren; leider bleibt das Gesetz in seinen Vorgaben für die Begleitforschung zu vage. Es liegt auf der Hand, dass die Begleitforschung kein Selbstzweck sein kann. Vielmehr hat die Begleitforschung rückkoppelnd die primär kostengetriggerte Systementwicklung zu steuern und dadurch alle Beteiligten – psychisch Kranke, die Einrichtungen, Kostenträger – vor Schaden, also letztlich Defizite der Behandlungsqualität, als Folge von ökonomischen Fehlanreizen zu bewahren. Folglich hat die Begleitforschung zeitgleich mit der Entwicklung des Entgeltsystems zu beginnen; dem wird das Gesetz nicht gerecht, indem erstmals 2014 ein Bericht zur Begleitforschung vorzulegen sein soll. Vielmehr ist im ersten Schritt zu gewährleisten, dass Daten aus den „anderen Versorgungsbereichen“ zur Verfügung stehen und in den zu analysierenden Datenpool tatsächlich einfließen.

Grundsätzlich stehen wesentliche Daten zur Verfügung, wie die in den letzten Jahren von verschiedenen Krankenkassen veröffentlichten exzellenten Gesundheitsberichte (z. B. Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Schwerpunktthema:

Psychische Störungen; GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007 – Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie; GEK-Arzneimittel-Report 2007 – Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006; DAK-Gesundheitsreport 2005 mit dem Schwerpunktthema: „Psychische Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen nehmen zu“) beweisen. Weitere Datenquellen, insbesondere bezüglich der komplementären Einrichtungen, müssen erschlossen werden, auch um dem von der AOLG im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz¹ in ihrem jüngsten Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007) beklagten Datenmangel abzuwehren. Nur so ist Entwicklung und Einführung als „lernendes System“ sicherzustellen. Damit würde auch die Absicht der §§ 303a ff SGB V umgesetzt. Neu zu etablieren sind Qualitätsindikatoren, formal eine Aufgabe des Instituts für Qualität nach § 137a SGB V. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen; ratsam wäre, die einschlägigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die einschlägigen Berufsverbände der Ärzte und Pflegeberufe an Methodenentwicklung und Durchführung der Begleitforschung zu beteiligen.

11.8 Fazit

§ 17d KHG beauftragt die Parteien der Selbstverwaltung, für teil- und vollstationäre Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltsystem von Tagespauschalen zu entwickeln. Auf eine explizite Begründung für diesen Auftrag hat der Gesetzgeber verzichtet. Politischer Auslöser für den Auftrag war, dass die Personalausstattung psychiatrischer Einrichtungen gemäß Psych-PV infolge der Zunahme der Personalkosten bei durch die BpflV begrenzter Entwicklung der Finanzierung zunehmend nicht mehr den Soll-Vorgaben der Psych-PV entspricht. Mit der Änderung der BpflV hat der Gesetzgeber dem Finanzierungsdefizit grundsätzlich abgeholfen. Von dem neuen Entgeltsystem verspricht sich der Gesetzgeber zumindest implizit, dass – in Analogie zum DRG-System – dann leistungsgerechte Entgelte die Personalausstattung, die zum Erreichen der gebotenen Prozess- und Ergebnisqualität notwendig ist, ermöglichen.

Die Variabilität der Tagespflegesätze (Abbildung 11–20) wie auch die Variabilität der Personalausstattung (gemäß Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung 2005 durch die Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Psychiatrie-Verlag 2007) und die Variabilität der Zuordnung zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV an den Stichtagen (Abbildung 11–17 bis 11–19) lässt bezweifeln, dass die derzeitigen Tagespflegesätze leistungsgerecht sind. Die Variabilität von Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11–5 bis 11–7), Verweildauern (Abbildung 11–8 bis 11–10) und – soweit beurteilbar – Belegungstagen signalisiert, dass medizinische Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten nur bedingt die

¹ 76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003

Organisation der Versorgung bestimmen. Es kann nur vermutet werden, dass die Institutionenzentrierung des bisherigen Systems dazu beitragen. Von dem künftigen System ist zu erhoffen, dass es wirksame Anreize für eine Patientenzentrierung der Organisation liefert. Idealtypisch wäre diese in integrierter Versorgung zu erreichen, wie sie §§ 140a ff SGB V – auch i. V. m. § 92b SGB XI – ermöglichen. Entsprechend enthält § 17d KHG einen Prüfauftrag, inwieweit eine derartige Integration in das Regelleistungsentgeltssystem aufgenommen werden kann. Dieser Prüfauftrag setzt Daten voraus, die bisher nicht zugänglich sind, weshalb der Prüfauftrag am Start der Systementwicklung keine Priorität haben kann.

Der Vergleich der Diagnosespektren der Einrichtungstypen (Abbildung 11–4 sowie 11–11 bis 11–14) lässt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen kaum transparente Kriterien erkennen, nach denen die Patienten im einen oder anderen Einrichtungstyp versorgt werden. Prototypisch für die zu überwindende Institutionszentrierung definieren sich bisher psychosomatische Abteilungen durch die Dominanz der psychotherapeutischen Methode. Die Vorgabe des Gesetzes, ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltssystem zu entwickeln, signalisiert demgegenüber die Zentrierung auf patientenseitige Merkmale und Bedarfe. So kann künftig die Zuweisung nach transparenten Kriterien erfolgen.

Nach § 17d KHG hat das neue System den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden. Idealtypisch würde das entsprechende Kalkulationsverfahren also aufwands- und kostenhomogene Patientengruppen auf Basis einer Kostenträgerrechnung der Einrichtungen identifizieren. Ebenso wenig wie bei der Pflege des DRG-Systems kann von den an der Kalkulation mitwirkenden Krankenhäusern eine echte Kostenträgerrechnung erwartet werden, der Erfassungsaufwand wäre unangemessen hoch. Eine sich einer Kostenträgerrechnung annähernde Methodik ist aber zu erwarten. Um die Gruppen identifizieren zu können, bedarf es trennscharfer Deskriptoren, die Patientengruppen mit unterschiedlichen Aufwänden nach Merkmalen der Patienten voneinander abzugrenzen erlauben. Für den Start gibt das Gesetz hierfür die als Leistungskomplexe zu deutenden Behandlungsbereiche der Psych-PV vor. Die vor 1991 i. W. normativ definierten Behandlungsbereiche bilden aber nur noch partiell die Therapie entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ab, sind wenig trennscharf formuliert und nur partiell von Patientenmerkmalen bestimmt. Deshalb wird anhand einiger beispielhafter Detailprobleme vorgeschlagen, durch Anpassungen von ICD und OPS die Entwicklungsmöglichkeiten des neuen Systems hin zur Patientenzentrierung zu erweitern.

Die Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 kann kein Selbstzweck sein, sondern lohnt nur den Aufwand, wenn die Forschungsergebnisse die Richtung der Systementwicklung mitbestimmen. Sie ist deshalb als Teil des „datenbasiert lernenden Systems“ zu konzipieren. Folglich müssen schon beim Start die Daten der Ausgangslage erfasst werden.

Regelungen für die Anwendung des neuen Systems in den Jahren nach 2013 bleiben künftigen Gesetzen vorbehalten. Dazu gehört z. B. das Verfahren der Festlegung des Basistageswertes und seiner regionalen Reichweite und die Schritte der Konvergenz auf einen ggf. bundeseinheitlichen Basistageswert.

12 Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen

Sabine Bartholomeyczik

Abstract

Zwischen 1995 und 2007 wurden in den Pflegediensten deutscher Krankenhäuser 15% der Stellen abgebaut. Spezifische Pflegeaufgaben zur Förderung der Selbständigkeit und Krankheitsbewältigung gewinnen bei kürzer werdender Verweildauer im Krankenhaus an Bedeutung. Empirische Hinweise auf die derzeitige Arbeit Pflegenden im Krankenhaus zeigen aber, dass eine bedarfsgerechte inhaltliche Weiterentwicklung weitgehend fehlt. Während nordamerikanische Studien nachweisen, dass eine schlechte Personalausstattung des Pflegedienstes ein hohes gesundheitliches Risiko für die Patienten enthält, gibt es bisher in Deutschland keine vergleichbaren Untersuchungen.

During the last 15 years, nursing staff in German hospitals was dramatically reduced. The shorter patients' hospital stay, the more important it is to support them in their independence and their ability to manage their disease. This is mainly a nursing task. However, study results indicate that these tasks have been reduced instead of enhanced. While studies from North America show the strong relationship between an insufficient nursing staff and patient outcomes, there are no comparable studies in Germany yet.

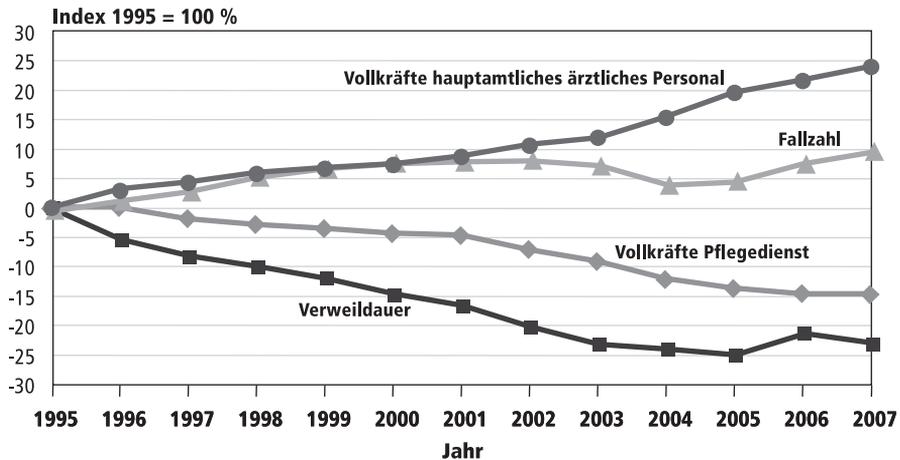
12

12.1 Entwicklung der Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser

Im Rahmen der Strukturveränderungen in den Krankenhäusern Deutschlands nehmen die Veränderungen der Personalausstattung einen bedeutsamen Stellenwert ein. Im Vordergrund der politischen Bemühungen um Kostendämpfung der Krankenhausversorgung steht die Verkürzung der Verweildauer, mit der Deutschland lange an der Spitze in Europa lag (Robert-Koch-Institut et al. 2006). Wegen dieser Spitzenposition wurde die Verweildauer zwischen 1995 und 2007 um fast 25% gesenkt, einhergehend mit einer Reduktion der Betten um 14%, aber einer Steigerung der Krankenhausfälle um etwa 10% im selben Zeitraum (www.gbe-bund.de) (Abbildung 12–1). Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung der Personalausstattung in Vollkräften (Vollzeitäquivalente) betrachtet werden. Wiederum ausgehend vom Stichtag 1995 zeigt sich, dass das Personal in den Krankenhäusern bis 2007 insgesamt um mehr als 10% reduziert wurde. Im Pflegedienst übersteigt die Reduktion mit 15% den Durchschnitt, während das Personal im ärztlichen Dienst um fast

Abbildung 12-1

Entwicklung einiger Krankenhaus-Kennziffern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen Isfort, dip (unveröffentlicht)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

25% aufgestockt wurde. Letzteres wird vor allem mit der Abschaffung der Ausbildungszeit als „Arzt im Praktikum“ und der veränderten Arbeitszeitregelungen begründet.

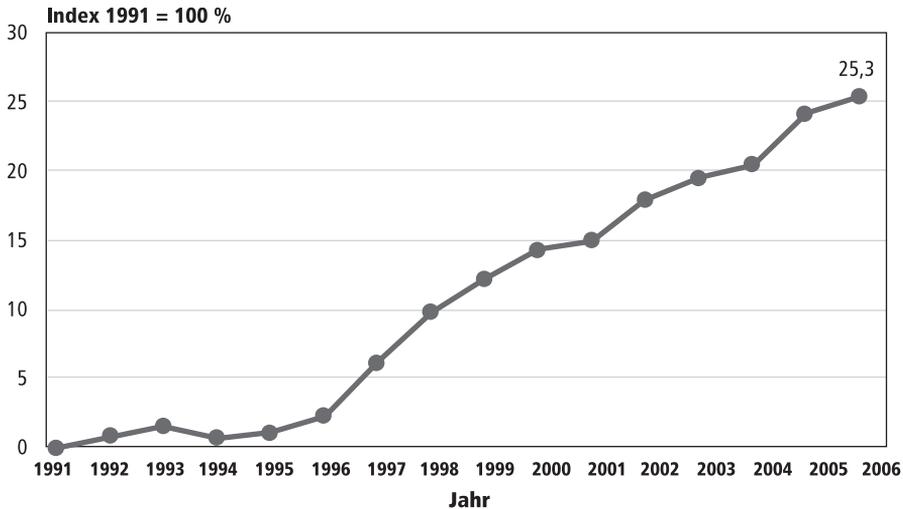
Im Zuge des demographischen Wandels veränderte sich gleichzeitig die Altersstruktur der Krankenhauspatienten mit einer überproportionalen Zunahme alter und damit häufig auch multimorbider Patienten. Mit dem ebenfalls deutlichen Rückgang der Verweildauer bedeutet dies eine Steigerung der Behandlungs- und Pflegeintensität pro Fall, da die weniger pflegeaufwändigen Patienten, die früher noch im Krankenhaus behandelt wurden, heute bereits entlassen sind. Bezogen auf eine Vollzeitstelle im Pflegedienst hat sich die Fallbelastung¹ pro Jahr seit 1991 um 25% erhöht, wobei die drastische Zunahme der Fallbelastung vor allem seit 1996 nach Abschaffung der PPR (s. Abschnitt 12-3) zu verzeichnen ist (Abbildung 12-2).

Der Anteil im Personalkostenbudget für den Pflegedienst lag 1996 bei 38,8% und sank bis 2006 auf 32,8%. Es fand also eine interne Umverteilung der Kosten zu Lasten des Pflegedienstes statt (Simon 2009, 113). Im Vergleich dazu betrug der Anteil der Kosten für den ärztlichen Dienst 1996 21,2% und stieg bis 2006 auf 26,5%. Bei einem gedeckelten Gesamtbudget muss für eine Arztstelle mehr als eine Pflege- oder andere Personalstelle abgebaut werden.

Die verpflichtende Einführung der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser wird als Grund für den Rückgang von Personal, Betten und Krankenhäusern genannt. Sieht man sich die Zahlen an, dann hat diese Entwicklung jedoch bereits

¹ Zahl der pro Jahr von einer Vollkraft durchschnittlich versorgten vollstationären Fälle (einschließlich Stundenfälle). Ausgenommen sind psychiatrische Krankenhäuser (Simon 2008, 37).

Abbildung 12-2

Belastungsziffer für den allgemeinen Pflegedienst

Quelle: Simon 2008, 37

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

12

spätestens Mitte der 1990er Jahre begonnen und wird von der DRG-Finanzierung allenfalls beschleunigt, zumal es auch vor 2004 Fallpauschalen im operativen Bereich gab. Es gibt allerdings auch die plausible Hypothese, dass der Personalabbau im Pflegedienst als Vorbereitung auf die Einführung der DRG anzusehen sei und eine vorausseilende Wegbereitung darstelle (Simon 2009).

12.2 DRG und Pflege

Das Prinzip der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser soll die tatsächlich erbrachte Versorgungsleistung und die Notwendigkeiten der dafür zu nutzenden Krankenhausressourcen in den Mittelpunkt stellen. Die DRGs sind ein Klassifikationssystem, das beansprucht, Fälle mit ähnlichem Aufwand in vergütungsgleiche Gruppen zusammenzufassen. Da die kodierfähigen Diagnosen, Operationen und Prozeduren erlösrelevant sind, besteht die Gefahr, dass die Erlösbegründungen und damit Diagnostik und Therapie des Patienten Mittel zum Zweck der Finanzierung des Krankenhauses werden.

Aus Sicht der Pflege wird außerdem kritisiert, dass die DRG-Systematik, die auf medizinischen Diagnosen und Prozeduren basiert, die speziellen Anforderungen an die Pflege nicht berücksichtigt. Nach dieser Auffassung wird im DRG-System übersehen, dass pflegerische Versorgung noch andere Anlässe hat als die Krankheit im Sinne einer medizinischen Diagnose und die Unterstützung der ärztlichen Therapie. Während ärztliches Handeln auf die Suche nach und die Beseitigung von Krank-

heitsursachen hin orientiert ist, zumeist auch auf die Linderung von Symptomen der Krankheit mit medizinischen Mitteln, geht es bei der Pflege immer um die Folgen einer Krankheit, um den Umgang mit dem Kranksein und die Folgen der Therapie. Das bedeutet, dass für Pflegende andere Dimensionen der Gesundheit eines Menschen von Bedeutung sind als für Ärzte, so vor allem die Fähigkeiten von Patienten, ihren Alltag mit Krankheit ohne fremde Hilfe zu bewältigen, häufig auch als Selbstpflegefähigkeit, Symptommanagement verbunden mit Krankheitsbewältigungsaufgaben bezeichnet. Diese pflegerische Auffassung wird jedoch von anderer Seite als irrelevant eingestuft, da Pflege mit berücksichtigt sei und Variabilität auch beim ärztlichen Bedarf vorkomme. Letztlich geht es bei diesen unterschiedlichen Auffassungen auch um die Frage, ob Pflege eine eigene Versorgungslogik habe, die sich von der ärztlichen unterscheidet.

Empirische Ergebnisse, die zeigen, dass der Pflegeaufwand mehr noch als der ärztliche Aufwand bei derselben Krankheit oder der gleichen Diagnose außerordentlich schwanken kann (O'Brien-Pallas et al. 1997; Eberl et al. 2005), werden mit diesen unterschiedlichen Versorgungslogiken erklärt. Die Annahme, der Pflegeaufwand könne allein durch medizinische Daten in ausreichendem Maße begründet werden, sei nicht haltbar.

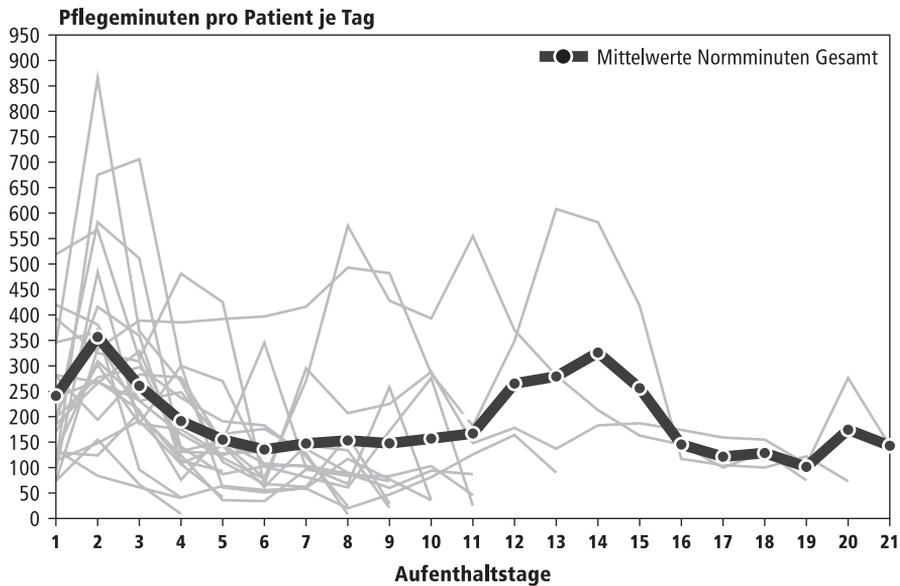
Diese Unsichtbarkeit der Pflege in der Systematik der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung führt zu der Gefahr, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht Pflege im Krankenhaus allein als Kostenfaktor, nicht aber als Wert schöpfende Dienstleistung gesehen wird. Während jede ärztliche Diagnose kostenrelevant ist und der Gegenwert in Euro genau berechnet werden kann, ist der spezifische pflegerische Aufwand nicht erlösrelevant. Wird der Anteil der Pflege an den Produkten eines Krankenhauses sowohl auf der Kosten- als auch auf der Erlösseite nicht angemessen aufgezeigt, ergibt sich für Krankenhäuser der Anreiz, gerade hier ungeachtet möglicher Folgen Einsparungen vorzunehmen. Dazu passt auch die inzwischen vielfach zu beobachtende Streichung der Position eines Pflegemanagers in der Krankenhausleitung.

Die Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und die öffentlich laut vorgetragene Klagen der Pflegeverbände haben das Bundesgesundheitsministerium seit Mitte 2008 veranlasst, eingeläutet durch einen „Pflegegipfel“ einige Maßnahmen für die Pflege zu ergreifen. Unter (geringer) finanzieller Beteiligung der Krankenhäuser soll im Laufe von drei Jahren die Zahl der Pflegestellen um 17 000 erhöht werden.

Aber auch eine kleine pflegespezifische Ergänzung des DRG-Systems ist vorgesehen: So sollen besonders pflegeaufwändige Patienten durch einen Score für Pflegekomplexmaßnahmen erfasst werden können. Voraussetzung für die Einführung der Scores in den OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel – ein Teil des DRG-Systems) ist, dass der Score Patienten identifiziert, die aufgrund höchst aufwändiger Pflegemaßnahmen den derzeit gültigen DRG-Wert um mehrere hundert Euro überschreiten. Inhaltlich beziehen sich diese Komplexmaßnahmen auf Bereiche, die üblicherweise als Kernaufgaben der Pflege genannt werden: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern und Kommunikation. Mit dem geplanten Score, der sich beim Schreiben dieses Beitrags in der Erprobung befindet, kann das System an einigen Stellen präzisiert werden – geschätzt wird, dass er bis zu 5 % der Patienten betreffen kann.

Abbildung 12–3

Pflegeaufwand bei Patienten mit Myocardinfarkt* (ICD-10 Codes: I21.0 bis I21.9) und Pflegeaufwand nach LEP



*ICD-10-Codes I21.0 bis I21.9

Quelle: Eberl et al. 2005

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Dass ein solcher Score tatsächlich zu einer sinnvollen Identifizierung pflegeaufwändiger Fälle führen kann, zeigen die folgenden Daten. Sie stammen aus einer Untersuchung zum Pflegeaufwand bei Patienten mit einem Herzinfarkt (Eberl et al. 2005, Abbildung 12–3). Die Abbildung zeigt aber auch gleichzeitig, wie unterschiedlich umfangreich die Pflege bei Patienten mit der gleichen medizinischen Diagnose sein kann. Nicht dargestellt ist hier, dass dies insbesondere von der allgemeinen Selbstpflegefähigkeit abhängt.

Der Score zu Pflegekomplexmaßnahmen kann jedoch keine Aussagen über den allgemeinen Pflegebedarf im Krankenhaus und die damit zu verbindende interne Mittelverteilung machen.

12.3 Die Problematik der PPR als Maß für den Pflegebedarf

In der noch laufenden Konvergenzphase bis zur endgültigen Festlegung der DRG-Systematik für Deutschland stellen mehr als 200 Krankenhäuser ihre Daten dem InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) zur Verfügung (Kalkulations-Häuser). Hierbei geht es auch um den internen Ressourcenverbrauch, wobei für den Pflegedienst die Daten der PPR (Pflegepersonalregelung) genutzt werden. Die

PPR wurde 1993 als ein analytisches Personalbemessungsinstrument eingeführt, um die bis damals geltenden Personalanhaltszahlen, die seit Jahrzehnten fortgeschrieben worden waren, zu ersetzen (Schöning et al. 1995). Verstärkt durch den damals öffentlich beklagten Pflegenotstand war das Ziel der Einführung der PPR, den Pflegedienst in den Krankenhäusern um etwa 26 000 Stellen zu erhöhen. Da dies schnell erreicht war, wurde die PPR nach drei Jahren außer Kraft gesetzt. Sehr viele Krankenhäuser führten sie jedoch als Teil der Pflegedokumentation weiter, um einen Nachweis für Pflegeleistungen zu erhalten. Aus diesem Grunde war es in den vergangenen Jahren relativ einfach, die PPR als Maß für die interne Mittelverteilung gegenüber dem InEK wieder zu nutzen.

Die PPR birgt allerdings Probleme, die daraus resultieren, dass sie zu Beginn der 1990er Jahre nahezu ohne wissenschaftliche Basis entwickelt wurde und keinerlei Weiterentwicklung erfolgte. Sie beinhaltet ausgewählte pflegerische Leistungen, die in drei Intensitätsstufen unterteilt sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Pflegemaßnahme umso mehr Zeit braucht, je abhängiger der Patient ist. Weiter unterteilt sind die Pflegemaßnahmen in „Allgemeine Pflege“ (A), bei der vor allem die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gemeint ist, und „Spezielle Pflege“ (S), bei der es sich um die ärztlicherseits delegierten Aufgaben handelt. In den meisten Häusern wird die PPR nur grob für die drei A- und S-Stufen genutzt, ohne sie mit einzelnen Leistungen zu hinterlegen. Weiterhin enthält die PPR keinerlei Begründung für den Umfang der pflegerischen Leistung. Informationen über den die Pflege veranlassenden Patientenzustand oder -bedarf spielen keine Rolle. Der Verdacht von Missbrauch, weil die Begründung für die Leistungen nicht nachvollziehbar ist, könnte auch ein wichtiger Grund dafür gewesen sein, die Wirksamkeit der PPR aufzuheben. Jedenfalls gab es seit langem Forderungen, die Pflegepersonalbemessung am Pflegebedarf auszurichten, der wiederum mit dem pflegerelevanten Patientenzustand zu begründen sei und nicht mit den erbrachten und wenig begründeten Leistungen (Bartholomeyczik et al. 2000). Die PPR birgt allerdings nicht nur dieses systematische Problem, denn sie ist inhaltlich nicht dem angemessen, was Pflegenden zu leisten haben, weil sie nur einige Elemente daraus aufgreift. So berücksichtigt sie z. B. nicht die komplexen Probleme bei der Pflege onkologischer Patienten, die Zunahme von Patienten mit Demenz, das immer wichtiger werdende Aufnahme- und Entlassungsmanagement oder pflegetherapeutische Ansätze wie Kinästhetik, Bobath-Lagerungen oder Basale Stimulation. Schließlich ist sie nach oben zeitlich gedeckelt. Die ihr hinterlegten Minuten sehen eine Grenze von maximal ca. 250 Minuten pro Tag für einen Patienten vor, d. h. hochaufwändige Patienten können nicht erfasst werden.

Anstatt die derzeitige Umbruchlage für eine durchdachte Veränderung zu nutzen, soll die PPR etwas erweitert werden. Ein Antrag beim BMG zur empirischen Entwicklung von Pflegeindikatoren auch zur Nutzung im Rahmen des DRG-Systems wurde als nicht förderungswürdig angesehen.

In der Schweiz, in der 2012 ein einheitliches DRG-System in Kraft gesetzt werden soll, wird zur vorbereitenden Untersuchung ein Leistungserfassungssystem genutzt, das weder inhaltlich noch zeitlich so wie die PPR nach oben gedeckelt ist. Ein großer Mangel ist aber auch hier, dass das System ebenfalls nicht auf den Begründungen für die Leistungen aufbaut. Immerhin soll vor der Einführung der DRGs untersucht werden, wie groß die Streuungen der Pflegeleistungen innerhalb einer DRG sind (Portenier 2009).

12.4 Soll-Vorstellungen zu Aufgaben Pflegender im Krankenhaus

Grundlage aller Fragen zur Personalausstattung des Pflegedienstes in Krankenhäusern muss natürlich die Frage sein, wie die Rolle des Pflegepersonals in dem „intensiv-medizinischen“ Krankenhaus von heute eigentlich ausgestaltet sein muss. Mehrfach wurde öffentlich von Kassenseite geäußert, dass die wichtigsten Aufgaben der Pflege durch die Verkürzung der Verweildauer aus dem Krankenhaus ausgelagert wurden und Stellenkürzungen also völlig gerechtfertigt seien.

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitspolitisch beabsichtigte kürzere Verweildauer den Interessen der Patienten grundsätzlich entgegenkommt, denn in der Regel geht niemand gerne oder länger als unbedingt nötig ins Krankenhaus. Die kürzere Verweildauer bedeutet jedoch für zunehmend mehr Patienten, dass auch nach der Entlassung weiterhin ein Versorgungsbedarf besteht, wenngleich dies nicht in jedem Fall die Inanspruchnahme professioneller Angebote mit sich bringen muss. Für einen Teil der früher vom Krankenhaus übernommenen Versorgungsaufgaben sind nunmehr die Patienten und ihre Angehörigen selbst verantwortlich. Das bedeutet, dass sie sich damit auseinandersetzen müssen, wie sie mit ihren gesundheitsbezogenen Einschränkungen umgehen und wie sie sie bewältigen. Dies hat sicher zwei Seiten: Einerseits werden die vormals ausschließlich als Empfänger professioneller „Segnungen“ betrachteten Patienten zu Subjekten ihres Handelns und zu „Eignern“ ihrer Krankheit; als Maxime wird hierbei oft „Shared Decision Making“ zitiert. Andererseits hat dies seine Grenzen dort, wo die Betroffenen überfordert werden, wo keine nahen Angehörigen oder sozialen Netze fähig oder bereit sind, sich zu engagieren und dadurch umfassende Einbrüche im Krankheitsverlauf entstehen können.

Die Auseinandersetzung mit dem Kranksein führt zu Aufgaben der Krankheitsbewältigung, die hier im Sinne von Corbin und Strauss (2004) verstanden werden. Maßnahmen im Sinne der Krankheitsbewältigung sind den prozesshaften Strukturen des Alltags unterworfen und beinhalten ein Wechselspiel von alltags-, krankheits- und biographiebezogener Arbeit. Die Bewältigungsarbeiten sind ineinander verwoben und nur analytisch in verschiedene Bestandteile zu unterteilen (Höhmman 2002). Im Krankenhaus wird ein Teil der Aufgaben vom System übernommen, allerdings müssen die Patienten rechtzeitig auf das Leben nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereitet werden.

Kernaufgaben der Pflege sind die Förderung von Selbständigkeit und Selbstpflegefähigkeit der Patienten und die Unterstützung ihrer Krankheitsbewältigung. Hierzu gehört als ein Teil selbstverständlich auch die meist als körperlich definierte Unterstützung bei den zentralen Aktivitäten des täglichen Lebens wie der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung, der Mobilität. Ziel der kürzer werdenden Verweildauer im Krankenhaus muss die Entlassungsfähigkeit eines Patienten sein, die u. a. an den genannten Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten des Patienten außerhalb des Krankenhauses gemessen werden sollte. Nach wie vor wird jedoch kaum diskutiert, was Entlassungsfähigkeit heißt, welche Eigenschaften eine Patientin aufweisen muss, die entlassungsfähig sein soll (Bartholomeyczik 2002). Leitschnur für eine Entlassung sind in der Regel die Zeiten, die den DRG-Pauschalen zugrunde gelegt sind. Diese haben zwar eine empirische Basis, die inhaltliche Basis dieser Empirie wurde aber nicht hinterfragt.

Vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer, der Entlassung vor einer potenziellen Heilung, der komplexen Organisation Krankenhaus mit ihrer Unzahl an Akteuren und dem Ziel, eine sichere Krankenhausbehandlung zu erreichen, sind folgende drei Dimensionen für die Arbeit Pflegender von zentraler Bedeutung (Bartholomeyczik 2007):

a) Forcierte Förderung der Entlassungsfähigkeit

Patienten und ihre Angehörigen müssen zu Akteuren gemacht werden, um sie auf ihre Krankheitsbewältigungsarbeiten vorzubereiten und sie darin zu unterstützen. Dies geschieht bisher allgemein in einem völlig unzureichenden Maße und wird im Krankenhaus noch mehr vernachlässigt als in der ambulanten Versorgung, weil der Alltag der Patienten und ihre damit verbundenen Lebensumstände ausgeklammert sind. Dazu gehören Beratung, Information, Selbstständigkeitsförderung (auch körperliche!), Empowerment und Patientenedukation. Angehörige sind so früh wie möglich einzubeziehen. Entlassungsfähigkeit kann keinesfalls nur auf ein Entlassungsmanagement reduziert werden, das auf die organisatorische Regelung einer nachstationären Versorgung ausgerichtet ist.

b) Gewährleistung personaler Kontinuität

Personale Kontinuität kann erreicht werden, indem eine Pflegende für den gesamten Versorgungsprozess eines Patienten im Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich ist, verbunden mit entsprechender Steuerungskompetenz. Hier ist das Modell des Primary Nursing angemessen, zu dem neben den Steuerungsaufgaben auch das Prinzip gehört, wesentliche Teile der erforderlichen professionellen Pflege selbst durchzuführen (Manthey 2005). Die verantwortliche Pflegekraft wirkt als Koordinatorin, denn sie ist diejenige, die am nächsten am Patienten ist und die Verhältnisse am besten einschätzen kann. Die Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie die letztliche Entscheidung für organisatorische Fragen sollten in einer Hand liegen, ohne die professionsspezifischen (z. B. ärztlichen) Erfordernisse einzuschränken.

Kontinuität in der individuellen Versorgung kann auch bedeuten, dass einige bisher üblicherweise von Ärzten durchgeführte Behandlungsteile an die Pflegenden übergeben werden, weil Ärzte bezogen auf die Patientenstation im Gegensatz zu den Pflegenden relativ ortsungebunden sind – z. B. in den operativen Fächern, wo sie wesentlich mehr Zeit im Operationssaal als auf Station verbringen oder in vielen konservativen Abteilungen, wo sie viel in den Funktionsbereichen arbeiten. Wichtig hierbei ist allerdings, dass derartige Veränderungen der Aufgabenstrukturen nicht dazu dienen, je nach Bedarf Lücken zu füllen, die die Ärzte hinterlassen. Vielmehr gehört dazu eine Entscheidungskompetenz der Pflegenden, aufbauend auf entsprechender Qualifikation, bei der genau definiert werden sollte, was in die therapeutische Verantwortung der Ärzte und was in die pflegetherapeutische Verantwortung fällt.

c) Schnittstellenmanagement bei Aufnahme und Entlassung und während des Krankenhausaufenthalts

Die Komplexität des Krankenhauses als Organisation ist geradezu anfällig für Reibungsverluste zwischen Professionen, genauso wie zwischen verschiedenen Funktionsbereichen, die einzeln „Zentrifugalkräfte“ zu entwickeln scheinen, jeweils ei-

ner eigenen Logik folgend. Erwartet wird, dass sich die Patienten diesen Organisationslogiken anpassen. Hierunter fällt auch die oftmals defizitär anmutende Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Pflegende fühlen sich mit ihrer Arbeit nicht ausreichend von den Ärzten respektiert, Ärzte nehmen eine mangelnde Kooperationswilligkeit wahr (Schmidt et al. 2008).

Unter dem Druck Arbeitsabläufe zu optimieren wird den Beteiligten langsam bewusst, dass sich die komplexe Organisation Krankenhaus an den Patienten ausrichten muss. Insofern kommt nicht nur dem Schnittstellenmanagement, sondern auch der Reduzierung von Schnittstellen und der Prozesssteuerung eine besondere Rolle zu, und dies nicht nur innerhalb der Organisation, sondern auch bei der Aufnahme und der Entlassung. Diese Maßnahmen können eng mit der geforderten personalen Kontinuität verbunden werden.

12.5 Entwicklungen von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen

Zur Arbeit Pflegender und der Qualität der Pflege mit ihren Auswirkungen für Patienten in deutschen Krankenhäusern gibt es nur spärliches empirisches Material. Einige Bedingungen lassen sich skizzieren, die auf die Qualität schließen lassen. So zeigt eine Längsschnittuntersuchung von Tätigkeiten Pflegender auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass die Kommunikation Pflegender mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemaßnahme nebenher läuft, im Jahr 2003 maximal gut 6 % aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf 2,5 % sank (Galatsch et al. 2007). Für Küchen- und Hausarbeit wird im Vergleich dazu mehr als 10% aller Tätigkeiten des Pflegeteams ausgewiesen. Derselben Studie ist zu entnehmen, dass patientennahe Tätigkeiten in den Jahren der Einführung der DRG-basierten Finanzierung insgesamt abgenommen haben. Darüber hinaus geben die dazu befragten Pflegenden an, Anleitung und Beratung der Patienten zunehmend weglassen zu müssen, ebenso wie Prophylaxen, obwohl beide Pflegemaßnahmen bei verkürzter Verweildauer immer wichtiger werden.

Pflegende im Krankenhaus sind noch wenig fähig, Patienten und Angehörige explizit und gezielt zu beraten, auch wenn sie Beratungen durchführen. Erst seit 2004 wird Beratungskompetenz über das Krankenpflegegesetz als explizite Pflegekompetenz gefordert. Selbst die einfache Informationsvermittlung wird im Krankenhaus als unzureichend angesehen (Luderer et al. 2005). Auch die immer wieder geforderte Beziehungsgestaltung Pflegender erfolgt wenig professionell und hängt meist von spezifischen Situationen und den beteiligten Individuen ab (Pohlmann 2006).

Wie das bei Patienten ankommt, lässt sich zumindest im Bereich der Medikation zeigen, die oftmals einem komplexen Regime unterliegt. Vielfach fühlen Patienten sich hierbei unzureichend beraten und vor allem werden Anpassungsprobleme an ihre Lebenssituation nicht in Betracht gezogen (Haslbeck 2008).

Multimorbide Patienten fühlen sich sehr viel schlechter auf die Entlassung vorbereitet als solche mit nur einer Krankheit (Braun et al. 2009). In dieser Befragung von GEK-Versicherten zeigt sich auch, dass Patienten, die Ärzte und Pflegende als

überlastet und unter Zeitdruck beschreiben, sich weniger gut auf die Entlassung vorbereitet sehen. Nur bei einem Viertel der befragten Patienten wurden Angehörige darüber informiert, wie sie die Entlassenen unterstützen können.

Die Arbeitsverdichtung zeigt sich in verschiedenen Studien in Form eines überdurchschnittlich hohen Burnout und besonders hoher körperlicher Belastung deutscher Pfleger im Vergleich zu Kolleginnen aus anderen europäischen Ländern (Hasselhorn et al. 2003). Pflegende in Krankenhäusern wollen zu einem höheren Grad ihren Beruf wieder aufgeben als jene aus Altenheimen und ambulanten Pflegediensten (ebenda). Aber auch im Vergleich zu anderen weiblichen Berufen ist die Arbeitsbelastung bei Pflegenden höher, die Zeiten ihrer Arbeitsunfähigkeit sind länger und der Wunsch, den Beruf zu wechseln, hat in den vergangenen Jahren zugenommen (Braun et al. 2009).

Ein dauerhaftes und nicht erst unter den verschärften Bedingungen entstandenes Problem stellt die Zusammenarbeit der beiden in der direkten Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen dar: der Pflegenden und der Ärzte. Pflegende erfahren große Hindernisse, wenn sie ihr Wissen und ihrer fachliche Kompetenz einbringen möchten – und dies vor dem Hintergrund von hierarchischen Strukturen vor allem seitens der Ärzte (Knoll et al. 2008). Sie erleben sich oft am Ende der Krankenhaushierarchie und berichten über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung. Ärztliche und pflegerische Arbeitsabläufe unterliegen einer unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Logik, die in der Praxis dazu führt, dass sich die Pflegenden vor allem stark auf die Erfordernisse des ärztlichen Dienstes einstellen und die eigenen Arbeitsabläufe danach ausrichten. Pflegende fühlen sich mit ihren Arbeitsaufgaben alleingelassen und klagen über mangelnde Wertschätzung. Insgesamt ist die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen durch eine hohe Konflikthanfälligkeit geprägt (Schmidt et al. 2008).

Die wenigen Ergebnisse empirischer Studien deuten keineswegs darauf hin, dass die vorgenannten Erfordernisse umgesetzt werden. Das Gegenteil liegt näher: Gerade die Förderung der Selbstpflegefähigkeit, die Förderung der Entlassungsfähigkeit und die Einbeziehung von Angehörigen scheinen eher reduziert als erweitert zu werden.

12.6 Personalausstattung des Pflegedienstes und Versorgungsqualität

In Deutschland gibt es bisher keine Untersuchungen, die Personalausstattung, insbesondere die im Pflegedienst der Krankenhäuser, mit Gesundheitsindikatoren der Patienten in Verbindung bringen. Angesichts der derzeitigen Diskussion um die Rolle der Pflege im Krankenhaus wäre dies allerdings dringend erforderlich.

Anders in Nordamerika, wo das umfassendste Review 94 Studien zum Thema aus den USA und Kanada ausweist (Kane et al. 2007). In diesen Studien wurden das Verhältnis qualifizierter Pflegenden zu den Patienten und die Pflegefachkraft-Stunden pro Patiententag als die wichtigsten Einflussvariablen untersucht. Outcomevariablen sind unterschiedliche Gesundheitsindikatoren der Patienten. Alle Ergebnisse deuten in die gleiche Richtung: Eine bessere Personalausstattung im Pfl-

gedienst reduziert gesundheitliche Risiken der Patienten. Insbesondere sind hier zu nennen:

- verbesserte Erkennung von Komplikationen
- Reduktion von Pneumonien
- seltenere Lungenembolien
- seltenere Sepsis
- Verringerung gastrointestinaler Blutungen
- Verminderung von Venenthrombose
- Reduktion von Dekubitus, Harnwegsinfektionen, Stürzen
- Verminderung von Medikationsfehlern
- Reduktion der Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes und
- Reduktion der Mortalität 30 Tage nach der Krankenhausaufnahme.

Eine britische Querschnittsanalyse kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Rafferty et al. 2006).

Die Autoren des Reviews merken kritisch an, dass die Untersuchungen zwar alle Zusammenhänge in die gleiche Richtung aufzeigen, aber noch keine Kausalität nachweisen. Die positiven Zusammenhänge könnten aufgrund anderer Qualitätsinitiativen zustandekommen, Confounder müssten genau untersucht werden.

Auch das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine auf 17 Studien basierende Übersichtsarbeit zum Thema veröffentlicht. Darin gibt es zu bedenken, dass die nordamerikanischen Ergebnisse nicht unbedingt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar seien (IQWiG 2006). Es fordert daher mit Recht dringend Forschung zu Personalausstattung und Ergebnisqualität in Deutschland ein, bislang allerdings ergebnislos.

12.7 Perspektive

Im Sinne einer sicheren und effektiven Versorgung von Patienten im Krankenhaus muss der Pflegedienst inhaltlich anders aufgestellt werden. In welche Richtung dies aus Sicht der Autorin gehen sollte, wurde kurz angerissen. Das bedeutet aber nicht nur, den Pflegedienst quantitativ besser auszustatten und die Schnittstellen insbesondere zwischen Ärzten und Pflegenden neu und vor allem klarer zu definieren. Es bedeutet auch, die Qualifikation der Pflegenden zu entwickeln. Als Stichwort sei hier das Advanced Nursing zu nennen, das mit einer akademischen Masterausbildung verbunden ist und fachspezifische Experten hervorbringt (Schober et al. 2008). Des Weiteren müssen Kriterien für ein Skill Mix innerhalb des Pflegedienstes systematisch erarbeitet werden. Bisher wurde dies eher tabuisiert, weil mit dem Begriff des Skill Mix oft die Angst verbunden ist, dass das vorherrschende Kriterium Sparen heißt. Außerdem gibt es die unsinnigen Diskussionen, die Qualifikationsstufen Pflegenden mit einzelnen Tätigkeiten zu verbinden, anstatt sie an die Komplexität der gesundheitlichen Situation von Patienten zu koppeln. Gar keine sinnvolle Lösung ist die derzeit von einigen Fraktionen des Bundestages vorgeschlagene Herabsetzung der schulischen Voraussetzungen für die reguläre Pflegeausbildung, die sehr wohlwollend vielleicht als Anachronismus bezeichnet werden kann.

Vor allen Dingen bleibt zu fordern, dass nicht eine Reform die andere jagt, ohne dass sehr systematisch evaluiert wird, was das für die Gesundheit der Nutzer des Versorgungssystems bedeutet.

12.8 Literatur

- Bartholomeyczik S, Hunstein D. Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft* 2000; 5 (4): 105–9.
- Bartholomeyczik S. Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In: Kolb S et al. (Hrsg). *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* Frankfurt am Main: Mabuse 2002, 229–35.
- Bartholomeyczik S. Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege und Gesellschaft* 2007; 12 (2): 135–49.
- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R. *Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System*. Berlin, Bremen 2009 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Corbin JM, Strauss AL. *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber, 2. Aufl. 2004
- Eberl I, Bartholomeyczik S, Donath E. Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege* 2005; 18 (6): 364–72.
- Galatsch M, Krüger C, Quasdorf T, Schroller ME, Donath E, Bartholomeyczik S. Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. *Pflegezeitschrift* 2007; 60 (5): 272–6.
- Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregimes aus Sicht chronisch Kranker. *Pflege & Gesellschaft* 2008; 13 (1): 48–61.
- Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH (eds). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockholm: National Institute for Working Life and authors 2003.
- Höhmann U. Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg). Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*. Hannover 2002, 289–428.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht*. Arbeitspapier, 7.8.2006.
- Kane R L, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. *Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No 151*. Rockville, MD: AHRQ Publication No. 07-E005, 2007.
- Knoll M, Lendner I. „...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!“ Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. *Pflege* 2008; 21 (5): 339–51.
- Luderer C, Behrens J. Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. *Pflege* 2005, 18 (1): 15–23.
- Manthey M. *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem (2nd ed.)*. Bern: Hans Huber 2005.
- O’Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E, Murray M. *Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability*. *Nursing Economics* 1997; 15: 171–82.
- Pohlmann M. Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege* 2006; 19 (3): 156–62.
- Portenier L. DRG in der Schweiz. Leistungsbezogene Krankenhausentgeltssysteme. *Die Schwester, Der Pfleger* 2009; 48 (4): 372–4.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 175–82.
- Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut 2006.

- Schmidt S, Bartholomeyczik S, Dieterle WE, Wittich A, Donath E, Rieger MA. Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus" (ArbiK). *Pflege & Gesellschaft* 2008; 13(2): 102–18.
- Schober M, Affara F. *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Hans Huber 2008.
- Schöning B, Luithlen E, Scheinert H. *Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1995.
- Simon M. Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover: Endbericht 2008.
- Simon M. Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. *Pflege & Gesellschaft* 2009; 14 (2): 101–23.

This page intentionally left blank

13 Hygienefehler im Krankenhaus

Annette Busley und Walter Popp

Abstract

In Deutschland treten im Jahr bis zu 800 000 im Krankenhaus erworbene Infektionen auf. Sie führen zu großem Leid für den Betroffenen und zu hohen Kosten für das Allgemeinwesen. Mindestens ein Drittel dieser Infektionen wären durch Hygienemaßnahmen zu verhindern.

Hygieneprobleme resultieren aus menschlichem Fehlverhalten, Unwissen, technischen Problemen und strukturellen Mängeln. Beispiele hierfür: Zu wenig Hygienefachpersonal, veraltete Bauten mit Flurtoiletten, zu wenig Einzelzimmer, Abbau der Hausreinigung, ungenügende Aufbereitung von Medizinprodukten, ungenügende Schutzmaßnahmen beim Umgang mit multiresistenten Erregern. Verdachtshinweise auf Hygienemängel zeichnen sich in den Ergebnissen der externen Qualitätskontrolle ab und lassen sich durch die Auswertung von Abrechnungsdaten ermitteln, wie u. a. am Beispiel des Kindbettfiebers gezeigt wird. Neben Appellen an Einsicht und Vernunft bedarf es zur Verbesserung dieser Situation einheitlicher gesetzlicher Regelungen und wirkungsvoller Kontrollen. Versorgungsbrüche an den Sektorengrenzen müssen verhindert werden.

In Germany, up to 800 000 patients per year acquire nosocomial infections. They lead to great suffering for those affected and high costs for the public sector. At least one third of these infections could be prevented by hygienic measures.

Hygienic problems results from human malpractice, ignorance, technical problems and structural defects, such as too few health professionals, obsolete buildings with hallway toilets, too few single rooms, reduced cleaning frequency, insufficient processing of medical products, lack of protective measures when dealing with multi-resistant pathogens.

External quality control shows references to suspected hygienic deficiencies. The article demonstrates that the analysis of billing data can help find hygienic deficiencies, using the example of childbed fever.

Apart from appeals to common sense and insight, uniform legislation and effective controls are needed to improve the situation. Appropriate co-operation at the interface of the health care sectors could also minimize infections.

13

13.1 Einleitung

Probleme mit der Hygiene im Krankenhaus werden öffentlich zunehmend wahrgenommen. Wirklich gesichertes Wissen gibt es aber wenig: Sogar in offiziellen Veröffentlichungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Begründung zum Infektionsschutzgesetz) werden die Zahlen von Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen, NI) geschätzt. Die genannten Fallzahlen schwanken zwischen

500 000 und 800 000 betroffenen Patienten pro Jahr in Deutschland (Bales et al. 2003; RKI 2002).

NI werden immer wieder in ihrer Gesamtheit als vermeidbar und damit als Ausdruck von Hygienemängeln dargestellt. Das ist falsch, ändert aber nichts an der Tatsache, dass in Deutschland jährlich viele tausend Patienten – auf Basis der o. g. Schätzungen wenigstens 200 000 – Infektionen erleiden, die wirklich vermeidbar wären (Harbarth et al. 2003; Haley et al. 1985). Diese Infektionen führen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen teilweise zu schwerem Leid und kosten das Gemeinwesen Milliarden im Rahmen der Akutbehandlung und durch Folgeschäden.

Vermeidbar wären viele dieser Infektionen, wenn jeder an der Versorgung von Patienten Beteiligte allgemein anerkannte Regeln (beginnend mit der banalen Händedesinfektion) einhielte und die Krankenhäuser die heute bekannten Struktur- und Prozessmerkmale zum Thema Hygiene erfüllten.

Die oft geführte Klage, die dazu erforderlichen Maßnahmen kosteten Geld, das den Krankenhäusern nicht zur Verfügung stünde, trifft so nicht zu: Das Geld, das heute in die Behandlung von NI durch Antibiotika, Revisionsoperationen und intensivmedizinische Behandlung investiert wird, könnte (mit höherem Nutzen für die Patienten!) für Hygienemaßnahmen ausgegeben werden. Gerade die Finanzierung von Krankenhausbehandlungen durch Fallpauschalen ermöglicht dem Krankenhausmanagement strategische Entscheidungen dieser Art.

13

13.2 Rechtsvorgaben und ihre Umsetzung

Vorgaben zur Hygiene im Gesundheitswesen finden sich in diversen Gesetzen auf Bundes- und Landesebene, in berufsgenossenschaftlichen Vorschriften, Regelungen zum sog. Stand der Technik sowie medizinischen Richtlinien und Empfehlungen (Abbildung 13–1).

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) gibt den Gesundheitsämtern weitreichende Pflichten und Möglichkeiten zur Überwachung (z. B. Begehungen). Wahrgenommen werden sie unterschiedlich, da z. B. in NRW die Gesundheitsämter kommunal organisiert sind und keine Landesvorgaben existieren. In der Praxis heißt dies, dass manche Gesundheitsämter ein Krankenhaus in einer Stunde pro Jahr begehen, andere Gesundheitsämter brauchen für ein vergleichbares Haus sieben Tage. (pers. Mitteilungen beim Treffen der Krankenhaushygieniker der Universitätskliniken in NRW, Febr. 2009). Nach IfSG sollen die Krankenhäuser in Deutschland NI aufzeichnen und bewerten – und tun dies ganz unterschiedlich. Auch sollen sie Statistiken zu bestimmten resistenten Erregern führen (z. B. multiresistenter *Staphylococcus aureus*, MRSA) –, doch wie diese zu bewerten sind und was eigentlich daraus zu folgern ist, dafür gibt es keinerlei Empfehlungen offizieller Stellen (z. B. RKI).

Krankenhäuser sollen nach IfSG Hygienepläne haben. Haben sie auch – aber alle andere, mit anderen Inhalten, in anderer Form (z. B. Heudorf 2009). Es ist nicht geregelt, was eigentlich in den Hygieneplänen zu stehen hat. Die TRBA 250 macht dazu nur allgemeine Themenvorschläge.

Abbildung 13–1

Hygienisch relevante Rechtsnormen

| Vorschrift | Vorschriften-Verfasser | Gesetz | Dazugehörige Verordnungen |
|------------------------|----------------------------|---|--|
| Gesetze | Bundesgesetz | Infektionsschutzgesetz (IfSG) | |
| | | Medizinproduktegesetz | Medizinproduktebetreiber-Verordnung |
| | | Gefahrstoff-Verordnung | TRGS |
| | | Biostoff-Verordnung | z. B. TRBA 250 |
| | | Arbeitsschutzgesetz | |
| | Sozialgesetzbuch V (SGB V) | Qualitätssicherungs-Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung | |
| | Landesgesetz | Krankenhausgesetz NRW | Krankenhaushygiene-Verordnung NRW |
| Quasi-Gesetze | Berufsgenossenschaft | BGR-Regeln | z. B. BGA 250 |
| Stand der Technik | DIN | DIN-Normen | z. B. zu Wasserleitungen, RTL-Anlagen, Sterilisation |
| | VDI | VDI-Vorschriften | z. B. RLT-Anlagen |
| | DVGW | DVGW-Arbeitsblätter | z. B. Legionellen |
| Richtlinie, Empfehlung | RKI | Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention | |
| | Fachgesellschaften | Leitlinien u. a. | z. B. von DGKH, DGSV |

Gesundheitspolitik ist Länderpolitik und es gibt Landesgesetze: In NRW gibt es z. B. Regelungen im Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) und – was hygienische Fragen angeht – vor allem in der Krankenhaushygiene-Verordnung NRW aus dem Jahr 1989.

Neben den gesetzlichen Regelungen gibt es die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI. Diese werden seit 1976 in der „Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ veröffentlicht. Der Wert der KRINKO-Empfehlungen wird dadurch gemindert, dass Mitglieder der vom BMG berufenen Kommission gegen ihre eigenen Empfehlungen argumentieren. So werden in einer vom Vorsitzenden der KRINKO herausgegebenen Zeitschrift laufend Artikel veröffentlicht, die den KRINKO-Empfehlungen mangelnde Evidenz vorwerfen und ihre Nicht-Einhaltung empfehlen (z. B. Kappstein 2009). Dass angesichts dessen viele Kliniker vor Ort die Empfehlungen als beliebig ansehen, kann nicht verwundern.

13.3 Ursachen für Hygieneprobleme in Krankenhäusern

Die Ursachen für Hygieneprobleme sind vielfältig und reichen von individuellem Fehlverhalten über mangelnde Information von Krankenhausbeschäftigten, Besuchern und Patienten bis hin zu strukturellen Mängeln. Die Behebung struktureller Mängel ist primär Aufgabe der Klinikverantwortlichen, manchmal aber auch eine gesellschaftliche Aufgabe. Im Folgenden werden einige strukturelle Probleme sowie Ansätze zu deren Lösung aufgezeigt.

Hygienisches Fachpersonal

Ein erstes Problemfeld umfasst die mangelnde Ausstattung der Krankenhäuser mit hygienischem Fachpersonal, die zudem erheblich zwischen den Bundesländern variiert. Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene sind auf Länderebene geregelt. Beispiele dazu finden sich in Abbildung 13–2.

Über hauptamtliche Fachärzte für Hygiene, sog. Krankenhaushygieniker, verfügen fast ausschließlich Universitätskliniken. Die anderen 2 000 Krankenhäuser in Deutschland werden entweder von überhaupt keinem Facharzt betreut oder vielleicht an zwei Tagen im Jahr durch einen externen Hygienefacharzt, der dann an den Sitzungen der Hygienekommission teilnimmt. Sogenannte hygienebeauftragte Ärzte werden in der beobachteten Praxis nicht selten in der Abteilungs-Frühbesprechung auf Zuruf ernannt. Bei sicher fehlender Erfahrung, oft spärlicher spezifischer Ausbildung und meist ausreichender Belastung durch die Patientenversorgung ist eine intensive Wahrnehmung der Aufgabe schwierig.

Hygienefachkräfte unter dem Pflegepersonal sind in den meisten Krankenhäusern vorhanden und verfügen über eine etwa zweijährige Weiterbildung. Nach Ermittlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH 2008)

Abbildung 13–2

Hygieneverordnungen der Länder

| Landes-Krankenhaus-Hygiene-Verordnung | Regelung zur Ausstattung mit hauptamtlichen Hygienefachkräften |
|---------------------------------------|--|
| KhBetrVO Berlin | Mindestens eine ab 300 Betten |
| KHV NRW | eine ab 400 Betten, jeweils eine weitere für 401–700, 701–1 000, 1 001–1 300 und eine 1 301–1 600 Betten |
| KHV Bremen | eine für jeweils 300 Betten mit Infektionsrelevanz (z. B. Chirurgie, Intensivmedizin, Dialyse), ansonsten eine pro 600 Betten |
| KHV Sachsen | eine für jeweils 300 Betten bei hohem Infektionsrisiko, eine für jeweils 600 Betten bei mittlerem Infektionsrisiko, eine für jeweils 1 000 Betten bei niedrigem Infektionsrisiko |
| SKHygVO Saarland | Erfordernis von der Krankenhausleitung unter Berücksichtigung der Struktur des Krankenhauses zu ermitteln |

sind jedoch an 40% der Krankenhäuser die Hygienefachkraftstellen nicht eingerichtet oder besetzt. Die Fachkräfte sind mit ihren Aufgaben nicht selten überfordert, da alleingestellt und oft problematisch in die Krankenhaushierarchie eingebunden.

Bausubstanz und Baugeschehen

Ein weiteres Problemfeld bezieht sich darauf, dass die vorhandene Bausubstanz zum Teil unter hygienischen Aspekten nicht optimal ist und auch das Baugeschehen sich mit Blick auf den Marktauftritt des Krankenhauses nicht immer ausreichend an hygienischen Kriterien ausrichtet. In vielen Krankenhäusern ist die Bausubstanz und der Zustand der Einrichtungen desolat. Teilweise sind noch Vierbettzimmer vorhanden und manche Stationen verfügen nur über Flurtoiletten. Dies führt beispielsweise in Zeiten der Norovirus-Gefährdung (jährlich Dezember bis März) zu gehäuftem Ausbrüchen.

Neubauten und Renovierungen stehen verstärkt unter einem Kostendiktat. Die Zimmer, auch in Neubauten, sind wesentlich kleiner als früher, sodass häufig das vordere Bett verschoben werden muss, damit das hintere aus dem Zimmer geschoben werden kann. Für diverse Krankheitsbilder konnte gezeigt werden, dass eng stehende Betten das Infektionsrisiko erhöhen (z. B. N.N. 2001; Yu et al. 2007).

Immer mehr Krankenhäuser richten Stroke Units und Intermediate-Care-Stationen ein. Jedoch geschieht dies oft lediglich durch Umwidmung einzelner Zimmer, sodass der besonderen hygienischen Situation (z. B. vermehrtes Richten von Infusionen und Spritzen und damit erhöhter Raumbedarf) nicht ausreichend entsprochen werden kann: Ein häufiges Problem ist, dass Infusionen und Spritzen in unmittelbarer Nachbarschaft zu Waschbecken gerichtet werden, was in der Vergangenheit immer wieder zu Kontaminationen der Infusionslösungen geführt hat (z. B. Engelhart et al. 2003).

Innerbetriebliche Entscheidungen des Krankenhausmanagements zum Marktauftritt, zu nennen sind hier Schlagwörter wie „Wellness“ und „Hotelqualität“, treten zum Teil in Konkurrenz zu hygienischen Zielsetzungen, obwohl Patientenbefragungen zeigen, dass vor allem ärztliche Qualifikation, Einbeziehung in die Behandlung und Pflegequalität gefordert werden (z. B. Denk und Schweitzer 2006). In der Praxis führt diese Entwicklung beispielsweise dazu, dass teilweise wieder Holz verbaut wird, obwohl dieses nicht desinfiziert werden kann. Stoffbezüge können ebenfalls nicht desinfiziert werden. Weiterhin werden gegen allen hygienischen Rat Teppichböden verlegt, die sehr leicht verschmutzen und schwer zu reinigen sind.

Einzelzimmer

Grundsätzlich spricht – auch aus hygienischer Sicht – vieles für eine vermehrte Einrichtung von Einzelzimmern. Vorteile sind:

- kürzerer Aufenthalt
- weniger Medikationsfehler
- keine Bettensperrungen bei Isolierpatienten in Zweibettzimmern und somit keine Einnahmeausfälle
- weniger Krankenhausinfektionen

- kein ständiges Umschieben wegen Geschlecht oder Isolierungsnotwendigkeit
- mehr Privatheit (auch mit Familie und Besuchern)
- besserer Datenschutz im Arzt-Patient-Gespräch
- eigener Sanitärbereich
- weniger Störungen durch Lärm
- besserer Schlaf
- höhere Patientenzufriedenheit

(Detsky und Etchells 2008; AIA 2003). Doch selbst bei Neubauten ist ein Mehr an Einzelzimmern derzeit in Deutschland nicht durchzusetzen. Häufig werden die wenigen Einzelzimmer nicht für infektiologische Patienten genutzt, sondern nur für Privatpatienten zur Verfügung gestellt.

Hausreinigung

In deutschen Krankenhäusern zeigen sich zunehmend problematische Einsparungen auf Kosten der Basishygiene. Die Krankenhaushygiene in Deutschland hat wie in vielen europäischen Staaten immer schon auf eine regelmäßige desinfizierende Reinigung gesetzt. Zeitweise wurde dies aufgeweicht durch Slogans wie „Verzicht auf Desinfektion erhöht Hygiene in der Klinik“ und angebliche Kosteneinsparungen durch Verzicht auf Desinfektion (Bettge 2000; Daschner 2000; N.N. 1999). Inzwischen lässt sich in den USA sowie im gesamten anglo-amerikanischen Bereich eine Renaissance der Flächendesinfektion beobachten (CDC 2008). Umso bedauerlicher ist, dass gerade in deutschen Krankenhäusern die Hausreinigung und damit auch Sauberkeit deutlich nachlassen. So gibt es nicht wenige Häuser, die an ein bis zwei Tagen der Woche überhaupt keine Reinigung der Patientenzimmer mehr durchführen. Die Verlagerung der Reinigungstätigkeiten in vielen Häusern in eigene Service-Gesellschaften (mit deutliche reduzierten Löhnen) hat dazu geführt, dass das Personal täglich an anderen Orten eingesetzt wird, sich daher in den speziellen Gegebenheiten der jeweiligen Station nicht mehr auskennt und außerdem mangels Stationsbezug (z. B. nahmen die Reinigungskräfte früher an den Weihnachtsfeiern der Station teil) sich nicht mehr verantwortlich fühlt.

13.4 Hightech-Medizin und Hygieneprobleme

Fortschritte der Medizin haben zu beeindruckenden zusätzlichen Möglichkeiten der Behandlung geführt, häufig verbunden mit wesentlich weniger Belastungen für die Patienten. Allerdings werden bei der Produktentwicklung teilweise Fragen der Desinfektion und Reinigung erst spät geklärt, oder gar erst nach den ersten Einsätzen beim Kunden. Dazu im Folgenden einige Beispiele.

Import von Medizinprodukten

Gerade viele teure und hoch technisierte Medizinprodukte werden oft aus dem Ausland eingeführt und die Aufbereitungsvorschriften fehlen völlig oder sind nicht an

die deutsche Philosophie angepasst. So wird z. B. für Ultraschallköpfe oft nur eine gelegentliche Reinigung mit Warmwasser und Haushaltsspülmittel empfohlen. Nach deutschen Vorstellungen und Vorgaben ist jedoch eine Desinfektion erforderlich. Tatsächlich können an Ultraschallköpfen kritische Erreger, wie z. B. *Staphylococcus aureus*, gefunden werden. Für die Nutzer sind Aufbereitungsprobleme nach Ankauf des Produktes im Allgemeinen nicht mehr zu klären, da die Firmen keine Hilfestellungen liefern und der Nutzer bei korrekter Desinfektion einen vorzeitigen Verschleiß des Produktes ohne Produzentenhaftung riskiert. Die Erfahrung zeigt, dass die CE-Kennzeichnung keineswegs garantiert, dass eine qualifizierte Aufbereitungsvorschrift vorliegt (Popp 2008; Heudorf et al. 2007; Spielberg 2009).

Miniaturisierung und Reinigung

Gerade durch das vermehrte Augenmerk auf die Aufbereitung von Medizinprodukten tauchen bei vielen Mehrwegprodukten Zweifel auf, ob sie überhaupt aufzubereiten sind. Beispielhaft seien Biopsiezangen im Bereich der Endoskopie genannt; vermehrt gehen daher viele Endoskopeure zu Einmalprodukten über (Popp et al. 2007). Besonders problematisch ist oft die Aufbereitung mikrochirurgischer Instrumente, die geradezu inflationär die Zentralsterilisationen überfluten, wobei oft keine Aufbereitungsvorschläge vorliegen (hohe Zahl an Leihgeräten!). Weiterhin liegen bei ihnen oftmals sehr feine und schwer zu reinigende Kanäle vor, deren Durchspülung oft nicht einfach möglich ist bzw. die das durchführende Personal gar nicht erkennt. Eigene Untersuchungen von Instrumenten für die minimalinvasive Chirurgie, deren Reinigungs- und Sterilisationsprozess abgeschlossen war, zeigten z. T. massive Restverschmutzungen an schwer zugänglichen Stellen – bis hin zu ganzen Knorpelfragmenten in Trokaren (Popp 2008).

13.5 Nosokomiale Infektionen (NI)

NI können in verschiedensten Formen auftreten: Wundinfektionen, Pneumonien, Harnwegsinfekte und vieles mehr. Beispielhaft sollen zwei klinische Probleme und die Möglichkeiten einer Einflussnahme auf diese für die Patienten nicht schicksalhaften Ereignisse genannt werden.

MRSA

Infektionen mit multiresistenten Erregern führen für den Betroffenen und das Gesundheitswesen zu besonderen Problemen. Die erschwerte Behandlung hat für den Patienten z. T. verheerende Folgen und kostet viel Geld. In Deutschland muss mit etwa 19 000 nosokomialen Neuinfektionen mit MRSA pro Jahr gerechnet werden (Bundesrat, Drucksache 299/09). Ein systematisches Screening aller im Krankenhaus aufgenommenen Patienten mit bakteriologischer Untersuchung von Nasenabstrichen hat 2006 im Raum Münster eine Nachweisrate von 1,6% ergeben, im Kreis Höxter von 3,4%. Eine Ein-Tages-Prävalenz-Erhebung in der Stadt Essen – mit Screening nur von Risikopatienten – ergab im Jahr 2009 eine Prävalenz im statio-

nären Bereich von 2,0%. In den grenznahen Niederlanden wurde zeitgleich mit der Münsteraner Erhebung lediglich eine Prävalenz von 0,5% gemessen (Köck et al. 2009; Woltering et al. 2008; Popp et al. 2009a).

MRSA-Infektionen sind weltweit ein relevantes Problem und die verschiedenen Gesundheitssysteme haben darauf in unterschiedlicher Weise reagiert. Aus den daraus resultierenden differierenden Ergebnisse lassen sich mittlerweile Aussagen zu erfolgversprechenden Maßnahmen ableiten: Durch gezieltes Screening bei der Aufnahme im Krankenhaus, konsequente Isolierung und Behandlung infizierter Erkrankter, aber auch symptomloser Keimträger, gelang es in den Niederlanden, die Zahl der MRSA-Träger und der Infekte niedrig zu halten (Wannet 2004). In Frankreich werden seit 1999 nationale Programme aufgelegt. Dazu zählen beispielsweise hygienische Strukturvorgaben (Personalzahlen), Empfehlungen, Surveillance-Vorgaben, Veröffentlichungspflichten (z. B. MRSA, Antibiotikagabe). Mit diesem Programm konnte die Prävalenz von Wundinfektionen um 30% und von MRSA in Blutkulturen (Sepsis) um 23% gesenkt werden (Hajjar 2008; Carlet et al. 2009).

In Deutschland interpretieren Hygieneverantwortliche der Krankenhäuser sowohl die Inhalte als auch die Verbindlichkeit der MRSA-Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprophylaxe (KRINKO) völlig unterschiedlich (z. B. Kappstein 2009). In der Praxis werden in manchen Häusern nicht einmal die Angehörigen der Risikogruppen (Bewohner von Pflegeeinrichtungen, Patienten mit chronischen Wunden, Dialysepatienten etc.) bei der Aufnahme einem Screening unterzogen. In nicht wenigen Krankenhäusern gibt es kein System, das ehemalige MRSA-Träger bei Wiederaufnahme meldet, sodass sofort Maßnahmen ergriffen werden könnten.

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Screening von Risikogruppen bis zu 80% aller Keimträger identifiziert werden können (Köck et al. 2009). Zur Verfügung stehen die PCR (polymerase chain reaction) und der mikrobiologische Nachweis auf selektiven Nährböden. Zwar zeigt die PCR je nach Organisation im Krankenhaus schneller ein Ergebnis, aber auch der Abstrich auf der selektiven Platte lässt sich nach weniger als 24 Stunden auswerten und kostet mit ca. 4–6 € nur ca. ein Sechstel der PCR.

Von Krankenhausseite wird oft beklagt, dass die Zusatzvergütung bei MRSA-Infektionen im DRG-System die entstehenden Kosten nicht annähernd deckt. Unterdeckungen von 10 000 Euro pro Fall werden genannt (Wilke 2007). Für 10 000 Euro könnten sehr viele Patienten gescreent und dadurch vermutlich mehr als eine kostenträchtige Komplikation durch Infekt vermieden werden. Die Kosteneffektivität konsequenter Maßnahmen im Zeitalter der DRGs ist in ersten Arbeiten nachgewiesen (Wernitz et al. 2005).

Ein Aspekt, den die Krankenhäuser nicht allein lösen können, ist die Schnittstellenproblematik: Patienten aus den o. g. Risikogruppen könnten zu elektiven Eingriffen mit bereits erfolgtem Screening und nach ggf. erforderlicher Sanierung ins Krankenhaus eingewiesen werden. Der niedergelassene Arzt lehnt diese Maßnahmen mit Hinweis auf sein Budget meist ab. Auch die konsequente Nachbehandlung und Kontrolle von im Krankenhaus als Keimträger identifizierten Patienten und deren Angehörigen unterbleibt in Deutschland im Regelfall im ambulanten Bereich aus Gründen der Budgetbelastung. Ein Modellprojekt im Münsterland (EUREGIO-Projekt MRSA Twente/Münster) hat gezeigt, dass deutliche Erfolge zu erzielen sind, wenn die Sek-

toren gut vernetzt sind und den existierenden Empfehlungen folgen. Die dabei entstehenden Aufwendungen im Krankenhaus waren gering, im ambulanten Sektor allerdings erheblich (Köck et al. 2009). Die Finanzierung der medikamentösen Behandlung und der Befundkontrollen durch Abstriche bei Versicherten ohne aktuelle Krankheitssymptome als prophylaktische Maßnahme ist außerhalb des Modellprojekts augenblicklich noch nicht gesichert. Hier besteht Handlungsbedarf.

Sepsis

Die in Deutschland pro Jahr mindestens auftretenden 20 000 nosokomialen Sepsisfälle (Gastmeier und Geffers 2008) haben für die Betroffenen besonders dramatische Auswirkungen und könnten zu gut 50% verhindert werden (Gastmeier und Geffers 2006). Die nosokomiale Sepsis, oft durch zentrale Zugänge hervorgerufen, führt zu einer verlängerten Liegedauer und höherer Mortalität und die Zusatzkosten liegen nach internationalen Studien bei 10 000 € bis 20 000 €, sodass die Kosten für das Krankenhaus nicht durch die DRG-Entgelte abgedeckt werden. Bei Codierung einer Sepsis erhöhen sich die DRG-Entgelte um 1 300 bis 8 500 €, wobei es auch Konstellationen gibt, in denen sich das Entgelt überhaupt nicht erhöht (Popp 2009).

Tatsächlich lagen 2003 bei 16% der an der KISS-Erfassung teilnehmenden Krankenhäuser noch nicht einmal schriftliche Standards zum Umgang mit zentralen Venenkathetern vor (Vonberg et al. 2005). Hier werden relevante Chancen sowohl für die Patienten als auch für das betriebswirtschaftliche Ergebnis der Krankenhäuser vergeben.

13.6 Hygieneprobleme in Krankenhäusern: Hinweise aus Routinedaten

Hygienemängel offenbaren sich gelegentlich nur im Vergleich. Solche Vergleiche erfolgen z. B. im Rahmen der externen Qualitätskontrolle (BQS-Verfahren). Sie weisen u. a. bei Wundinfektionen eine beträchtliche Streuung der Ergebnisse auf. Diese Verfahren erfordern zusätzlichen Dokumentationsaufwand in den Kliniken und können alleine deshalb nicht mehr sonderlich intensiviert werden. Ferner ist die Datengüte kritisch zu sehen. Die Dokumentationspflichtgrenze für Kliniken liegt bei 80% der jeweiligen Fälle (die Kliniken dokumentierten 2007 im Durchschnitt allerdings 96,6% der Fälle) (BQS-Qualitätsreport 2007), dennoch ergibt sich selbst hier noch die Möglichkeit, „schlechte Fälle“ gezielt der Dokumentation zu entziehen. Auch sieht das Verfahren nur in äußerst geringem Maße Kontrollen der Dokumentationsqualität in den Kliniken vor – bei denen dann aber z. T. erschreckend viele Dokumentationsmängel aufgedeckt werden (BQS-Qualitätsreport, Datenvalidierung). Es verbleibt also eine deutliche Unsicherheit, ob nicht einzelne Kliniken dieses Verfahren gezielt unterlaufen können.

Die Auswertung von Krankenhausabrechnungsdaten hat demgegenüber den Vorteil, dass es keines zusätzlichen Dokumentationsaufwandes bedarf und die gemeldeten Daten (bei bestehender Entgeltrelevanz) weitgehend vollständig sein dürften. Nachfolgend dazu einige Beispiele.

Kindbettfieber

Das Kindbettfieber ist eine schwere, heute noch gelegentlich tödlich verlaufende Infektion von Wöchnerinnen. Die Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten aus den Jahren 2007 und 2008 wurden auf den ICD-Code für das Kindbettfieber (O85) hin gescreent. Die Zahl der identifizierten Fälle wurde krankenhausbezogen zur Gesamtzahl der im Zeitraum durchgeführten Entbindungen (an AOK-Versicherten) ins Verhältnis gesetzt.

Das Kindbettfieber ist keine vollständig vermeidbare Komplikation einer Entbindung. Somit ist das gelegentliche Auftreten der Erkrankung nicht grundsätzlich zu kritisieren. Tatsächlich zeigt die Auswertung über den Zweijahreszeitraum, dass bei 0% bis 3,9% der Wöchnerinnen eines Krankenhauses Kindbettfieber auftritt. Bei seltenen Vorkommnissen führen bereits Einzelfälle zu statistischen Auffälligkeiten. Wenn aber

- eine Klinik, die 250 Entbindungen (bei AOK-Versicherten) betreut hat, zehn Fälle von Kindbettfieber dokumentiert (3,9%), während Kliniken mit einer vergleichbaren Geburtenfrequenz null bis vier Fälle dokumentieren,
 - eine Klinik mit 900 Entbindungen 24 Fälle (2,6%) dokumentiert im Vergleich zu null bis sechs Fällen in vergleichbaren Kliniken oder
 - eine Klinik mit 1100 Entbindungen 26 Fälle (2,4%) dokumentiert im Vergleich zu null bis fünf Fällen in größenanalogen Kliniken,
- dann liegt die Frage nach Hygieneproblemen nahe.

13

Harnwegsinfekte

Der Harnblasenkatheterismus ist eine Maßnahme, die unter größter Beachtung aller hygienischen Vorkehrungen erfolgen muss, da die betroffenen Patienten sonst einen Harnwegsinfekt (HWI) erleiden. Das überdurchschnittlich häufige Auftreten von HWI im Rahmen von stationären Aufenthalten, während derer lediglich ein solitärer Eingriff durchgeführt wurde, bei dem perioperativ regelhaft oder aber sehr häufig ein Harnblasenkatheter gelegt wird, kann als Hinweis für Hygienemängel in einer Klinik gewertet werden. Die Kodierung eines HWI (ICD N39.0, N30.0, N30.3, N30.8, N30.9) erhöht häufig den PCCL-Wert in der DRG-Ermittlung, ist also erlössteigernd und somit von den Kliniken zuverlässig zu erwarten.

Harnwegsinfekte im Rahmen einer einfachen Hysterektomie

Im Jahre 2008 wurden 29 715 AOK-Versicherte ohne Zusatzeingriffe hysterektomiert (OPS 5-683.00; -1; -2; -3; -4; -5; -x), bei 1 533 (5,16%) wurde als Nebendiagnose ein HWI kodiert. Dabei schwankte die Quote bei Kliniken, die mehr als 20 Eingriffe durchgeführt haben, zwischen 0%–41%. Die Ergebnisse der Kliniken, die 2008 mehr als 100 AOK-Versicherte operiert haben, sind nach Altersgruppen aufgeteilt in Tabelle 13–1 dargestellt.

Harnwegsinfekte im Rahmen einer endoskopischen Cholezystektomie

2008 wurden 48 088 AOK-Versicherte während eines Krankenhausaufenthalts ausschließlich minimalinvasiv cholezystektomiert (OPS 5-511.11; -.12; -.21; -.22), bei 758 (1, 58%) wurde als Nebendiagnose ein HWI kodiert. Dabei schwankte die

Quote bei Kliniken, die mehr als 20 Eingriffe durchgeführt haben zwischen 0%–15,6%. Die Ergebnisse der Kliniken, die 2008 mehr als 120 AOK-Versicherte operiert haben sind nach Altersgruppen aufgeteilt in Tabelle 13–2 dargestellt.

Tabelle 13–1

Harnwegsinfekte im Rahmen einer Hysterektomie 2008

| Klinik | Gesamt | | Alter bis 39 Jahre | | 40 bis 69 Jahre | | über 69 Jahre | |
|--------|------------------|---------|--------------------|---------|------------------|--------|------------------|---------|
| | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI |
| A | 139 | 10,79 % | 69 | 11,59 % | 54 | 7,41 % | 16 | 18,75 % |
| B | 102 | 10,78 % | 48 | 2,08 % | 32 | 9,38 % | 22 | 31,82 % |
| C | 166 | 5,42 % | 95 | 2,11 % | 40 | 7,50 % | 31 | 12,90 % |
| D | 103 | 6,80 % | 52 | 5,77 % | 37 | 8,11 % | 14 | 7,14 % |
| E | 127 | 3,94 % | 53 | 0,00 % | 50 | 6,00 % | 24 | 8,33 % |
| F | 102 | 4,90 % | 72 | 5,56 % | 23 | 0,00 % | 7 | 14,29 % |
| G | 129 | 2,33 % | 92 | 0,00 % | 24 | 4,17 % | 13 | 15,38 % |
| H | 107 | 1,87 % | 49 | 2,04 % | 37 | 2,70 % | 21 | 0,00 % |
| I | 103 | 1,94 % | 49 | 2,04 % | 28 | 3,57 % | 26 | 0,00 % |
| J | 113 | 0,00 % | 65 | 0,00 % | 33 | 0,00 % | 15 | 0,00 % |
| K | 107 | 0,00 % | 65 | 0,00 % | 25 | 0,00 % | 17 | 0,00 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 13–2

Harnwegsinfekte im Rahmen einer Cholezystektomie 2008

| Klinik | Gesamt | | Alter bis 39 Jahre | | 40 bis 69 Jahre | | über 69 Jahre | |
|--------|------------------|--------|--------------------|--------|------------------|---------|------------------|---------|
| | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI |
| L | 129 | 7,75 % | 47 | 2,13 % | 49 | 10,20 % | 33 | 12,12 % |
| M | 175 | 2,86 % | 58 | 1,72 % | 65 | 4,62 % | 52 | 1,92 % |
| N | 415 | 0,96 % | 127 | 0,00 % | 162 | 1,23 % | 126 | 1,59 % |
| O | 185 | 1,62 % | 60 | 1,67 % | 58 | 1,72 % | 67 | 1,49 % |
| P | 139 | 1,44 % | 50 | 0,00 % | 53 | 3,77 % | 36 | 0,00 % |
| Q | 122 | 1,64 % | 35 | 0,00 % | 51 | 1,96 % | 36 | 2,78 % |
| R | 139 | 0,72 % | 60 | 1,67 % | 55 | 0,00 % | 24 | 0,00 % |
| S | 136 | 0,74 % | 41 | 0,00 % | 56 | 1,79 % | 39 | 0,00 % |
| T | 133 | 0,75 % | 55 | 0,00 % | 57 | 0,00 % | 21 | 4,76 % |
| U | 130 | 0,77 % | 53 | 0,00 % | 48 | 0,00 % | 29 | 3,45 % |
| V | 120 | 0,83 % | 39 | 0,00 % | 36 | 0,00 % | 45 | 2,22 % |
| W | 120 | 0,83 % | 31 | 0,00 % | 46 | 2,17 % | 43 | 0,00 % |
| X | 153 | 0,00 % | 46 | 0,00 % | 76 | 0,00 % | 31 | 0,00 % |
| Y | 139 | 0,00 % | 47 | 0,00 % | 57 | 0,00 % | 35 | 0,00 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 13–3

Harnwegsinfekte im Rahmen einer TEP-Implantation 2008

| Klinik | Gesamt | | Alter bis 39 Jahre | | 40 bis 69 Jahre | | über 69 Jahre | |
|--------|------------------|---------|--------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|
| | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI | Anzahl Patienten | HWI |
| AA | 295 | 18,31 % | 9 | 22,22 % | 121 | 12,40 % | 165 | 22,42 % |
| BB | 274 | 8,76 % | 6 | 0,00 % | 66 | 7,58 % | 202 | 9,41 % |
| CC | 342 | 4,68 % | 22 | 0,00 % | 131 | 2,29 % | 189 | 6,88 % |
| DD | 352 | 4,26 % | 8 | 0,00 % | 91 | 1,10 % | 253 | 5,53 % |
| EE | 302 | 3,31 % | 20 | 0,00 % | 127 | 1,57 % | 155 | 5,16 % |
| FF | 257 | 3,89 % | 40 | 0,00 % | 114 | 2,63 % | 103 | 6,80 % |
| GG | 287 | 2,79 % | 8 | 0,00 % | 97 | 0,00 % | 182 | 4,40 % |
| HH | 349 | 2,01 % | 15 | 0,00 % | 144 | 2,08 % | 190 | 2,11 % |
| II | 263 | 2,28 % | 11 | 0,00 % | 98 | 1,02 % | 154 | 3,25 % |
| JJ | 278 | 1,80 % | 9 | 0,00 % | 93 | 0,00 % | 176 | 2,84 % |
| KK | 286 | 1,40 % | 30 | 0,00 % | 130 | 0,77 % | 126 | 2,38 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Harnwegsinfekte im Rahmen einer Hüftgelenksimplantation

2008 wurde 53 381 AOK-Versicherten ohne weitere Eingriffe während desselben stationären Aufenthaltes eine Hüftprothese implantiert (OPS 5-820.00; -.01; -.02; -.20; -.21; -.22; -.90; -.94; -.95; -.96), bei 2735 (5,22 %) wurde als Nebendiagnose ein HWI kodiert. Dabei schwankte die Quote bei Kliniken, die mehr als 20 Eingriffe durchgeführt haben, zwischen 0 % und 37,5 %. Die Ergebnisse der Kliniken, die 2008 mehr als 250 AOK-Versicherte operiert haben, sind nach Altersgruppen aufgeteilt in Tabelle 13–3 dargestellt.

Gesamtergebnisse von Krankenhäusern

Es zeigen sich bei allen Auswertungen deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken, die sich weder durch unglückliche Einzelfälle noch durch „mitgebrachte“ HWI der älteren PatientInnen allein erklären lassen. Besonders deutlich auffällig werden Krankenhäuser, wenn man die Ergebnisse bei den verschiedenen Eingriffen miteinander in Verbindung bringt. Exemplarisch dafür seien hier die Ergebnisse für Cholezystektomie und TEP-Implantation als Beispiel für die Chirurgie (Tabelle 13–4) und für Hysterektomie sowie die transvaginale Suspensionsplastik als Beispiel für die Gynäkologie an besonders prägnanten Beispielen dargestellt (Tabelle 13–5).

Hier werden zwar nur die Zahlen von jeweils drei Kliniken präsentiert. Tatsächlich liegen in Deutschland viele Kliniken bei mehreren der untersuchten Parametern deutlich über den bundesweiten Durchschnittswerten. Auch die Orientierung an diesen Durchschnittswerten muss kritisch hinterfragt werden, denn sie sind durch die schlechten Ergebnisse gerade jener Kliniken hoch. Besser sollten eigentlich alle am Ergebnis der besten Kliniken gemessen werden. Kostenträger und Gesetzgeber sind gefordert, solche Informationen im Sinne der Patientensicherheit in konkrete Handlungsoptionen umzusetzen.

Tabelle 13–4

Harnwegsinfekte in der Chirurgie

| Klinik | Quote HWI bei Cholezystektomie (Durchschnitt 1,58 %) | Quote HWI bei TEP-Implantation (Durchschnitt 5,22 %) |
|--------|---|---|
| XA | 7,84 % | 31,37 % |
| XB | 8,33 % | 18,18 % |
| XC | 7,89 % | 18,31 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 13–5

Harnwegsinfekte in der Gynäkologie

| Klinik | Quote HWI bei Hysterektomie (Durchschnitt 5,16 %) | Quote HWI bei Transv. Suspensions- plastik (Durchschnitt 6,43 %) |
|--------|--|---|
| YA | 22,22 % | 31,82 % |
| YB | 22,50 % | 13,64 % |
| YC | 16,67 % | 13,89 % |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

13.7 Ausblick und Forderungen

Zuerst einmal gilt: Es geht, wenn man will!

1970 gab es in Deutschland mehr als 20 000 Verkehrstote pro Jahr, heute liegt die Zahl unter 4 500 (Statistisches Bundesamt, Unfallentwicklung 2008). Heute haben wir mindestens 15 000 Tote pro Jahr durch NI (Gastmeier und Geffers 2008) – warum sollten wir nicht die gleiche Reduktion anstreben wie im Straßenverkehr?

Die folgenden Forderungen scheinen uns umsetzbar und geeignet, zu einer deutlichen Verbesserung der derzeitigen Situation beizutragen:

1. Regelungen müssen auf Bundesebene erfolgen, z. B. im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes. Regelungen auf Länderebene (Krankenhaushygiene-Verordnungen) sind nur die zweitbeste Lösung.
2. Eine Überwachung der Regelungen muss bundeseinheitlich erfolgen, z. B. über die Gesundheitsämter. Statistiken über die Ist-Situation auf kommunaler, Länder- und Bundesebene sind zu veröffentlichen.
3. Die Hygienestrukturen in den Krankenhäusern müssen gestärkt werden: Jedes Krankenhaus ab ca. 400 Betten muss einen hauptamtlichen Facharzt für Hygiene beschäftigen.
4. Jedes Krankenhaus muss Hygienefachkräfte beschäftigen, mindestens mit einem Stellenansatz von einer Stelle pro 300 Betten. In Holland wird inzwischen bereits eine Fachkraft auf 180 Betten gefordert (van den Broek et al. 2007).
5. Hygienische Ausbildung muss ein wesentlicher Bestandteil in allen Berufsgruppen sein, sowohl in der Aus- und Fort- als auch Weiterbildung. Insbesondere in der ärztlichen Ausbildung muss die Bedeutung der Hygiene stärker betont werden, da sie für alle Facharztgruppen relevant ist. Dementsprechend muss an allen Universitäten eine qualifizierte Lehre angeboten werden.

6. Krankenhäuser müssen (z. B. im Rahmen ihrer Qualitätsberichte) wichtige hygienische
 - Strukturdaten (z. B. Zahlen zum Hygienepersonal, Anteil der Einzelzimmer, Anteil der Zimmer mit eigenem Sanitärraum),
 - Prozessdaten (z. B. Antibiotikaverbrauch, korrekte perioperative Antibiotikaprophylaxe) und
 - Ergebnisse (z. B. MRSA-Raten, Sepsis-Raten, Wundinfektionsraten) offen legen.
7. Es sollte über ein Pay-for-Performance-System als Anreiz nachgedacht werden.
8. Die Sektorengrenzen dürfen bei der Behandlung infektiologisch Erkrankter bzw. kritischer Personen (asymptomatische Keimträger) nicht länger sinnvolle Diagnostik und notwendige Therapie behindern.

13.8 Literatur

- AIA – The American Institute of Architects. The use of single patient rooms versus multiple occupancy rooms in acute care environments. Executive summary. 2003. <http://www.aia.org> (Zugriff am 31. August 2009).
- Bales S, Baumann HG, Schnitzler N. Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. Stuttgart: Kohlhammer 2003.
- Bettge U. Verzicht auf Desinfektion erhöht Hygiene in der Klinik. Welt Online, 6. November 2000.
- BQS – BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. BQS-Qualitätsreport 2007. Düsseldorf. <http://www.bqs-qualitaetsreport.de/Webs/bqs/qualrep/2007> (Zugriff am 31. August 2009).
- Carlet J, Astagneau P, Brun-Buisson D, Coignard B, Salomon V, Tran B, Desenclos JC, Jarlier V, Schlemmer B, Parneix P, Regnier B, Fabry J. French National Program for prevention of health-care-associated infections and antimicrobial resistance, 1992-2008: positive trends, but perseverance needed. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 737–45
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. 2008. <http://www.cdc.gov> (Zugriff am 31. August 2009).
- Daschner F. Routinemäßige Flächendesinfektionen sind überflüssig. *f & w* 2000; 17: 407–8.
- Denk N, Schweitzer A. Patienten-Barometer 2006. Ergebnisbericht. Psychonomics AG 2006.
- Detsky ME, Etchells E. Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *JAMA* 2008; 300: 954–6.
- DGKH. Versäumnisse der Politik zu Lasten der Patienten. Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) vom 21. April 2008.
- Engelhart S, Saborowski F, Krakau M, Scherholz-Schlösser G, Heyer I, Exner M. Severe Serratia liquefaciens sepsis following vitamin C infusion treatment by a naturopathic practitioner. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 3986–8.
- Gastmeier P, Geffers C. Prevention of catheter-related bloodstream infections: analysis of studies published between 2002 and 2005. *J Hosp Infect* 2006; 64: 326–35.
- Gastmeier P, Geffers C. Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1111–5.
- Hajjar J. Healthcare associated infection control in France: 2005–2008 national program. *J Hosp Infect* 2008; 70: 17–21.
- Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, van Munn P, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 182–205.
- Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54: 258–66.

- Heudorf U. Überwachung der Infektionshygiene im stationären und ambulanten medizinischen Bereich durch Gesundheitsämter – Strategien, Ziele und Zielerreichung. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 87–93.
- Heudorf U, Hofmann H, Kutzke G, Otto U. Aufbereitung von Ultraschallsonden im Krankenhaus – ein nicht zu vernachlässigendes Thema. *Hyg Med* 2007; 32: 183–6.
- Kapstein I. Empfehlungen der “Richtlinie” – was mache ich anders? *Krankenhaushygiene up2date* 2009; 4: 9–28.
- Köck R, Brakensiek L, Mellmann A, Kipp F, Henderikx M, Harmsen D, Daniels-Haardt I, von Eiff C, Becker K, Hendrix MGR, Friedrich AW. Cross-border comparison of the admission prevalence and clonal structure of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Hosp Infect* 2009; 71: 320–6.
- N.N. Putzen reicht – auch im Op! *Medical Tribune*, 26. März 1999.
- N.N. Bericht zu einem Gastroenteritis-Ausbruch durch Norwalk-like-Viren in einem Krankenhaus. *Epidem Bull* 2001; 33: 251–3.
- Popp W, Blahout B, Hilgenhöner M, Hansen D. Bronchoskopisches Zusatzinstrumentarium: Kategorisierung und Aufbereitung. *Hyg Med* 2007; 32: 345–7.
- Popp W. Aufbereitung von Medizinprodukten im Krankenhaus. *MedInform-Veranstaltung: Wiederverwendung von Medizinprodukten*. Bonn, 8. Oktober 2008. Vortrag. <http://www.uk-essen.de/krankenhaushygiene> (Zugriff am 31. August 2009).
- Popp W. Katheterassoziierte Infektionen mit dem Schwerpunkt ZVK. 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Leipzig, 10. Mai 2009. www.uk-essen.de/krankenhaushygiene (Zugriff am 31. August 2009).
- Popp W, Hansen D, Kundt R, Krämer S, Schwermer L, Werfel U, Spors J. MRSA-Eintages-Prävalenz als Option für MRSA-Netzwerke. *Epidem Bull* 2009; im Druck.
- Robert-Koch-Institut (RKI). Nosokomiale Infektionen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 8/2002. <http://www.rki.de>.
- Spielberg P. Zertifizierung von Medizinprodukten. Gefährliche Lücken im System. *Dt Ärztebl* 2009; 106: A-1602–3.
- TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe. GMBI Nr. 4 v. 14. Februar 2008; 83.
- Van den Broek PJ, Kluytmans JAJW, Ummels LC, Voss A, Vandenbroucke-Grauls CMJE. How many infection control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect* 2007; 65: 108–11.
- Vonberg RP, Groneberg K, Geffers C, Rüden H, Gastmeier P. Hygienemaßnahmen auf Intensivstationen. *Anaesthesist* 2005; 54: 975–82.
- Wannet W. Widespread dissemination in The Netherlands of the epidemic Berlin methicillin-resistant SA clone with low-level resistance to oxacillin. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 3077–82.
- Wilke M. Multiresistente Erreger, medizinischer Nutzen und ökonomische Potentiale von Screening. Vortrag auf dem 30. Deutschen Krankenhaustag in Düsseldorf am 16. November 2007.
- Wernutz MH, Keck S, Swidsinski S, Schulz S, Veit SK. Cost analysis of a hospital-wide selective screening programme for methicillin-resistant SA carriers in the context of diagnosis related groups (DRG) payment. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11 (6): 466–71.
- Woltering R, Hoffmann G, Daniels-Haardt I, Gastmeier P, Chaberny I. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients in long-term care in hospitals, rehabilitation centers and nursing homes or a rural district in Germany. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 999–1002.
- Yu IT, Xie ZH, Tsoi KK, Chiu YL, Lok SW, Tang XP, Hui DS, Lee N, Li YM, Huang ZT, Liu T, Wong TW, Zhong NS, Sung JJ: Why Did Outbreaks of Severe Acute Respiratory Syndrome Occur in Some Hospital Wards but Not in Others? *Clin Infect Dis* 2007; 44: 1017–25.

This page intentionally left blank

14 Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung

Günther Heller

Abstract

Im vorliegenden Beitrag wird die bisherige Entwicklung des Projekts Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) dargestellt. Darüber hinaus wird das Prävalenz-Fallzahl-Problem erläutert und gezeigt, dass eine sichere Beurteilung der Ergebnisqualität mit den etablierten Verfahren der Ergebnisqualitätsmessung aus einfachen statistischen Gründen bislang nur sehr eingeschränkt möglich war. Anschließend wird eine mögliche Lösung dieses Problems, die Verwendung von Qualitätsindizes nebst deren Konstruktion und Implementierung in QSR vorgestellt. Zusätzlich werden geplante methodisch wissenschaftliche Weiterentwicklungen von QSR skizziert. Sie beziehen sich auf Weiterentwicklungen der o. g. Qualitätsindizes, zusammen mit Patienten, Einweisern, medizinischen Fachexperten und Kliniken, aber auch auf mögliche Weiterentwicklungen methodischer und statistischer Verfahren, inklusive der Entwicklung weiterer sektorenübergreifender Tracer.

This article describes the current development of the project Quality Assurance of Hospital Care with Routine Data (QSR). In addition, it explains the problem with small sample sizes and shows that for simple statistical reasons, a reliable assessment of outcome quality with the established procedures of outcome quality measurement is limited. The article presents a possible solution to this problem, i. e. the use of quality indices, as well as their design and implementation in QSR. It also outlines further methodological developments of QSR. These refer to developments of the above indices in co-operation with patients, hospital referrers, medical specialists and clinics, but also to possible developments of methodological and statistical procedures, including the development of further cross-sectoral tracers.

14

14.1 Einführung – die Entwicklung von QSR

QSR wurde im Jahr 2002 als ein Gemeinschaftsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS-Kliniken GmbH, des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen in Sachsen Anhalt (FEISA) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) initiiert. Ziel war es, ein Qualitätssicherungsverfahren bzw. genauer ein Qualitätsmessverfahren für den stationären Sektor zu entwickeln, welches auf Routinedaten der Krankenkassen basiert und an Ergebnis-

qualität orientiert ist. Dabei wurde davon ausgegangen, dass valide Qualitätsinformationen (zumindest) für drei Akteure im Gesundheitswesen von großem Interesse sind:¹

- den Kliniken selbst, z. B. zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement
- den Kostenträgern, um in selektiven vertraglichen Regelungen Qualitätsaspekte als Vertragsgegenstände einfließen lassen zu können
- Patienten und Krankenseinweisern zur Auswahl von Kliniken mit möglichst guter Qualität.

Die erste Entwicklungsphase endete im März 2007 mit der Veröffentlichung des QSR-Abschlussberichts.² In QSR wird allerdings nicht der Anspruch erhoben, die Qualität des gesamten Leistungsspektrums interessierender Krankenhäuser zu beurteilen; vielmehr werden bestimmte Leistungsbereiche (Tracer) definiert und im Detail analysiert. Insgesamt wurden bislang acht operative wie auch nicht operative Tracer entwickelt. Im Einzelnen handelt es sich um: akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Operation bei kolorektalem Karzinom, Appendektomie, Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur, Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose und Kniegelenks-Totalendoprothese. Als erstes Produkt dieser Entwicklungsphase wurde ein QSR-Klinikbericht zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement entwickelt, welcher über 3M Healthcare vertrieben wird. Aktuell liegt die dritte Jahresauswertung des mittlerweile an zentralen Punkten überarbeiteten QSR-Klinikberichts vor.³

Ein zentraler Vorteil des QSR-Verfahrens gegenüber traditionellen Qualitätssicherungsverfahren besteht darin, dass auch Qualitätsereignisse jenseits des aktuell betrachteten Krankenhausaufenthaltes analysiert werden können. Dadurch ist eine Konstruktion von valideren und sinnvollerer Indikatoren der Ergebnisqualität möglich (Heller 2008; Heller et al. 2008; Heller et al. 2004).

14.2 Das Prävalenz-Fallzahl-Problem bei der Messung von Ergebnisqualität

Eine wesentliche Überarbeitung bzw. Erweiterung des QSR-Klinikberichts besteht in der Verwendung von Indizes potenzieller Komplikationen, (sogenannter Qualitätsindizes, vgl. weiter unten).

Vorangegangen war die Beobachtung bzw. die Erkenntnis, dass einige der ursprünglichen A-Indikatoren sehr geringe Prävalenzen in Kombination mit vergleichs-

1 Neben den im Folgenden aufgelisteten Verwendungsmöglichkeiten wurde die aktuelle QSR-Methodik mittlerweile bei mehreren Landesministerien vorgestellt, u. a. unter der Frage, ob Qualitätsinformationen auch zum Zwecke der Krankenhausplanung genutzt werden können.

2 URL: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf (Zugriff am 05. August 09).

3 URL: http://solutions.3mdeutschland.de/wps/portal/3M/de_DE/his/drg/product-information/quality-management/qsr/ (Zugriff am 05. August 09).

Tabelle 14–1

Durchschnittliche Prävalenzen der A-Indikatoren in QSR, Berechnung minimal benötigte Fallzahl gemäß Poweranalyse

| QSR-Tracer | A-Indikator* | Durchschnittliche Prävalenz AOK-Patienten 2007 (%)** | Minimal benötigte Patientenzahl*** | Durchschnittliche Anzahl AOK-Patienten pro Klinik 2007 (Interquartils-grenzen) |
|--|-----------------------|--|------------------------------------|--|
| Herzinsuffizienz | 90-Tage-Sterblichkeit | 19,22 | 31 | 101,5 (47–78–130) |
| Herzinfarkt | 30-Tage-Sterblichkeit | 15,92 | 39 | 61,7 (21–40–85) |
| Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung | 30-Tage-Sterblichkeit | 14,46 | 45 | 82,4 (24–51–120) |
| Kolon- bzw. Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom | 90-Tage-Sterblichkeit | 9,92 | 70 | 25,9 (14–21–30) |
| Appendektomie | 30-Tage-Sterblichkeit | 0,49 | 1629 | 38,0 (21–32–49) |
| Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP) | 30-Tage-Sterblichkeit | 0,34 | 2353 | 53,2 (23–37–69) |
| Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur | 30-Tage-Sterblichkeit | 7,75 | 93 | 22,7 (14–19–28) |
| Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese (Knie-TEP) | 30-Tage-Sterblichkeit | 0,15 | 5348 | 55,0 (24–40–69) |

* Quelle: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf (Zugriff am 05.August 2009)

** vollstationäre AOK-Patienten mit Entlassungsdatum in 2007, nur Patienten aus Kliniken mit mindestens zehn Tracerfällen

*** Um bei Verdopplung des A-Indikators in einer Klinik ein Signifikanzniveau von 95 % und eine Power von 80 % zu erreichen

Krankenhaus-Report 2010

WIDO

weise geringen Fallzahlen aufwiesen (Tabelle 14–1). Beispielsweise zeigt sich eine durchschnittliche 30-Tage-Sterblichkeit nach Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP) von 0,34 %. Betrachtet man die absoluten Häufigkeiten von Todesfällen nach Implantation einer elektiven Hüft-TEP, wird dieses Problem noch deutlicher: Von den insgesamt 906 Kliniken, die im Jahr 2007 mindestens zehn Patienten nach elektiver Hüft-TEP entließen, fanden sich bei 757 (83,6 %) keine Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation. In 136 Kliniken trat ein Todesfall, in 12 Kliniken traten zwei und in einer Klinik traten drei Todesfälle auf. Dabei ist intuitiv einsichtig, dass eine Anwendung von Verfahren der schließenden Statistik, wie etwa eine Berechnung von Konfidenzintervallen, nahezu immer zu dem Ergebnis führen wird, dass hier kein signifikantes Ergebnis vorliegt. Anders formuliert ist hier – aufgrund der geringen Prävalenz dieses Indikators der

Tabelle 14–2

Anzahl Sterbefälle pro Klinik innerhalb von 30 Tagen nach Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP)*

| Anzahl Verstorbene innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme | Anzahl Kliniken | Anteil (%) |
|---|-----------------|--------------|
| 0 | 757 | 83,6 |
| 1 | 136 | 15,0 |
| 2 | 12 | 1,3 |
| 3 | 1 | 0,1 |
| Gesamt | 906 | 100,0 |

* vollstationäre AOK-Patienten mit Entlassungsdatum in 2007

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Ergebnisqualität – bei den gegebenen Fallzahlen pro Klinik und Jahr von ganz überwiegend zufälligen Ergebnissen auszugehen (Tabelle 14–2).

Noch plastischer wird dies, wenn analysiert wird, wie sehr die Ergebnisse für diese Tracer von Jahr zu Jahr schwanken. Um dies zu illustrieren, wurde die Prognosefähigkeit von klinikspezifischen Sterberaten für klinikspezifische Sterblichkeiten des Folgejahres analysiert. In Tabelle 14–3 sind die Ergebnisse solcher Analysen unter Verwendung von linearen Regressionen wiederum für den Tracer elektive Hüft-TEP und die Jahresübergänge 2004/2005, 2005/2006 und 2006/2007 ausgewiesen. Sowohl für rohe als auch für risikoadjustierte Sterblichkeiten (SMRs)⁴ zeigen sich erklärte Varianzen meist deutlich unter 1 %. Dementsprechend stellen die Sterblichkeiten des Vorjahres auch keine signifikanten oder irgendwie sinnvollen Prädiktoren für die Sterblichkeiten des Folgejahres dar. Dieser Sachverhalt ändert sich nur unwesentlich, wenn nur Kliniken mit mindestens 100 Fällen betrachtet werden (Tabelle 14–3).⁵

Hier könnte eingewendet werden, dass aufgrund der Verteilung der analysierten Variablen einiges dafür spricht, dass die Grundannahmen einer linearen Regression verletzt sind. Allerdings finden sich auch nach Rekodierung der verwendeten Variablen ähnliche Ergebnisse. So zeigen auch Kliniken, die im Basisjahr ein SMR von drei und mehr aufweisen – was einer Erhöhung der risikoadjustierten Mortalität auf mindestens das Dreifache entspricht – keine prognostische Kraft für die SMR der Folgejahre. Die Regressionskoeffizienten sind für alle drei analysierten Jahresübergänge negativ, was bedeutet, dass die durchschnittliche risikoadjustierte Mortalitätsrate dieser Kliniken im Folgejahr (im Durchschnitt) niedriger als im Basisjahr

4 In QSR werden risikoadjustierte Sterblichkeiten über standardisierte Mortalitäts-Ratios (SMR) ausgewiesen. Dabei werden über logistische Regressionen erwartete Sterblichkeiten für jede Klinik geschätzt. Der Quotient der tatsächlich beobachteten Todesfälle (O) zu den erwarteten Sterblichkeiten (E) bilden das SMR. $SMR = O/E$.

5 Dies mag als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass eine alleinige Verlängerung des Analysezeitraums – etwa eine Berechnung von klinikspezifischen Mortalitätsraten wie bei den HELIOS-Indikatoren (vgl. Tabelle 14–5) – dieses Problem meist nicht lösen kann.

Tabelle 14–3

Prognosefähigkeit von klinikspezifischen rohen Sterblichkeiten, standardisierten Mortalitäts-Ratios (SMRs) und Qualitätsindizes 2004–2007 nach Implantation einer elektiven Hüft-TEP*

| Prognose von – bis | 2004 nach 2005 | 2005 nach 2006 | 2006 nach 2007 |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Rohe Sterblichkeit | | | |
| Mindestfallzahl 10* | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 0,05 | 0,07 | 0,03 |
| Mindestfallzahl 100** | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 2,73 | 0,46 | 1,46 |
| Standardisiertes Mortalitäts Ratio (SMR) | | | |
| Mindestfallzahl 10* | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 0,11 | 0,04 | 0,03 |
| Mindestfallzahl 100** | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 4,67 | 0,33 | 0,19 |
| Qualitätsindex | | | |
| Mindestfallzahl 10* | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 6,26 | 10,63 | 12,79 |
| Mindestfallzahl 100** | | | |
| R2 (erklärte Varianz) in % | 22,42 | 38,22 | 55,82 |

* vollstationäre AOK-Patienten, nur Patienten aus Kliniken mit mindestens zehn Tracerfällen im Basisjahr

** vollstationäre AOK-Patienten, nur Patienten aus Kliniken mit mindestens 100 Tracerfällen im Basisjahr

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

ist (Ergebnisse nicht dargestellt).⁶ Auch eine Rekodierung sowohl der abhängigen als auch der unabhängigen Variablen mit anschließender kategorialer Datenanalyse ergibt keine signifikanten Prognosen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Zwar kann eingewendet werden, dass die Kliniken auch einer gewissen Qualitätsdynamik unterliegen, ein gewisser Anteil nicht aufgeklärter Varianz also bei der Prognose erwartet werden muss. Die hier dargelegten Ergebnisse zeigen aber, dass für das hier analysierte Beispiel faktisch kein Zusammenhang der Mortalitätsraten eines Jahres mit dem folgenden Jahr besteht bzw. sie keine Prognosefähigkeit für das Folgejahr haben. Insgesamt sprechen die vorgelegten Analysen stark dafür, dass keine relevante Qualitätsinformation abgebildet wurde bzw. so stark von zufälligen Effekten überlagert ist, dass sie letztlich nicht erkennbar ist.

6 Dies lässt zunächst an einen „regression to the mean“-Effekt denken. Gemeint ist die Tatsache, dass Analyseeinheiten (hier Kliniken), die zufällig einen Extremwert in einer Analyse annehmen, sich in der Folge wieder in Richtung Gesamtmittelwert bewegen (Bland und Altman 1994a/1994b). Ein Ergebnis, welches in sogenannten empirischen Bayes-Analysen genutzt wird. Hier werden extreme Ergebnisse kleinerer Analyseeinheiten in Richtung des Gesamtmittelwertes korrigiert, wobei gezeigt werden konnte, dass die Prognosefähigkeit dadurch verbessert wurde (Ash et al. 2003).

Tabelle 14–4

BQS-Ergebnisqualitätsindikatoren nach Qualitätsbericht 2006, Berechnung minimal benötigter Fallzahlen gemäß Poweranalyse*

| Leistungsbereich | Qualitätsindikatoren | Durchschnittliche Prävalenz Qualitätsindikator (%) | Minimal benötigte Fallzahl je Klinik | Durchschnittliche Fallzahl je Klinik*** |
|--|--|--|--------------------------------------|---|
| Cholezystektomie | Reinterventionsrate | 1,11 | 713 | 136 |
| Herzschrittmacher-Implantation | chirurgische Komplikationen | 1,41 | 559 | 64 |
| | Sondendislokation im Vorhof | 1,42 | 555 | |
| | Sondendislokation im Ventrikel | 1,42 | 555 | |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation | Reinterventionen wegen Komplikation | 2,46 | 316 | 124 |
| | Endoprothesenluxation | 0,62 | 1 285 | |
| | Postoperative Wundinfektion | 0,82 | 969 | |
| Karotis-Rekonstruktion** | Perioperative Schlaganfälle oder Tod | 2,77 | 298 | 49 |
| Kniegelenkersatz | Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en) | 0,55 | 1 450 | 125 |
| | Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation | 1,89 | 414 | |
| Herzkatheteruntersuchung und -behandlung | Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße | 100–93,27 | 108 | 857 |
| Operation an den Herzkranzgefäßen | Sterblichkeitsrate während des stationären Aufenthalts | 3,41 | 225 | 605 |

* Um bei einer Verdopplung der Rate des Qualitätsindikators in einer Klinik ein Signifikanzniveau von 95 % und eine Power von 80 % zu erreichen

** ohne Berücksichtigung der Risikoadjustierung, vgl. Text

*** BQS-Bundesauswertung 2006, URL: www.bqs-outcome.de

Quelle: BQS-Bundesauswertung 2006, URL: www.bqs-outcome.de

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Allerdings ist zu konstatieren, dass dieses Problem auch andere eingeführte Qualitätsmessungssysteme betrifft, die Ergebnisqualität im Fokus haben: Tabelle 14–4 zeigt durchschnittliche Prävalenzen der für den gesetzlichen Qualitätsbericht uneingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlenen Indikatoren für Ergebnisqualität des Jahres 2006 aus dem BQS-Verfahren.⁷ Tabelle 14–5 gibt einen Überblick über die HELIOS-Indikatoren⁸, die sich auf Ergebnisqualität beziehen und Zielwerte ausweisen. In beiden Tabellen sind zahlreiche Indikatoren der Ergebnisqualität im niedrigen Prozentbereich oder auch unter 1 % zu erkennen.

Dabei kann die Frage, ob ein Qualitätsindikator einen tatsächlichen existierenden Unterschied abzubilden vermag, auch mit Hilfe von Poweranalysen bzw.

7 URL: www.bqs-outcome.de (Zugriff am 05. August 09) sowie URL: <http://www.bqs-online.com/download/uebersicht-qi-laien.pdf> (Zugriff am 05. August 09).

8 URL: <http://www.helios-klinikfuehrer.de/kn/klinik/helios-uebersicht/qualitaetsberichte-als-pdf.html> (Zugriff am 05. August 09).

Tabelle 14-5
HELIOS-Ergebnis-Indikatoren (II. Generation)*, Berechnung minimal benötigter Fallzahlen gemäß Poweranalyse

| Leistungsbereich | Helios-Zieleffinitionen 2006/2007** für Anteil Todesfälle (%) | Minimal benötigte Fallzahl je Klinik gemäß Poweranalyse*** | Anteil HELIOS-Kliniken mit ausreichender Fallzahl auf diesem Indikator (in %) **** |
|--|---|--|--|
| Herzinfarkt | 10,7 | 64 | 82,6 |
| Herzinsuffizienz | 11,4 | 60 | 79,3 |
| Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter (ohne OP ohne Herzinfarkt) | 0,5 | 1597 | 36,8 |
| Schlaganfall | 11,4 | 60 | 87,0 |
| Pneumonie | 11,2 | 61 | 84,6 |
| Cholezystektomie | 0,4 | 1999 | 0,0 |
| Herniotomie | 0,1 | 6687 | 0,0 |
| Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom | 6,0 | 123 | 9,5 |
| Rektumresektion bei kolorektalem Karzinom | 6,0 | 123 | 6,7 |
| Kolonresektion bei Divertikel ohne Abszess/Perforation | 2,0 | 391 | 0,0 |
| Aortenaneurysma nicht rupturiert abdominal, offen operiert | 5,0 | 150 | 0,0 |
| extrakranielle Gefäßoperationen | 2,0 | 391 | 0,0 |
| Stentimplantation in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle | 2,0 | 391 | 0,0 |
| Maternale Mortalität | 0,005 | 160743 | 0,0 |
| Dammriss 3. und 4. Grades | 2,4 | 324 | 93,3 |
| Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen | 0,014 | 57401 | 0,0 |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation | 0,26 | 3081 | 0,0 |
| Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und Komponentenwechsel (BQS 17/3), Anteil Todesfälle | 1,1 | 720 | 0,0 |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (BQS 17/5+17/6), Anteil Todesfälle | 0,1 | 8027 | 0,0 |

Tabelle 14-5

Fortsetzung

| Leistungsbereich | Helios-Zieldefinitionen 2006/2007** für Anteil Todesfälle (%) | Minimal benötigte Fallzahl je Klinik gemäß Poweranalyse**** | Anteil HELIOS-Kliniken mit ausreichender Fallzahl auf diesem Indikator (in %) ***** |
|---|---|---|---|
| Wechsel einer Knie-TEP (nach BQS 1777), Anteil Todesfälle | 0,22 | 3 643 | 0,0 |
| Schenkelhalsfraktur, alle Altersgruppen, Anteil Todesfälle | 5,3 | 141 | 24,0 |
| Nephrektomie, Anteil Todesfälle | 3,0 | 257 | 0,0 |
| Partielle Nephrektomie, Anteil Todesfälle | 0,5 | 1 597 | 0,0 |
| Prostata-TUR, Anteil Todesfälle | 0,2 | 4 008 | 0,0 |
| Radikale Prostatovesikulektomie bei Karzinom, Anteil Todesfälle | 0,5 | 1 597 | 0,0 |
| Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle | 35,0 | 12 | 87,5 |
| Sepsis (DRG T60), Anteil Todesfälle | 25,7 | 20 | 78,6 |

* Quelle: <http://www.helios-klinikfuehrer.de/kn/klinik/helios-uebersicht/qualitaetsberichte-als-pdf.html> (eingeschlossen wurden alle Kliniken, für die am 05.08.09 Daten zur Verfügung standen)

** Dies entspricht den Mittelwerten auf diesen Indikatoren, die von HELIOS aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen wurden; http://www.helios-klinikfuehrer.de/fileadmin/user_upload/KE_HELIOS_QI.pdf

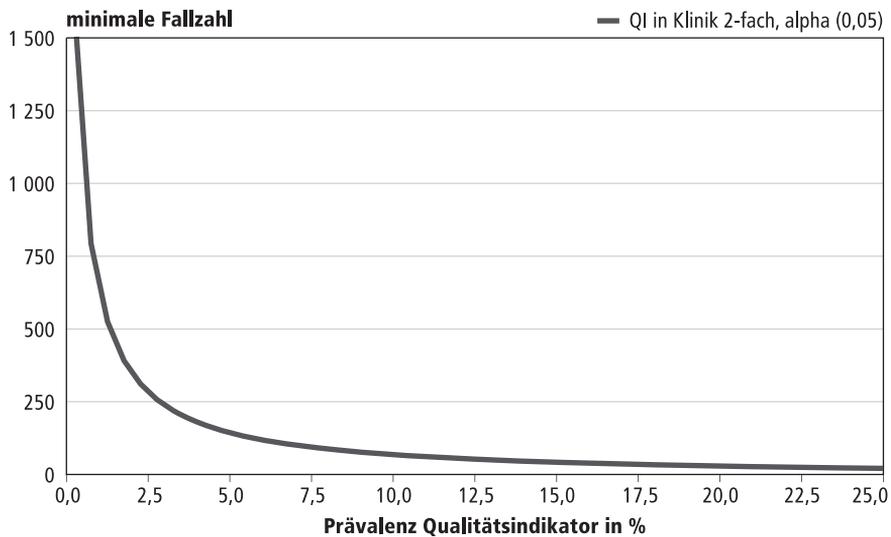
*** Um bei einer Verdopplung der Rate des Qualitätsindikators in einer Klinik ein Signifikanzniveau von 95 % und eine Power von 80 % zu erreichen

**** bezogen auf diejenigen Kliniken, welche die Leistungen anboten

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 14–1

Minimale benötigte Fallzahl nach Prävalenzen von Qualitätsindikatoren für Alpha-Niveaus von 0,05 und einer Power von 0,8

Krankenhaus-Report 2010

WldO

umgekehrt – analog dem Vorgehen bei der Planung von prospektiven Studien – mit Hilfe der Berechnung von minimal benötigten Fallzahlen beantwortet werden.

Abbildung 14–1 zeigt den Zusammenhang zwischen der Prävalenz eines Qualitätsindikators und der minimal benötigten Fallzahl unter den Randbedingungen, dass eine Verdopplung des Qualitätsindikators⁹ gegenüber der Durchschnittsrate des Indikators bei einem Alpha-Fehler von 5 % und einem Beta-Fehler von 20 %¹⁰ sicher erkannt werden sollte. Dabei ist leicht zu erkennen, dass bei Prävalenzen im unteren Prozentbereich mehrere hundert ggf. deutlich über tausend Fälle benötigt werden, um mit ausreichender Sicherheit relevante Qualitätsunterschiede abbilden zu können (vgl. Dimick et al. 2004; Moster et al. 2000). In Tabelle 14–1, Tabelle 14–4 und Tabelle 14–5 wurden die resultierenden minimal benötigten Fallzahlen für die aufgelisteten Qualitätsindikatoren in der jeweils vorletzten Spalte ergänzt. Dabei zeigt sich, dass für die überwiegende Mehrheit der hier aufgelisteten Indikatoren nur wenige Kliniken die benötigten minimalen Fallzahlen pro Jahr aufweisen oder umgekehrt die Power der Indikatoren für die meisten Kliniken unter den gegebenen Fallzahlen nicht ausreichend ist, um die medizinische Ergebnisqualität der Kliniken anhand der genannten Indikatoren mit ausreichender Sicherheit abzubilden.

Dabei sollte beachtet werden, dass die hier durchgeführten Analysen risikoadjustierte Konstellationen nicht berücksichtigen – obgleich für einige Indikatoren

9 Da in diesem Fall nur Erhöhungen entdeckt werden sollen, liegt eine einseitige Analyse vor.

10 Die Wahrscheinlichkeit, dass ein tatsächlich existierender Unterschied dieser Größe als signifikant entdeckt wird (= Power der Studie), soll demnach 1-Beta, also 80 % sein.

risikoadjustierte Ergebnisse vorliegen. Allerdings fehlen für die Berücksichtigung risikoadjustierter Konstellationen im Sinn von multivariaten Poweranalysen – zumindest für die BQS- und HELIOS-Indikatoren – die notwendigen Informationen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Verwendung von multivariaten Verfahren oder auch die Anwendung von Subgruppenanalysen nochmals zu einem Verlust an Power bzw. zu deutlich erhöhten minimalen Fallzahlen führen wird. Insofern sollten die hier durchgeführten Analysen als Mindestanforderungen verstanden werden.

14.3 Qualitätsindizes zur Beurteilung der Ergebnisqualität

Dabei wurde diese Problematik bereits früher erkannt und verschiedene Lösungsmöglichkeiten evaluiert (Heller et al. 2004, Heller 2008). Zuletzt wurden verschiedene potenzielle Komplikationen¹¹ zu Qualitätsindizes zusammengefasst. Da in QSR nicht nur der stationäre Aufenthalt, sondern durch anonymisierte individuelle Verknüpfung auch poststationäre Ereignisse erfasst werden können, stehen für eine Indexbildung sowohl stationäre als auch poststationäre Ereignisse zur Verfügung. Die Entwicklung der Indizes in QSR begann mit der Konstruktion von poststationären Indizes. Als Beispiel sei hier ein Index von potenziellen Komplikationen nach stationärem Aufenthalt wegen Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose genannt, der sich aus folgenden Komponenten zusammensetzt:

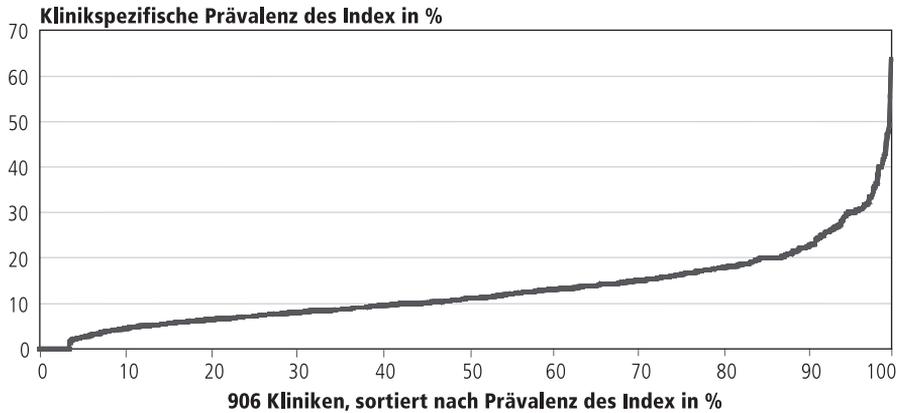
- spezifische Wiederaufnahmen innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung. Gemeint sind Wiederaufnahmen mit folgenden Hauptdiagnosen: Komplikationen bei Eingriffen (ICD T81), Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate (ICD T84), Thrombose (ICD I80), Lungenembolie (ICD I26), Luxation, Fraktur des Femurs (S72) Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte (ICD: S73)
- Tod innerhalb von 90 Tagen nach Aufnahme
- Revision der Hüft-TEP innerhalb eines Jahres nach Entlassung.

In einem zweiten Schritt wurden potenzielle Komplikationen während des stationären Aufenthaltes hinzugefügt. Für das Beispiel der elektiven Hüft-TEP sind dies:

- Lungenembolie, Thrombotische Ereignisse, Beatmung über 24 Stunden, Wundinfektionen, sonstige postoperative Komplikationen, Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate, Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenks und von Bändern der Hüfte, Revision, Wechsel oder Entfernung der Hüft-TEP während stationärem Aufenthalt, Pneumonie.

¹¹ Indikatoren der Ergebnisqualität können auch dadurch beschrieben werden, dass sie entweder auf potenzielle Komplikationen der Therapie hinweisen oder allgemeiner das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde. Dabei stellt die erste Formulierung (Komplikation) strenggenommen nur eine eingeschränkte und negative Formulierung der letzten Aussage (Nichterreichen des Therapieziels) dar (Heller 2006). Komplikationen werden in gängigen Dokumentationssystemen allerdings oft besser erfasst.

Abbildung 14–2

Index potenzieller Komplikationen (Qualitätsindex) nach Implantation elektiver Hüft-TEPs, AOK-Patienten 2007*

*vollstationäre AOK-Patienten mit Entlassungsdatum in 2007; nur Patienten in Kliniken mit mindestens zehn Tracer-Eingriffen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Abbildung 14–2 zeigt klinikspezifische Raten des kombinierten (stationären und poststationären) Qualitätsindex für den Tracer Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose auf Basis von AOK-Patienten mit Entlassungsdatum im Jahr 2007. Um nur Kliniken zu beurteilen, die eine entsprechende Therapie auch mit einer gewissen Regelmäßigkeit durchführen, wurden nur Fälle aus Kliniken mit mindestens zehn Tracerfällen im Jahr 2007 berücksichtigt.¹² Hier zeigt sich, dass nur 3,4% der Kliniken keinerlei potenzielle Komplikationen aufweisen, etwa 52% weisen mehr als 10% potenzielle Komplikationen auf und knapp 10% weisen mehr als 20% potenzielle Komplikationen auf. Im Durchschnitt treten bei 9,9% der Fälle eine der genannten potenziellen Komplikationen auf. Damit ergibt sich – unter den oben definierten Bedingungen – für diesen Index eine minimal benötigte Fallzahl von 70 Fällen pro Klinik. Demnach kann erwartet werden, dass mit diesem Index ein relevanter Anteil von Kliniken in Deutschland in einem überschaubaren Zeitintervall mit akzeptabler Sicherheit beurteilt werden kann.¹³ Mit Blick auf die oben durchgeführten Analysen sei nochmals darauf hingewiesen, dass

12 In diesen Kliniken werden weniger als 2% der elektiven Hüft-TEPs implantiert. Sie machen allerdings etwa 19% aller Kliniken aus. Die Gesamtprävalenz des Index ist im Übrigen vergleichbar, ob diese Fälle ausgeschlossen werden oder nicht.

13 Wenn also auf Basis der AOK-Zahlen pro Klinik drei Jahre analysiert werden, würden etwa drei Viertel aller Kliniken des analysierten Kollektivs mit mehr als 90% zugehörigen Tracerfällen aufgrund dieses Index mit ausreichender Sicherheit (Power) beurteilt werden können. Es würden etwa gleich große Anteile erreicht, wenn alle Krankenhaus-Tracerfälle aller Kassen eines Jahres ausgewertet werden könnten.

dies mit den bisherigen Indikatoren der Ergebnisqualität oft nicht der Fall ist (vgl. Tabelle 14–1, Tabelle 14–4, Tabelle 14–5).¹⁴

Dies zeigt sich auch, wenn analog zu den oben durchgeführten Analysen die Prognosefähigkeit dieses Qualitätsindex über verschiedene Jahre betrachtet wird. Für den soeben vorgestellten Qualitätsindex der elektiven Hüft-TEP ergeben sich bezüglich einer Prognose für das kommende Jahr erklärte Varianzen von 6,3 % bis 12,8 % (Tabelle 14–3).¹⁵ Dieses Ergebnis verbessert sich nochmals drastisch, wenn nur Kliniken mit mindestens 100 Tracer-Eingriffen betrachtet werden: Dann werden erklärte Varianzen über 50 % erreicht.

Insgesamt zeigen sich also durch Bildung der Qualitätsindizes drastisch bessere Ergebnisse als zuvor für Prognosen, die ausschließlich aufgrund der Mortalitätsraten getroffen wurden. Dies sollte als ein deutlicher Hinweis darauf verstanden werden, dass zurückhaltend formuliert neben zufälligen Ergebnissen zumindest etwas Systematisches, z. B. so etwas wie Ergebnisqualität abgebildet wurde.

Daher wurden in QSR Qualitätsindizes für die Tracer Kolon-/Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom, Appendektomie, Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur und Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese entwickelt und stehen interessierten Kliniken als QSR-Klinikbericht, vertrieben über 3M, zur Verfügung.¹⁶

Die Vorteile der hier vorgestellten Indexbildung bestehen darin, dass die Ergebnisqualität breiter erfasst wird. Es wird nicht nur das Überleben, sondern es werden auch weitere relevante medizinische Komplikationen wie Thrombosen, Pneumonien oder nötige Revisionsoperationen berücksichtigt. Dies ist auch deswegen bedeutsam, weil davon ausgegangen werden kann, dass für verschiedene elektive Tracer bei einem entsprechend gesunden und numerisch begrenzten Patientenkollektiv trotz erheblicher Mängel in der medizinischen Versorgung für zahlreiche Kliniken die Mortalität gar nicht erhöht ist. Das Problem einer alleinigen (oder überwiegenden) Orientierung der Qualitätsmessung an Mortalität für zumeist elektive Tracer mit geringen Mortalitätsraten liegt daher mutmaßlich zum größeren Teil darin, dass zahlreiche Kliniken oder genauer Abteilungen mit relevanten medizinischen Qualitätsdefiziten fälschlicherweise die Rückmeldung bekommen, ihre Ergebnisqualität sei gut oder sogar sehr gut.

Andererseits sind auch Nachteile einer Indexbildung möglich: Es werden mitunter Dimensionen mit recht unterschiedlichen Tragweiten abgebildet, z. B. Mortalität und Wundheilungsstörung. Dabei kann mit Recht problematisiert werden, ob das Versterben nach einer elektiven Operation ebenso gewertet werden sollte wie eine ggf. nur marginale oberflächliche Wundinfektion.

14 Insofern ist auch zu erwarten, dass die Korrelationen zwischen unterschiedlichen Qualitätsmesssystemen, etwa zwischen den BQS und den HELIOS-Indikatoren oder zwischen den BQS- und den QSR-Indikatoren, eher marginal sein werden.

15 Die schlechteren Werte für die Prognose der Qualitätsindizes von 2004 auf 2005 liegt in der noch nicht vorhandenen Kodierung der Seitigkeit für TEP-Implantationen/-Revision für 2004 begründet.

16 Siehe Fußnote 3

14.4 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung mit Routinedaten

14.4.1 Weiterentwicklung der Qualitätsindizes

Aufgrund der soeben beschriebenen Problematik der Multidimensionalität der Qualitätsindizes und deren unklarer Wertigkeit untereinander wird aktuell untersucht, wie die Wertigkeit dieser Indizes durch unterschiedliche Nutzergruppen beurteilt wird. Patienten werden dabei ebenso einbezogen wie Einweiser oder Fachgruppen aus dem jeweiligen medizinischen spezifischen Fachgebiet. So ist durchaus denkbar, dass in künftigen Versionen einzelne potenzielle Komplikationen (Dimensionen) in unterschiedlichen Gewichtungen in die Indexkonstruktion einfließen, neue Dimensionen hinzukommen oder andere wegfallen.

Darüber hinaus soll eine Risikoadjustierung für die Indizes entwickelt werden. Dies ist deswegen nicht ganz trivial, weil für jede einzelne Dimension ein eigenes Risikoadjustierungsverfahren entwickelt und anschließend eine mathematisch statistisch sinnvolle Verknüpfung durchgeführt werden muss.

14.4.2 Statistische Analyseverfahren

In der Literatur finden sich Hinweise, dass gerade bei der statistischen Schätzung von eher seltenen Ereignissen die Verwendung von Empirical-Bayes-Analysetechniken oder ähnlichen Verfahren einer statistischen Schätzung über konventionelle regressionsanalytische Verfahren überlegen ist (Greenland 2000; Ash et al. 2003; Martens et al. 2008). Mittlerweile liegen auch erste Analysen aus Deutschland zur Thematik vor.¹⁷ Aktuell wird geprüft, ob die Anwendung von Empirical-Bayes- oder vergleichbaren Analysetechniken auch im QSR-Setting zu einer besseren Einschätzung klinikspezifischer Ergebnisqualität führt.

Eine weitere Analysemöglichkeit besteht darin, die longitudinale Information in den Abrechnungsdaten besser zu nutzen, z. B. indem intraindividuelle Vergleiche vor und nach einer Therapie in die Risikoadjustierung einfließen (Tannen et al. 2009). Der Vorteil dieser Herangehensweise besteht darin, dass so jedes Individuum quasi als seine eigene Kontrollgruppe fungiert. Beispielsweise könnten – insbesondere für elektive Leistungen – die indikationsspezifischen Aufwendungen, z. B. für Schmerzmittel, Hilfsmittel, Pflegebedürftigkeit etc., vor Implantation einer elektiven Endoprothese mit den Aufwendungen nach Implantation der Endoprothese verglichen werden. In Kombination mit traditionellen Risikoadjustierungsverfahren bzw. Verfahren zur Ermittlung von Ergebnisqualität wäre dadurch eine deutlich umfassendere Beurteilung der Ergebnisqualität, aber auch eine deutlich verbesserte risikoadjustierte Beurteilung zu erwarten. Durch einen solchen sektorübergreifenden Ansatz wären wesentliche Teile der Indikationsqualität berücksichtigt (Schröder et al. 2008). Durch die Anwendung solcher Verfahren scheinen uns wertvolle

¹⁷ URL: http://www.herzinfarktregister.de/fakten/2008/Symposium/symp08_wegscheider_netz.pdf (Zugriff am 05. August 09).

Analysen im QSR-Kontext z. B. in Pay-for-Performance-Ansätzen umsetzbar (Mahlzahn und Heller 2009).

14.4.3 Weitere Tracer und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die derzeit entwickelten Tracer bilden nur einen kleinen Teil der stationären Versorgung ab. Daher werden derzeit neue Tracer entwickelt, um einen größeren Anteil der medizinischen Versorgung abbilden zu können. Gleichzeitig wird darauf geachtet, sektorenübergreifende Aspekte der Qualitätssicherung einzubeziehen. Zwar ist dies auch schon heute in QSR angelegt¹⁸, künftig sollen aber auch Leistungsdaten aus anderen Sektoren in die Qualitätsbetrachtung einfließen. So sollen für den aktuell in der Entwicklung befindlichen Tracer „Linksherzkatheter und Linksherzinterventionen“ explizit auch ambulante Linksherzkatheter wie auch Verordnungsdaten analysiert und in die Qualitätsbetrachtung einbezogen werden. Daneben stehen Tracer zur Geburtshilfe oder zur Cholezystektomie in näherer Zukunft zur Entwicklung an.

14.5 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurde die Entwicklung wie auch der aktuelle Stand des Projektes Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) dargestellt. Darüber hinaus wurde illustriert, warum bisherige Verfahren der Ermittlung von Ergebnisqualität aus einfachen statistischen Gründen oft nicht zielführend sein konnten. Um dieses Problem zu lösen, wurde die Verwendung von Qualitätsindizes vorgeschlagen und deren Implementierung in QSR vorgestellt. Darüber hinaus wurden weitere geplante Entwicklungsschritte in QSR in Bezug auf die statistische Weiterentwicklung, eine Ausweitung der analysierbaren Versorgungsleistungen durch Entwicklung weiterer Tracer mit sektorenübergreifendem Fokus wie auch Aufbereitung von QSR-Inhalten für allgemein zugängliche Qualitätsdarlegungen skizziert.

Ziel der Bemühungen von QSR ist es, einen Beitrag zu einer aufwandsarmen, validen und allgemein akzeptierten sektorenübergreifenden Ermittlung medizinischer Ergebnisqualität zu leisten. Dies geschieht unter der Vorstellung, dass eine transparente Qualitätsdarlegung allen beteiligten Akteuren eine sinnvolle Auseinandersetzung mit der Qualität der medizinischen Versorgung ermöglicht und so dazu beitragen kann, die Medizinische Versorgungsqualität zu verbessern.

¹⁸ So wurden in QSR von Anfang an Ereignisse analysiert bzw. als Qualitätsendpunkte verwendet, die nach dem aktuellen akutstationären Aufenthalt liegen.

14.6 Literatur

- Ash A, Schwartz M, Perköz EA. Comparing Outcomes across Providers. In: Iezzoni L (Hrsg). Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes. 3rd edition. Chicago: Health Administration Press 2003; 297–333.
- Bland JM, Altman DG. Regression towards the mean. *British Medical Journal* 2004a; 308: 1499.
- Bland JM, Altman DG. Some examples of regression towards the mean. *British Medical Journal* 2004b; 309: 780.
- Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size; in *Journal of the American Medical Association* 2004; 292: 847–51.
- Greenland S. Principles of multilevel modelling. *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 158–67.
- Heller G, Swart E, Mansky T. Qualitätsanalysen mit Routinedaten. Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt “Qualitätssicherung mit Routinedaten” (QSR). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2003*. Stuttgart: Schattauer 2004; 271–88.
- Heller G. Qualitätssicherung der stationären Versorgung – Probleme und Perspektiven. Antrittsvorlesung anlässlich der Habilitation am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg, 26.10.2006.
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2008; 10: 1173–82.
- Heller G, Günster C, Swart E. Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*; Stuttgart: Schattauer 2008; 171–84.
- Lütticke J, Schellschmidt H. Qualitätsberichte nach § 137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg): *Krankenhaus-Report 2004*; Stuttgart: Schattauer 2005; 197–211.
- Malzahn J, Heller G. Pay for Performance in der stationären Versorgung – Probleme und Lösungen. Diskussionspapier zum Nationalen DRG- Forum. Berlin, April 2009.
- Martens EP, Pestman WR, de Boer A, Belsiter SV, Klungel OH. Systematic differences in treatment effect estimates between propensity score methods and logistic regression. *International Journal of Epidemiology* 2008; 37: 1142–4.
- Moster D, Markestad T, Lie RT. Assessing quality of obstetric care for low-risk deliveries; methodological problems in the use of population based mortality data. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79: 478–84.
- Schräder P, Boy O, Schleiz W, Dienst R, Reinert C, Sängler V, Schauwecker HH, Siebert W Scharf HP. Indikationsstellung in der primären Hüft- und Kniegelenkendoprothetik. *Der Orthopäde* 2008; 37:1016–26.
- Staiger DO, Dimick JB, Baser O, Fan Z, Birkmeyer JD. Empirically derived composite measures of surgical performance. *Med Care* 2009; 47: 226–33.
- Tannen RL, Weiner MG, Xie D. Use of primary care electronic medical record database in drug efficacy research on cardiovascular outcomes: comparison of database and randomised controlled trial findings. *British Medical Journal* 2009; 338: b81.

This page intentionally left blank

15 Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung

Günther Heller für das ATRäK-Projektteam*

Abstract

Der Beitrag untersucht den Einfluss klinikspezifischer Strukturmerkmale auf die Versorgungsqualität der Krankenhäuser. Hierzu wurden erstmals zwei international bekannte und weit verbreitete globale Mortalitäts-Scores, der Charlson- und der Elixhauser-Score, auf deutsche Massendaten adaptiert und angewendet. Dabei wurden Abrechnungsdaten aller vollstationären AOK-Krankenhausfälle mit Entlassdatum 2006 für multivariate Analysen genutzt. Bei bereits 2003 privatisierten Kliniken zeigten sich angedeutet niedrigere Sterblichkeiten, die allerdings für den Elixhauser-Score formal nicht signifikant waren. Deutlicher zeigte sich ein protektiver Effekt der Klinikgröße.

This study analyses the influence of hospital-specific structural features on the quality of hospital care. For the first time, two internationally known and widely used global mortality scores, the Charlson and the Elixhauser score, were adapted to German mass data. For this purpose, routine data of all AOK inpatient cases treated in acute-care hospitals and discharged in 2006 were included in multivariate analyses. Clinics that were already privatized in 2003 showed a lower mortality, although insignificant after adjusting for the Elixhauser score. Clearer was a protective effect of the hospital size.

15

* Die vorgelegte Arbeit beinhaltet in Teilen Methoden und Ergebnisse eines von der Bundesärztekammer geförderten Projekts zum Thema „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung (AträK)“. Projektnehmer waren das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Das ATRäK-Projektteam bestand aus:

Günther Heller (WIdO)

Christian Günster (WIdO)

Svetlana Rasch (WIdO bis 31.12.2008)

Christoph Wagner (WIdO bis 31.12.2008)

Antje Hammer (ZVFK)

Oliver Ommen (ZVFK)

Holger Pfaff (ZVFK)

15.1 Einführung

Verschiedene Studien haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten den Einfluss von Krankenhaussträgerschaften auf die Qualität der Krankenversorgung untersucht. Darüber hinaus existieren zahlreiche Studien, die den Einfluss weiterer struktureller Variablen von Kliniken – etwa der personellen Ausstattung oder der Klinikgröße – auf deren Versorgungsqualität analysiert haben. Allerdings liegen nur wenige Arbeiten vor, die derartige Analysen für das (nahezu) gesamte Versorgungsspektrum von Krankenhäusern¹ durchgeführt haben. Zumeist liegen regionale bzw. auf wenige Häuser und wenige Diagnosen oder Prozeduren begrenzte Analysen vor (Aiken et al. 2002, Bond et al. 1999, Bundesärztekammer 2007, Farsi et al 2004, Devereaux et al. 2004, Milent 2005, Sloan et al. 2003, Vaillancourt Rosenau et al. 2003, Yasatis et al. 2009, Wörz 2007).

Ziel dieser Arbeit war es daher, den Zusammenhang zwischen Krankenhaussträgerschaft und weiteren Struktureigenschaften von Krankenhäusern auf der Basis (nahezu) aller erbrachten Krankenhausleistungen für alle an der stationären Akutversorgung teilnehmenden Krankenhäuser zu analysieren.

15.2 Material und Methoden

Es wurden Abrechnungsdaten (gemäß Datenaustauschverfahren nach § 301 SGB V) von allen vollstationären AOK-versicherten Krankenhauspatienten mit Entlassdatum der Jahre 2002 bis 2006 genutzt. Diese Daten enthalten detaillierte Informationen u. a. über Alter und Geschlecht des Patienten, Behandlungsanlass, Begleiterkrankungen, durchgeführte Prozeduren/Operationen, den Entlassungsgrund wie auch die Abrechnungsnummer des behandelnden Krankenhauses. Zu diesen Informationen wurden über anonymisierte individuelle Verknüpfung Informationen zum Versichertenstatus und zum Überleben innerhalb von 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr nach Aufnahme hinzugespielt. Diese Datengrundlage wurde angereichert durch strukturelle Informationen zu den Krankenhäusern aus dem gesetzlichen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V für das Datenjahr 2006. Neben der Klinikgröße (Bettenzahl) wurde die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte wie auch die Gesamtzahl der Pflegekräfte nach inhaltlicher Durchsicht genutzt. Angaben zur Trägerschaft von 2003 bis 2006 wurden gemäß Statistischem Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2005–2008b), Angaben zur Größenklasse der Gemeinde, in der das betreffende Krankenhaus liegt, wurden entsprechend den Angaben des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung genutzt (Beivers und Spangenberg 2008). Als weitere Einflussvariable wurden die vereinbarten Basisfallwerte (ohne Ausgleiche) des Jahres 2006 verwendet.

Als Endpunkte der Analyse wurde das Überleben nach 30 Tagen, 90 Tagen und nach einem Jahr verwendet. Die Risikoadjustierung erfolgte einerseits über Alter

¹ Mit Krankenhäusern sind – der wohl allgemeinen impliziten Definition entsprechend – akutstationäre Einrichtungen gemeint. Reine Fachkliniken, Rehabilitationseinrichtungen usw. sind also ausgeschlossen.

und Geschlecht, in weiteren Analysen aber auch über auf deutsche Verhältnisse adaptierte Charlson- und Elixhauser-Scores² (Charlson et al. 1987, Elixhauser et al. 1998, Quan et al. 2005).

Sowohl die Schätzung der Modellgleichungen wie auch die Evaluation der Schätzung der Assoziationen mit den o. g. potenziellen strukturellen klinikspezifischen Einflussvariablen wurden auf Basis multivariater logistischer Regressionsanalysen unter der Verwendung der Varianzschätzmethode nach Huber und White mit dem Statistikpaket STATA 10.0 durchgeführt (Stata Corp. 2007). Die Modelle wurden mittels Receiver-Operator-Characteristic-Analysen und Pseudo-r² nach McFadden evaluiert. Als Effektmaße der klinikspezifischen Einflussvariablen werden Odds Ratios mit zugehörigen 95 %-Konfidenzintervallen ausgewiesen. Um sicherzustellen, dass die zahlreichen unabhängigen Variablen nicht zu Multikollinearität führen, wurden Varianz-Inflations-Faktoren berechnet (Allison 1999). Zur Berechnung und Darstellung der Verteilung von klinikspezifischen risikoadjustierten Mortalitätsraten wurde dagegen auf standardisierte Mortalitäts-Ratios (SMR) zurückgegriffen.³

15.3 Ergebnisse

Tabelle 15–1 zeigt die Verteilung der insgesamt 5,1 Millionen AOK-Krankenhausfälle, die in 1 157 Kliniken mit einer chirurgischen Hauptabteilung und einer Hauptabteilung der Inneren Medizin mit Entlassungsdatum im Jahr 2006⁴ behandelt wurden.

Knapp 44 % der Krankenhausfälle waren Männer, im Durchschnitt waren die Patienten 56 Jahre alt. Die rohe Sterberate stieg von 4,0 % 30 Tage nach Aufnahme auf 13,5 % ein Jahr nach Aufnahme (Tabelle 15–1). Im Vergleich zu kanadischen Daten aus dem Jahr 2001/2002 zeigte sich eine deutlich umfangreichere Kodierung der verschiedenen Komorbiditäten im Elixhauser-Score wie auch im Charlson-Score. So findet sich in den hier analysierten Daten bei 15,5 % der Patienten eine „kongestive Herzerkrankung“ (Definition nach Elixhauser-Score). Im kanadischen Vergleichskollektiv war dies nur etwa halb so häufig der Fall. Ähnlich wurde für 11,5 % der hier analysierten Fälle ein unkomplizierter Diabetes (Definition nach Elixhauser-Score) kodiert, im kanadischen Vergleichskollektiv dagegen 7,2 %⁵. Andere Diagnosen, wie z. B. Blutungsanämien, wiesen dagegen vergleichbare Prävalenzen auf (Quan et al. 2005, Tabelle 15–1)⁶.

2 Genauer aufgrund von Alter und Geschlecht, wie auch aufgrund der in den Scores definierten Erkrankungen.

3 Dabei werden auf Basis einer logistischen Regression für jede Klinik erwartete Todesfälle (E) berechnet und diese mit den dort beobachteten Todesfällen dieser Klinik (O) in Relation gesetzt: $SMR = O/E$

4 Über die 1-Jahres-Sterblichkeit wird dabei ein 1-Jahres-Follow-Up bis Ende 2007 durchgeführt

5 Die kanadischen Vergleichsdaten sind nicht dargestellt

6 Dabei ist anzumerken, dass sich die Anzahl der Nebendiagnosen je Fall in den deutschen DRG-Daten von 2002–2006 vervielfacht hat.

Tabelle 15–1

Charakteristika vollstationärer AOK-Patienten 2006*

| | |
|---|-----------|
| Anzahl | 5 116 608 |
| Männlich (Anteil in %) | 43,6 |
| Alter | |
| Durchschnitt | 56,0 |
| Interquartilsgrenzen | 38/63/75 |
| Verstorben (Anteil in %) | |
| 30 Tage nach Aufnahme | 4,0 |
| 90 Tage nach Aufnahme | 7,0 |
| Ein Jahr nach Aufnahme | 13,5 |
| Anteil (Begleit-) Erkrankungen (Haupt- oder Nebendiagnose) in % des Elixhauser-Scores ** | |
| Kongestive Herzerkrankung | 15,5 |
| Kardiale Arrhythmie | 13,5 |
| Erkrankung der Herzklappen | 3,9 |
| Erkrankung des Pulmonalkreislaufs | 1,6 |
| Periphere Gefäßerkrankung | 6,1 |
| Bluthochdruck, ohne Komplikation | 31,0 |
| Bluthochdruck, mit Komplikation | 5,3 |
| Lähmung | 3,5 |
| Andere neurologische Erkrankung | 5,5 |
| Chronische Lungenerkrankung | 8,1 |
| Diabetes ohne Komplikation | 11,5 |
| Diabetes mit Komplikation | 5,7 |
| Hypothyroidismus | 3,4 |
| Nierenversagen/-insuffizienz | 8,2 |
| Lebererkrankung | 2,9 |
| Peptisches Ulkus ohne Blutung | 0,4 |
| AIDS/HIV | 0,1 |
| Lymphom | 0,9 |
| Metastasierende Krebserkrankung | 4,2 |
| Solider Tumor ohne Metastasen | 9,9 |
| Rheumatische Erkrankung | 1,2 |
| Koagulopathie | 2,1 |
| Fettleibigkeit | 7,8 |
| Gewichtsverlust | 1,5 |
| Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 11,3 |
| Blutungsanämie | 0,7 |
| Defizitanämie | 1,6 |
| Alkoholabusus | 4,3 |
| Drogenabusus | 0,9 |

Tabelle 15–1

Fortsetzung

| | |
|---|------|
| Psychosen | 1,0 |
| Depression | 3,8 |
| Anteil (Begleit-) Erkrankungen (Haupt- oder Nebendiagnose) in % des Charlson-Scores ** | |
| ** Fläche unter der „Receiver Operator Characteristic“-Kurve oder c-Statistic | |
| Herzinsuffizienz | 11,8 |
| Periphere Gefäßerkrankung | 6,1 |
| Hirngefäßerkrankung | 7,2 |
| Demenz | 4,8 |
| Chronische Lungenerkrankung | 8,1 |
| Rheumatische Erkrankung | 1,0 |
| Peptisches Ulkus | 1,3 |
| Milde Lebererkrankung | 2,7 |
| Diabetes ohne chronische Komplikation | 12,3 |
| Diabetes mit chronischer Komplikation | 2,4 |
| Hemiplegie/Paraplegie | 3,5 |
| Nierenerkrankung | 8,1 |
| Neoplastische Erkrankung | 11,3 |
| Mittlere/schwere Lebererkrankung | 0,6 |
| Metastasierender solider Tumor | 4,2 |
| AIDS/HIV | 0,1 |

* nur Patienten in Kliniken mit einer Hauptabteilung Innere Medizin und Chirurgie

** Definition der Komorbiditäten nach Quan et al. 2005

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

In Tabelle 15–2 sind Charakteristika der 1 157 analysierten Kliniken aufgelistet: Knapp 82% befinden sich in den alten Bundesländern (ohne Berlin). Etwa 42% befinden sich gemäß der Gemeindegrößenklasseneinteilung des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung im Zentralraum. Jeweils 28% der Kliniken befinden sich dagegen im Zwischen- bzw. Peripherieraum.

Weitere klinikspezifische Charakteristika wie Anzahl der Betten, Gesamtzahl der Pflegekräfte/1 000 Fälle, Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte/1 000 Fälle oder vereinbarte Basisfallwerte im Jahr 2006 wurden auf der Basis von Quartilen kategorisiert. Dabei waren die individuellen Fälle Grundlage der Quartilsbildung. Auch deswegen weicht der hier dargestellte Anteil auf Krankenhaus-ebene mitunter deutlich von den angestrebten 25%-Grenzen pro Kategorie ab⁷.

⁷ Gleichzeitig sind für geringe Anteile fehlende oder unplausible Werte zu erkennen. Diese flossen in Dummy-Kodierung in die logistische Regression mit ein. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Odds Ratios für die kleinen Restgruppen in den Tabellen 15–4 bis 15–6 nicht ausgewiesen.

Tabelle 15-2

Charakteristika von Kliniken mit Hauptabteilung Innere Medizin/Chirurgie 2006

| | Anzahl | Anteil |
|---|--------------|---------------|
| vereinbarte Basisfallwerte 2006 (in €) | | |
| ≤ 2616,75 | 331 | 28,6% |
| 2616,75–2734,06 | 307 | 26,5% |
| 2734,64–2847,34 | 257 | 22,2% |
| > 2847,34 | 251 | 21,7% |
| missing* | 11 | 1,0% |
| private Trägerschaft | | |
| 2003 privatisiert | 96 | 8,3% |
| 2004 privatisiert | 16 | 1,4% |
| 2005 privatisiert | 12 | 1,0% |
| 2006 Privatisiert | 15 | 1,3% |
| Gemeindegrößenklassen | | |
| Peripherieraum | 328 | 28,3% |
| Zwischenraum | 325 | 28,1% |
| Zentralraum | 496 | 42,9% |
| missing* | 8 | 0,7% |
| In alten Bundesländern | 943 | 81,5% |
| Anzahl Betten | | |
| < 228 | 479 | 41,4% |
| 228–395 | 338 | 29,2% |
| 396–647 | 209 | 18,1% |
| > 647 | 120 | 10,4% |
| missing* | 11 | 1,0% |
| Pflegekräfte (gesamt)* 1 000/Fälle | | |
| < 36,76 | 273 | 23,6% |
| 36,76–51,70 | 299 | 25,8% |
| 51,71–73,74 | 326 | 28,2% |
| > 73,74 | 248 | 21,4% |
| missing* | 11 | 1,0% |
| Hauptamtliche Ärzte (gesamt)* 1 000/Fälle | | |
| Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 319 | 27,6% |
| 11,47–16,78 | 324 | 28,0% |
| 16,79–23,90 | 267 | 23,1% |
| > 23,90 | 213 | 18,4% |
| missing* | 34 | 2,9% |
| Gesamt | 1 157 | 100,0% |

* fehlend oder unplausibel

In Abbildung 15–1 sind klinikspezifische standardisierte Mortalitätsraten der 30-Tage-Mortalität nach Elixhauser ausgewiesen. Für alle drei Verteilungen nach Elixhauser, Charlson wie auch nach einer Adjustierung nach Alter und Geschlecht finden sich so gut wie keine Kliniken ohne Sterbefälle; das Maximum der SMR für alle drei liegt etwa zwei, das 90. Perzentil bei etwa 1,3 (Tabelle 15–3).

Die Tabellen 15–4 bis 15–6 zeigen die Ergebnisse von logistischen Regressionen mit den Mortalitäts-Endpunkten (30 Tage, 90 Tage, ein Jahr). In Tabelle 15–4 wird der Einfluss der Klinikcharakteristika allein unter der Kontrolle von Alter und

Abbildung 15–1

Elixhauser-adjustierte 30-Tage-Mortalität, AOK-Krankenhausfälle 2006

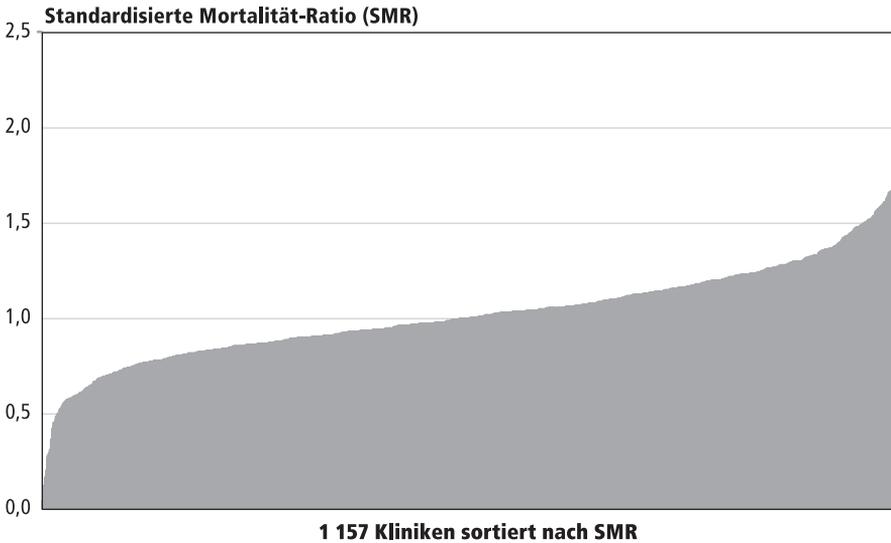


Tabelle 15–3

Verteilung der Kliniken nach globalen Mortalitätsscores

| | |
|--|----------------|
| SMR 30-Tage-Sterblichkeit (Elixhauser) | |
| Minimum/Mittelwert/Maximum | 0/1,01/2,08 |
| 10. Perzentile/50. Perzentile/90. Perzentile/ | 0,73/1,00/1,32 |
| SMR 30-Tage-Sterblichkeit (Charlson) | |
| Minimum/Mittelwert/Maximum | 0/1,0 /2,02 |
| 10. Perzentile/50. Perzentile/90. Perzentile/ | 0,72/1,01/1,33 |
| SMR 30-Tage-Sterblichkeit (nach Alter und Geschlecht) | |
| Minimum/Mittelwert/Maximum | 0/0,98/1,90 |
| 10. Perzentile/50. Perzentile/90. Perzentile/ | 0,72/0,99/1,27 |

Tabelle 15–4

Logistische Regressionen: Endpunkt Mortalität risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht*

| Endpunkt | 30-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 90-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 1-Jahres-Sterblichkeit Odds Ratio (95% Konfidenz- intervall) |
|--|---|---|---|
| Privatisiert | | | |
| nicht dauerhaft privatisiert | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| seit 2003 | 0,93 (0,88–0,99) | 0,93 (0,88–0,99) | 0,94 (0,88–0,98) |
| seit 2004 | 0,95 (0,87–1,04) | 0,96 (0,88–1,04) | 0,99 (0,88–1,11) |
| seit 2005 | 1,02 (0,93–1,12) | 1,04 (0,94–1,16) | 1,03 (0,91–1,16) |
| seit 2006 | 1,01 (0,91–1,11) | 0,98 (0,91–1,07) | 1,00 (0,92–1,07) |
| Anzahl Betten | | | |
| < 228 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 228–395 | 1,02 (0,98–1,06) | 1,03 (0,99–1,06) | 1,04 (1,00–1,07) |
| 396–647 | 1,02 (0,97–1,06) | 1,05 (1,01–1,08) | 1,08 (1,03–1,13) |
| > 647 | 0,98 (0,94–1,03) | 1,04 (1,00–1,09) | 1,14 (1,08–1,20) |
| Bundesland | | | |
| neue Bundesländer | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| alte Bundesländer | 0,94 (0,90–0,97) | 0,94 (0,91–1,07) | 0,93 (0,90–0,97) |
| Gemeindegrößenklassen | | | |
| Peripherieraum | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| Zwischenraum | 0,98 (0,95–1,02) | 1,00 (0,96–1,03) | 1,00 (0,96–1,03) |
| Zentralraum | 0,99 (0,95–1,04) | 1,04 (1,00–1,08) | 1,06 (1,02–1,11) |
| Pflegekräfte (Gesamt)/Fälle | | | |
| < 36,76 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 36,76–51,70 | 0,99 (0,95–1,04) | 1,00 (0,96–1,04) | 0,99 (0,94–1,03) |
| 51,71–73,74 | 1,00 (0,94–1,05) | 0,99 (0,94–1,04) | 0,99 (0,94–1,04) |
| > 73,74 | 0,99 (0,93–1,06) | 0,96 (0,90–1,03) | 1,00 (0,93–1,06) |
| Hauptamtliche Ärzte (Gesamt /1 000 Fälle) | | | |
| < 11,47 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 11,47–16,78 | 0,98 (0,94–1,03) | 1,00 (0,96–1,04) | 1,02 (0,98–1,06) |
| 16,79–23,90 | 0,98 (0,93–1,04) | 0,99 (0,94–1,04) | 1,00 (0,94–1,05) |
| > 23,90 | 0,95 (0,88–1,03) | 0,96 (0,90–1,03) | 0,98 (0,92–1,05) |
| vereinbarte Basisfallwerte 2006 (in €) | | | |
| ≤ 2 616,75 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 2 616,75–2 734,06 | 1,03 (0,99–1,06) | 1,03 (0,97–1,06) | 1,02 (0,98–1,06) |
| 2 734,64–2 847,34 | 0,96 (0,93–1,00) | 0,98 (0,94–1,01) | 0,99 (0,95–1,03) |
| > 2 847,34 | 0,94 (0,95–1,03) | 1,00 (0,97–1,04) | 1,02 (0,99–1,07) |
| AUROC** | 0,76 | 0,76 | 0,76 |
| Pseudo r2*** | 0,10 | 0,12 | 0,14 |

* Anzahl der Fälle = 5 116 608

** Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve oder c-Statistik

*** nach McFadden

Geschlecht, in Tabelle 15–5 wird zusätzlich nach den Komorbiditäten des Charlson-Score und in Tabelle 15–6 nach Alter, Geschlecht und Komorbiditäten des Elixhauser-Scores adjustiert. Dabei ist zu erkennen, dass die Diskriminationsfähigkeit der Elixhauser-Modelle (Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve 0,86–0,87), insgesamt etwas besser ist als die der Charlson-Modelle (Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve 0,84–0,87; Tabelle 15–5 und 15–6). Beide genannten Modelle sind jedoch erheblich besser einzustufen als die Modelle, welche allein aufgrund der individuellen Variablen von Alter und Geschlecht eine Prognose vornehmen (Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve 0,76; Tabelle 15–4). Dabei scheinen die Modelle bei längerer Nachbeobachtungszeit insgesamt bessere Ergebnisse zu erbringen.

Trägerschaft

Kliniken, die bereits im Jahr 2003 privatisiert waren, wiesen niedrigere Sterblichkeiten auf. Dieser Zusammenhang zeigte sich formal signifikant in den Modellen, die nur auf Alter und Geschlecht bzw. auf dem Charlson-Score basierten. Dagegen waren die Assoziationen in den umfangreicheren Elixhauser-Modellen etwas schwächer und formal nicht mehr signifikant (Tabelle 15–6). Später privatisierte Kliniken ließen keine nennenswerten Änderungen der risikoadjustierten Mortalitäten erkennen (Tabellen 15–4 bis 15–6).

Einfluss der Klinikgröße/Bettenzahl

Größere Kliniken – hier operationalisiert als Kliniken mit höheren Bettenzahlen – zeigen im Durchschnitt merklich geringere Sterblichkeiten, wenn die Analysen auch Diagnosedaten mit einbeziehen (z. B. Odds Ratio 30-Tage-Mortalität risikoadjustiert nach adaptiertem Elixhauser-Score = 0,91; 95%-Konfidenzintervall = 0,85–0,96, für Kliniken > 647 Betten im Vergleich zu Kliniken < 228 Betten (Tabelle 15–6).

Regionale Einflussfaktoren

Die Gemeindegrößeklassen zeigen in den unterschiedlichen Modellen keine formal signifikanten oder über die verschiedenen Analysen hinweg systematischen Einflüsse. Allerdings zeigen sich die risikoadjustierten Sterblichkeiten in den alten Bundesländern in diesem Modell mitunter merklich erniedrigt (z. B. Odds Ratio 30-Tage-Mortalität risikoadjustiert nach adaptiertem Elixhauser-Score = 0,90, 95%-Konfidenzintervall = 0,86–0,94; Tabelle 15–5).

Personelle Ausstattung

Kliniken, die hauptamtlich mehr Ärzte pro Fall beschäftigten, weisen tendenziell geringere Mortalitäten auf. Zwar zeigt sich dies zunächst formal nicht signifikant in den Modellen, die allein Alter und Geschlecht zur Risikoadjustierung heranziehen, aber nahezu stetig für alle dort untersuchten Endpunkt. In Modellen, die Diagnoseinformationen zur Risikoadjustierung nutzen, ist dieser Zusammenhang nochmals ausgeprägter und formal signifikant (z. B. Odds Ratio 90-Tage-Mortalität risikoadjustiert nach adaptiertem Elixhauser-Score = 0,92; 95%-Konfidenzintervall = 0,85–0,99 für Kliniken > 23,90 Ärzte je 1000 Fälle im Vergleich zu Kliniken < 11,47 Ärzte je 1000 Fälle (Tabelle 15–6). Die Zahl der gesamten Pflegekräfte je

Tabelle 15-5

Logistische Regressionen: Endpunkt Mortalität risikoadjustiert nach Alter, Geschlecht und adaptiertem Charlson-Score*

| Endpunkt | 30-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 90-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 1-Jahres-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) |
|---|---|---|--|
| Privatisiert | | | |
| nicht dauerhaft privatisiert | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| seit 2003 | 0,93 (0,87–1,00) | 0,94 (0,87–1,00) | 0,94 (0,88–1,00) |
| seit 2004 | 0,97 (0,88–1,08) | 0,97 (0,88–1,06) | 1,00 (0,93–1,08) |
| seit 2005 | 1,01 (0,92–1,11) | 1,03 (0,95–1,13) | 1,02 (0,92–1,13) |
| seit 2006 | 1,03 (0,91–1,17) | 1,01 (0,90–1,14) | 0,98 (1,01–1,12) |
| Anzahl Betten | | | |
| < 228 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 228–395 | 1,01 (0,96–1,05) | 1,01 (0,96–1,05) | 1,01 (0,97–1,04) |
| 396–647 | 0,98 (0,93–1,02) | 0,98 (0,94–1,02) | 0,99 (0,95–1,03) |
| > 647 | 0,90 (0,85–0,95) | 0,90 (0,86–0,95) | 0,94 (0,91–0,99) |
| Bundesland | | | |
| neue Bundesländer | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| alte Bundesländer | 0,97 (0,93–1,01) | 0,98 (0,94–1,02) | 0,93 (0,89–0,96) |
| Gemeindegrößenklassen | | | |
| Peripherieraum | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| Zwischenraum | 0,99 (0,95–1,03) | 1,00 (0,97–1,04) | 1,00 (0,97–1,04) |
| Zentralraum | 0,98 (0,93–1,04) | 1,01 (0,96–1,04) | 1,03 (0,99–1,07) |
| Pflegekräfte (Gesamt)/Fälle | | | |
| < 36,76 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 36,76–51,70 | 1,00 (0,95–1,06) | 1,00 (0,96–1,05) | 1,00 (0,96–1,04) |
| 51,71–73,74 | 1,02 (0,97–1,08) | 1,02 (0,97–1,08) | 1,03 (0,99–1,08) |
| > 73,74 | 1,01 (0,94–1,08) | 1,02 (0,96–1,09) | 1,03 (0,98–1,09) |
| Hauptamtliche Ärzte (Gesamt) *1000/Fälle | | | |
| < 11,47 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 11,47–16,78 | 0,98 (0,93–1,04) | 1,00 (0,95–1,04) | 1,01 (0,97–1,05) |
| 16,79–23,90 | 0,97 (0,91–1,03) | 0,97 (0,91–1,03) | 0,97 (0,93–1,02) |
| > 23,90 | 0,94 (0,87–1,01) | 0,94 (0,88–1,01) | 0,96 (0,90–1,02) |
| vereinbarte Basisfallwerte 2006 (in €) | | | |
| ≤ 2 616,75 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 2 616,75 – 2 734,06 | 1,01 (0,97–1,05) | 1,02 (0,98–1,06) | 1,00 (0,97–1,04) |
| 2 734,64 – 2 847,34 | 0,96 (0,92–1,00) | 0,97 (0,93–1,01) | 0,98 (0,95–1,02) |
| > 2 847,34 | 0,98 (0,93–1,03) | 0,99 (0,95–1,04) | 1,01 (0,98–1,05) |
| AUROC** | 0,84 | 0,85 | 0,87 |
| Pseudo r2*** | 0,17 | 0,22 | 0,28 |

* Anzahl der Fälle = 5 116 608

** Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve oder c-Statistik

*** nach McFadden

Tabelle 15–6

Logistische Regressionen: Endpunkt Mortalität risikoadjustiert nach Alter, Geschlecht und adaptiertem Elixhauser-Score*

| Endpunkt | 30-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 90-Tage-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) | 1-Jahres-Sterblichkeit Odds Ratio (95 % Konfidenz- intervall) |
|---|---|---|--|
| Privatisiert | | | |
| nicht dauerhaft privatisiert | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| seit 2003 | 0,96 (0,89–1,02) | 0,96 (0,90–1,02) | 0,95 (0,90–1,01) |
| seit 2004 | 1,01 (0,96–1,03) | 1,01 (0,92–1,10) | 1,04 (0,96–1,12) |
| seit 2005 | 1,01 (0,91–1,12) | 1,03 (0,94–1,12) | 1,02 (0,93–1,11) |
| seit 2006 | 0,98 (0,88–1,13) | 0,97 (0,85–1,10) | 0,98 (0,88–1,10) |
| Anzahl Betten | | | |
| < 228 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 228–395 | 1,02 (0,97–1,06) | 1,01 (0,97–1,05) | 1,01 (0,97–1,04) |
| 396–647 | 0,98 (0,94–1,03) | 0,99 (0,95–1,03) | 0,99 (0,96–1,03) |
| > 647 | 0,91 (0,85–0,96) | 0,92 (0,87–0,96) | 0,95 (0,91–0,99) |
| Bundesland | | | |
| neue Bundesländer | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| alte Bundesländer | 0,90 (0,86–0,94) | 0,91 (0,88–0,95) | 0,93 (0,89–0,96) |
| Gemeindegrößenklassen | | | |
| Peripherieraum | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| Zwischenraum | 0,98 (0,94–1,02) | 1,00 (0,96–1,04) | 1,00 (0,96–1,03) |
| Zentralraum | 0,92 (0,94–1,02) | 1,00 (0,95–1,05) | 1,02 (0,98–1,06) |
| Pflegekräfte (Gesamt)/Fälle | | | |
| < 36,76 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 36,76–51,70 | 1,02 (0,97–1,08) | 1,02 (0,97–1,07) | 1,01 (0,97–1,06) |
| 51,71–73,74 | 1,04 (0,98–1,10) | 1,04 (0,98–1,10) | 1,04 (0,99–1,09) |
| > 73,74 | 1,04 (0,96–1,11) | 1,04 (0,98–1,11) | 1,05 (0,99–1,11) |
| Hauptamtliche Ärzte (Gesamt)/1 000 Fälle | | | |
| < 11,47 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 11,47–16,78 | 0,96 (0,91–1,01) | 0,98 (0,95–1,02) | 0,98 (0,95–1,02) |
| 16,79–23,90 | 0,97 (0,91–1,03) | 0,97 (0,92–1,02) | 0,97 (0,92–1,02) |
| > 23,90 | 0,92 (0,85–0,99) | 0,93 (0,88–0,99) | 0,93 (0,88–0,99) |
| vereinbarte Basisfallwerte 2006 (in €) | | | |
| ≤ 2 616,75 | – Referenz – | – Referenz – | – Referenz – |
| 2 616,75–2 734,06 | 1,00 (0,96–1,04) | 1,01 (0,97–1,04) | 1,00 (0,97–1,04) |
| 2 734,64–2 847,34 | 0,94 (0,90–0,98) | 0,95 (0,91–0,99) | 0,96 (0,93–1,00) |
| > 2 847,34 | 0,94 (0,90–0,99) | 0,95 (0,91–1,00) | 0,98 (0,94–1,02) |
| AUROC** | 0,86 | 0,87 | 0,87 |
| Pseudo r2*** | 0,21 | 0,25 | 0,29 |

* Anzahl der Fälle = 5 116 608

** Fläche unter der „Receiver-Operator-Characteristic“-Kurve oder c-Statistik

*** nach McFadden

Fall zeigt dagegen keine sicheren und systematischen Assoziationen mit dem Überleben der Patienten.

Ökonomische Einflüsse

Als ein Proxy für ökonomische Einflüsse, genauer eine über- oder unterdurchschnittliche Bezahlung pro Fall, wurden die klinikspezifisch vereinbarten Basisfallwerte des Jahres 2006 als Prognosefaktor verwendet. Dabei konnten tendenziell niedrigere Sterblichkeiten alleine für die Elixhauser-Analysen und die 30-Tage bzw. 90-Tage-Sterblichkeit nachgewiesen werden (z. B. 30-Tage-Sterblichkeit risikoadjustiert nach adaptiertem Elixhauser-Score = 0,94; 95%- Konfidenzintervall = 0,90–0,99 für Kliniken mit einem Basisfallwert > 2847,34 € im Vergleich zu Kliniken mit einem Basisfallwert \leq 2616,75 €. Für die anderen Endpunkte wie auch für die anderen Schätzmodelle ließ sich ein solcher Zusammenhang aber nicht nachzeichnen.

Kollinearität

Diese Berechnungen zeigten im Wesentlichen keine Auffälligkeiten. Einzig die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten Ärzte je Fall bzw. die Gesamtanzahl der Schwestern je Fall wies auf potenzielle Probleme hin (VIF > 2,4 und < 3,0). Allerdings zeigten sich sehr ähnliche Ergebnisse, wenn die Analysen nur mit der Anzahl der Schwestern je Fall bzw. mit der Anzahl der Ärzte je Fall durchgeführt wurden (Ergebnisse nicht dargestellt).

Betrachten wir die Einflüsse der Strukturvariablen insgesamt, so fällt auf, dass deren relativer Einfluss zunächst eher gering eingeschätzt werden könnte: Es existieren so gut wie keine Odds-Ratios, die eine Veränderung einer risikoadjustierten Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 10% anzeigen (Odds Ratio > 1.1 oder < 0,9). Auch zeigt die Mehrzahl der in der Analyse befindlichen Strukturvariablen formal keinen signifikanten Einfluss. Ergänzend ist zu bemerken, dass eine Berechnung der Modelle mit und ohne Strukturvariablen zu praktisch gleichen Diskriminationsfähigkeiten dieser Modelle führt (Ergebnisse nicht dargestellt). Dies bedeutet, dass für die Vorhersage des Überlebens eines Falles, nachdem Alter, Geschlecht und Diagnosekriterien in die Analyse einfließen, die weiteren hier verwendeten Strukturvariablen nur noch zu einer marginalen Verbesserung der Diskriminationsfähigkeit der Modelle beitragen.

15.4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde der Einfluss unterschiedlicher klinikspezifischer Strukturmerkmale auf die Versorgungsqualität der Krankenhäuser untersucht.

Dabei wurden erstmals zwei international bekannte und weit verbreitete globale Mortalitäts-Scores – der Charlson- bzw. der Elixhauser-Score (Aylin et al. 2009, Canadian Institute for Health Information 2007, Charlson et al. 1987, Elixhauser et al. 1998, Mohammed et al, 2009, Quan et al. 2005, Southern et al. 2004) – auf deutsche Massendaten adaptiert und angewendet. Gleichzeitig konnten erstmals anonymisierte individuelle Informationen von allen (ca. 5,1 Millionen) vollstationären

AOK-Fällen, die in allen Kliniken der Akutversorgung (insgesamt 1 157 Kliniken) versorgt und im Jahr 2006 entlassen worden waren, in multivariaten Analysen berücksichtigt werden.

Die verwendeten Scores weisen sehr gute Diskriminationswerte auf. Kliniken, die bereits 2003 privatisiert waren, zeigten angedeutet niedrigere Sterblichkeiten, die allerdings für den Elixhauser-Score formal nicht mehr signifikant waren (z. B. Odds Ratio 30-Tage-Sterblichkeit Elixhauser-Score = 0,96; 95 %-Konfidenzintervall 0,90–1,02). Deutlicher zeigte sich dagegen ein protektiver Effekt der Klinikgröße (operationalisiert über Bettenzahl). Zwar nicht für alle, aber für alle Elixhauser-basierten Modelle deuteten sich abnehmende Sterblichkeiten mit zunehmender Anzahl der Ärzte je Fall wie auch eine niedrigere Sterblichkeit für Kliniken in den alten Bundesländern an.

Dabei ist zu befürchten, dass einige der erarbeiteten Ergebnisse Anlass zu kontroversen Diskussionen geben. Daher scheint eine kritische Diskussion der vorgelegten Analysen unabdingbar.

Zunächst mag eingewendet werden, dass die verwendeten Endpunkte der Analyse, der Charlson-Score und der Elixhauser-Score, bislang in Deutschland nicht in der Tiefe für die Verwendung als Qualitätsendpunkte evaluiert wurden. Dabei zeigt die hier vorgelegte erste Evaluation im Vergleich zu amerikanischen oder kanadischen Daten/Analysen (Quan et al. 2005) einerseits mitunter erheblich unterschiedliche Prävalenzen der verwendeten Komorbiditäten, andererseits aber sehr ähnliche Diskriminationsfähigkeiten der Modelle. Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken, dass eine Betrachtung der Diskriminationsfähigkeit (z. B. über c-Statistiken) bzw. der Modellgüte (z. B. über r^2 oder ähnliche Maße) nur sehr eingeschränkt geeignet ist, die Frage zu beantworten, ob ein Schätzmodell zu einer guten oder ausreichenden Risikoadjustierung führt. Vielmehr sind hier homogene Kodierungen und Bedeutungen (Heller und Schnell 2005) oder – von zufälligen Abweichungen abgesehen – vergleichbare Risiken bei gleich kodierten Risikokonstellationen zu fordern (Mohammed et al. 2009)⁸. Entsprechende ernsthafte Analysen/Evaluationen erfordern aber zusätzliche Dokumentationen und sind extrem aufwendig⁹. Sie konnten daher für die hier analysierte Population bislang noch nicht durchgeführt werden. In der Konsequenz verstehen sich die vorgestellten Analysen bzw. Ergebnisse zum aktuellen Zeitpunkt durchaus als explorativ¹⁰. Gleichwohl ist anzumerken, dass die hier angewandte Methodik vermutlich zu tragfähigeren Ergebnissen führt als zahlreiche andere Annäherungen an das Thema.

Schließlich haben die vorgelegten Analysen gegenüber traditionellen tracerbezogenen Verfahren den deutlichen Vorteil, dass tatsächlich alle Krankenhausfälle in

8 Dabei kann mit einiger Plausibilität bezweifelt werden, ob die oben genannten Punkte (Homogenität der Kodierung der Risikoadjustierungsvariablen bzw. vergleichbares Sterberisiko von Patienten mit gleichem Kovariatenpattern) für jede hier analysierte Klinik vergleichbar sind. Allerdings werden – zumindest in dieser Analyse – nicht die Ergebnisse einzelner Kliniken, sondern nur – über Klinikeigenschaften definierte – Gruppen von Klinik verglichen.

9 Weswegen sie – auch international – zumeist nicht durchgeführt werden.

10 Dabei zeigen sich – auch international – auf der Aggregationsebene der Krankenhäuser starke Korrelationen zwischen Mortalitätsscores, die Komorbiditäten nutzen, mit solchen, die nur auf Alter und Geschlecht beruhen (Aylin et al. 2009)

die Analyse einbezogen wurden. Zusätzlich liegt eine Analyse vor, die auf dem Aggregationsniveau einzelner Fälle den Einfluss unterschiedlicher Struktureigenschaften von Krankenhäusern auf die Überlebenswahrscheinlichkeit nach Krankenhausaufnahme untersucht, wobei gleichzeitig nach zahlreichen individuellen Prognosevariablen adjustiert wird.

Dies geschah nicht zu Selbstzweck, sondern aus folgenden Gründen:

- Um risikoadjustierte Analysen durchführen zu können. Z. B. könnten private Kliniken besser oder schlechter abschneiden, weil sie eher kleinere Kliniken betreiben und/oder deren Patienten ggf. jünger oder weniger krank sind.
- Um ökologische Fehlschlüsse zu vermeiden. Gemeint ist (vereinfacht) ein statistischer Zusammenhang, der sich auf höherem Datenaggregationsniveau (z. B. Landkreise), aber nicht auf individueller Ebene zeigt¹¹. So könnte sich ein Zusammenhang zwischen Klinikgröße und risikoadjustiertem Überleben zwar auf der Ebene von Klinikgrößen in klinikspezifischen Sterberaten zeigen, nicht aber, wenn entsprechende Analysen auf Fallebene durchgeführt würden.
- Um untersuchen zu können, wie die Strukturvariablen im Vergleich zu individuellen Variablen abschneiden.
- Um quantitativ abschätzen zu können, wie die unterschiedlichen Strukturvariablen untereinander abschneiden, sodass ggf. gesagt werden könnte, die Anzahl der Ärzte je Fall habe einen stärkeren Einfluss auf das risikoadjustierte Überleben als die Klinikgröße. Um dies besser beurteilen zu können, wurden die metrischen Strukturvariablen der Krankenhäuser auf der Basis der Krankenhausauffälle jeweils in vier gleich große Gruppen – also in Quartile – kategorisiert.

Insgesamt lässt sich festhalten: Es kann davon ausgegangen werden, dass die hier vorgestellten Ergebnisse in Bezug auf die analysierte Grundgesamtheit wie auch bezogen auf die Risikoadjustierbarkeit so umfangreich bzw. umfassend sind wie derzeit nur wenige existierende Analysen. Dennoch sollten die erhaltenen Ergebnisse u. E. mit Zurückhaltung interpretiert werden, weil eine endgültige Evaluation der genannten Scores noch aussteht.

Schließlich sollte diskutiert werden, warum die Zusammenhänge zwischen klinikspezifischen (Struktur-)Variablen und den hier untersuchten Endpunkten auf Basis der ausgewiesenen Odds Ratios scheinbar so gering ausgeprägt ist. Dabei ist als erstes anzumerken, dass dies keinesfalls bedeutet, dass keine relevanten Mortalitätsunterschiede zwischen unterschiedlichen Kliniken beobachtet wurden. Vielmehr zeigen unsere Analysen eine durchaus beachtenswerte klinikspezifische Streuung der berechneten klinikspezifischen SMR (Abbildung 15–1, Tabelle 15–3). Die geringen Unterschiede der untersuchten Strukturgruppen mögen darin begründet sein, dass das untersuchte Kollektiv wie auch die definierten Variablen zu unspezifisch

¹¹ Am bekanntesten ist wahrscheinlich der Zusammenhang zwischen der Anzahl der brütenden Störche und der Geburtenziffer, wobei dieser Zusammenhang auf einem räumlich-geographischen Aggregationsniveau, etwa dem von Kreisen, in Deutschland tatsächlich existieren soll. Auf individueller Analyseebene besteht aber – gemäß allgemeiner empirischer Erfahrung und Konsens – kein solcher Zusammenhang: Die Störche bringen keine Kinder.

sind¹²: Beispielsweise wurden alle Fälle und nicht nur Notfälle untersucht. Mängel in der personellen Ausstattung werden aber vor allem bei Notfällen zu einer erhöhten Mortalität führen, während bei den – hier wohl überwiegend vorliegenden – Fällen mit vergleichsweise weniger schweren Erkrankungen oder geringer Dringlichkeit ggf. keine merkliche (relative) Erhöhung der Mortalität durch eine insgesamt mindere personelle Ausstattung zu erwarten ist. Frühere Analysen dieser Zusammenhänge haben sich daher oft spezifisch auf schwere lebensbedrohliche Krankheiten oder Krankenhausbereiche gestützt, in denen schwere Erkrankungen behandelt werden, und nur das dort in der Patientenversorgung eingesetzte Personal berücksichtigt (Aiken et al. 2002) oder basieren auf Aggregatdaten. Ziel dieser Arbeit war es aber gerade, alle Krankenhausfälle zu analysieren, daher wurden hier weder tracerspezifische Ansätze verfolgt noch abteilungsspezifische Charakteristika definiert oder analysiert. Dennoch wären Analysen mit spezifischeren Subpopulationen oder einer detaillierten Aufarbeitung der personellen Ausstattung zu einem späteren Zeitpunkt sicherlich sinnvoll.

Was hier für die Einflussvariablen der personellen Ausstattung diskutiert wurde, lässt sich im Wesentlichen in ähnlicher Form auch für die anderen klinikspezifischen Einflussvariablen wie etwa einen Stadt-Land-Unterschied sagen. Insofern mag es im Nachhinein wenig überraschen, wenn die verwendeten klinikspezifischen Einflussvariablen insgesamt einen vergleichsweise geringen Einfluss auf die risikoadjustierte Sterblichkeit nach Krankenhausaufnahme zeigen.

Viel wichtiger scheint aber die Erkenntnis, dass aufgrund der eingeschlossenen Population auch die hier beobachteten scheinbar geringen relativen Unterschiede ganz erhebliche absolute Unterschiede bedeuten.

Würde beispielsweise der Zusammenhang zwischen der Klinikgröße und Mortalität als kausal akzeptiert und der Zusammenhang mit dem Elixhauser-Score vertretbar abgebildet, ergäben sich auf Basis der 90-Tage-Mortalität etwa 27 000 potentiell vermeidbare Todesfälle für AOK-Versicherte pro Jahr. Umso wichtiger scheinen daher künftig weitere Detailanalysen, um ggf. reale kausale Zusammenhänge von zufälligen Variation und statistischen Artefakten abtrennen zu können. Darüber hinaus mag es andere hier nicht abgebildete kausale Einflussvariablen geben. So wird beispielsweise in der Arbeit von Reschke in diesem Krankenhaus-Report (siehe Kapitel 9) ein relevanter Einfluss des Krankenhausmanagements auf die Versorgungsqualität postuliert.

12 So wird vor der Verwendung der personellen Angaben im gesetzlichen Qualitätsbericht für analytische Zwecke mitunter gewarnt. Allerdings ist zu konstatieren, dass eine Sichtung / manuelle Prüfung der Angaben im Qualitätsbericht durchgeführt wurde und dass die personellen Angaben im Qualitätsbericht zumindest erheblich vollständiger sind als beispielsweise die Angaben zur Versorgungsqualität. Grundsätzlich ist zu ergänzen: Wenn eine Angabe für analytische Zwecke ungeeignet ist, spricht sehr viel dafür, dass sie auch für Zwecke der Patienteninformation nicht brauchbar ist.

15.5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Einfluss unterschiedlicher klinikspezifischer Strukturmerkmale auf die Versorgungsqualität der Krankenhäuser untersucht. Erstmals wurden zwei international bekannte und weit verbreitete globale Mortalitäts-Scores auf deutsche Massendaten adaptiert und angewendet. Gleichzeitig konnten erstmals anonymisierte individuelle Informationen aller vollstationären AOK-Fälle eines Jahres, die in allen Kliniken der Akutversorgung versorgt wurden, in multivariaten Analysen berücksichtigt werden. Dabei wiesen die verwendeten Scores sehr gute Diskriminationswerte auf. Kliniken, die bereits 2003 privatisiert waren, zeigten niedrigere Sterblichkeiten, die allerdings für den Elixhauser-Score formal nicht signifikant waren (z. B. Odds Ratio 30-Tage-Sterblichkeit = 0,96; 95 %-Konfidenzintervall 0,90–1,02). Deutlicher zeigte sich dagegen ein protektiver Effekt der Klinikgröße (operationalisiert über Bettenzahl), wenn Komorbiditäten im Prognosemodell berücksichtigt wurden. Insgesamt fanden sich vergleichsweise geringe relative Zusammenhangsmaße zwischen klinikspezifischen Strukturvariablen und globalen Mortalitäts-Scores, die aber aufgrund der verwendeten Grundgesamtheit dennoch sehr große absolute Effekte beinhalten. Die erhaltenen Ergebnisse sollten mit Zurückhaltung interpretiert werden, da eine endgültige Evaluation der genannten Scores noch aussteht.

15.6 Literatur

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–93.
- Aylin P, Bottle A, Jarman B. Monitoring hospital mortality. A response to the University of Birmingham report on HSMRs. 2009. <https://www.fom.sk.med.ic.ac.uk/resources/1133EEEE-5AE7-4E07-9940-CEA0E5F2120D/>
- Allison PD. Logistic Regression Using the SAS System. SAS Institute 1999.
- Beivers A, Spangenberg M. Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. Informationen zur Raumentwicklung (IzR) 1/2008. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) 2008.
- Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*. 1999 May;19 (5): 555.
- Bundesärztekammer. Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit. Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer. Berlin 2007.
- Canadian Institute for Health Information, *HSMR*. A New Approach for Measuring Hospital Mortality Trends in Canada. Ottawa: CIHI 2007. http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HSMR_hospital_mortality_trends_in_canada.pdf
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40 (5):373–83.
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, Ravindran N, Walter SD, McDonald H, Stone SB, Patel R, Bhandari M, Schuneman, HJ, Choi PT, Bayoumi AM, Lavis JN, Sullivan T, Stoddart G. und Guyatt GH. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2004; 170 (12):1817–24.
- Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998; 36 (1): 8–27.

- Farsi M. Changes in hospital quality after conversion in ownership status. *Int J Health Care Finance Econ.* 2004; 4 (3): 211–30.
- Heller G, Schnell R. Hospital Mortality Adjustment using claims data. *JAMA* 2005; 297: 1983.
- McKay NL, Deily ME. Comparing High- and Low-Performing Hospitals Using Risk-Adjusted Excess mortality and cost inefficiency. *Health Care Manage Rev.* 2005; 30 (4): 347–60.
- Milcent C. Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Econ.* 2005; 14 (11): 1151–68.
- Mohammed AM, Deeks JJ, Girling A, Rudge G, Carmalt M, Stevens A, Lilford R. Evidence for methodological bias in standardises mortality ratios: retrospective database study of English hospitals. *BMJ* 2009; 338: b780.
- Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, Saunders LD, Beck CA, Feasby TE, und Ghali WA. Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data. *Med Care* 2005; 43 (11): 1130–9.
- Reschke J. Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* Stuttgart: Schattauer 2010.
- Sloan FAP, Trogdon JGM, Curtis LHP, Schulman KAM. Does the Ownership of the Admitting Hospital Make a Difference? Outcomes and Process of Care of Medicare Beneficiaries Admitted With Acute Myocardial Infarction. *Med Care* 2003; 41 (10): 1193–205.
- Southern DA, Quan H, Ghali WA. (Comparison of the Elixhauser and Charlson/Deyo Methods of Comorbidity Measurement in Administrative Data. *Med Care* 2004; 42 (4): 355–60.
- StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 10.* College Station, TX 2007.
- Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2003. Wiesbaden 2005.
- Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2004. Wiesbaden 2006.
- Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2005. Wiesbaden 2007.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden 2008a.
- Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 31.12.2006. Wiesbaden 2008b.
- Vaillancourt Rosenau P, Linder SH. Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States. *Soc Sci Q.* 2003; 84 (2): 9–41.
- Yasaitis L, Fischer ES, Skinner JS, Chandra A. Hospital Quality and Intensity of Spending: Is there an Association? *Health Affairs* 2009; 28: w566–w572.
- Wörz M. Macht die Krankenhaussträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerstrukturunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Berlin 2007.

This page intentionally left blank

Teil III

Krankenhauspolitische Chronik

(Kapitel 16)

This page intentionally left blank

16 Krankenhauspolitische Chronik

Jutta Visarius und Andreas Lehr

I.

In der 16. Legislaturperiode veränderte die schwarz-rote große Koalition die deutsche Gesundheitspolitik und die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens grundlegend – wie stark, trat besonders in diesem Berichtszeitraum zutage.

Die erste, grundlegende Veränderung war die Entkörperschaftung der alten Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Etablierung des neuen Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wer geglaubt hatte, dieser Prozess würde sich über Jahre hinziehen, wurde eines Besseren belehrt. Innerhalb eines Jahres erwiesen sich die alten Spitzenverbände der Krankenkassen im politischen Geschehen als kaum mehr von Bedeutung und suchten auf je unterschiedliche Weise ihre neue Rolle. Einige, wie der AOK-Bundesverband und der vdek, vormals VdAK (der schon immer ein Verein war), fassten schnell Tritt, andere mussten langsam ein neues Profil suchen, andere wiederum, wie der alte Bundesverband der Betriebskrankenkassen, zersplitterten in unterschiedliche Organisationen, die sich zunächst sichtbar in Kompetenzauseinandersetzungen ergingen.

Die andere umwälzende Neuerung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen sind die neuen gesetzlichen Möglichkeiten für kassenartenübergreifende Fusionen. Sie lösten einen riesigen Appetit der großen Kassen aus. Jeder sprach mit jedem, und einige dieser Gespräche führten auch tatsächlich zu Fusionen, die erwartete Fusionswelle großen Stils blieb jedoch zunächst einmal aus. Die Gründe sind wie immer vielfältig. Für die kleineren Kassen können sich immer weiter entwickelnde und sich ausbreitende Selektivverträge wegen ihrer mangelnden Marktmacht zu einer ernststen Bedrohung aufbauen. Sie könnte zwar durch gemeinsame Vertragsgestaltung der neuen Vereine abgewendet werden, aber eine große Krankenkasse ist anscheinend für viele eine sicherere Rückzugsbank.

Und wer will nicht Marktmacht haben?

Zudem müssen sich die Krankenkassen in den vom Gesetzgeber neu vorgegebenen Rahmenbedingungen – Fonds, staatliche Beitragshoheit und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – erst einmal einrichten. Denn – wie viel Geld jeder Kasse am Ende des Jahres tatsächlich zur Verfügung steht, weiß noch niemand exakt. Einige, auch größere Kassen werden anscheinend durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stärker gebeutelt als die meisten angenommen hatten. Die Unsicherheit ist groß und das Up- und Rightcoding, das für die jeweilige Kasse profitablere Kodieren von Krankheiten, könnte sich am Zahltag durchaus für andere unangenehm bemerkbar machen. Das alles und noch einiges mehr hat die Kassenlandschaft erheblich verändert.

II.

Aber auch die Gesundheitspolitik selbst hat sich grundlegend verändert, und das wahrscheinlich dauerhaft. Konnte man früher unterschiedliche Gesundheitspolitikfelder beinahe exakt abstecken – Kassenpolitik, Vertragsärztepolitik, Krankenhauspolitik, usw. –, sind sie heute, vielleicht zeitweise durch die gewaltigen Umbrüche, aber wahrscheinlich auf Dauer viel stärker miteinander verzahnt, sodass eine umfassende Politikfolgenabschätzung immer notwendiger wird, auch indem die Auswirkungen politischen, gesetzgeberischen Handelns in einem Bereich der Gesundheitspolitik auch für die anderen Bereiche sorgsam im Vorhinein bedacht werden müssen.

Dies gilt auch für die Krankenhauspolitik. Den von Angela Merkel und Ulla Schmidt in dieser Legislaturperiode so gern benutzten Allgemeinplatz, den inzwischen zum Kalauer abgerutschten Satz „Alles hängt mit allem zusammen“ könnte man erweitern in „Alles hängt immer mehr mit allem zusammen“. Für diese These lassen sich ganz unterschiedliche Beispiele anführen. Aber am überzeugendsten wird sie durch den Prozess der Einführung der staatlichen Beitragsfestsetzung. So war vor der Einführung des Fonds zum 1.1. 2009 den großen Leistungserbringern, der DKG und der KBV völlig klar: Was sie jetzt nicht an zusätzlichen Geldern festklopfen könnten, würde später über Jahre hinweg nicht mehr zu generieren sein. Jeder wollte sich deshalb aus dem ab dem 1.1. 2009 von der Politik fest umrissenen Kuchen noch ein Stück abschneiden.

Der GKV-Spitzenverband und mit ihm die Krankenkassen registrierten dies mit einem Stirnrunzeln, aber nicht mehr mit der Heftigkeit, wie sie unter kassenindividuellen Beitragssatzgestaltungen eingeschlagen hätte. Gemeinsames Ziel aller war, den ersten einheitlichen Beitragssatz auskömmlich auszustatten. Sie forderten eine 100%ige Ausstattung, so wie es im Gesetz vorgesehen war, bevor die Beitragserhöhungsmechanismen in Gang gesetzt würden. Und insgeheim waren sie wohl damit einverstanden, dass vor 2009 noch alle Erhöhungen in den großen Topf gepackt würden, um weitere Forderungen der Leistungserbringer erst einmal vom Tisch zu haben. Doch es kam anders: Denn was als 100% der Ausgaben anzusehen war, darüber waren Politik auf der einen Seite und Kassen und Leistungserbringer auf der anderen Seite naturgemäß gänzlich anderer Meinung. Die Politik hatte die Lohnzusatzkosten im Sinn, die Kassen ihre Ausgaben, die Leistungserbringer ihre Einnahmen.

Hier fand sich erneut eine Allianz aus Kassen und Leistungserbringern zusammen, die sich in dieser Legislaturperiode schon einmal zur vergeblichen Verhinderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zusammengeschlossen hatte, Politik gegen Kassen und Leistungserbringer. Nach wie vor erscheint es aber völlig unverständlich, dass und vor allem warum sich die Politik als Preis für mehr staatlichen Dirigismus der Phalanx aus Kassen und Leistungserbringern für eine staatliche Beitragsfestsetzung ohne akute Not entgegenstellen wollte, und das auch noch auf Dauer. Ein Kampf mit allen hässlichen Konsequenzen, der sich bei jeder neuen Beitragsfestsetzung mal heftiger, mal weniger heftig wiederholen dürfte.

Krankenkassen und Leistungserbringer, also auch die DKG für die Krankenhäuser, haben schon gelernt, dass sie für ihr Auskommen und Einkommen in Zukunft gegen die Politik zusammenhalten müssen – allerdings um gleich danach wieder

miteinander in die Auseinandersetzung gehen zu müssen. Dies eint die Selbstverwaltung für eine gewisse Zeit durch die „Politisierung“ des Gesundheitswesens. Aufgrund dieser Politisierung wissen sie, dass sie ihre Gelder letztlich von der Politik generieren müssen. Diese Allianz ist eine aus der Vernunft heraus geborene, denn wenn alle Bereiche der Gesundheitspolitik von gesetzgeberischen Änderungen gemeinsam oder mittelbar betroffen sind, gilt es eigentlich schlicht zusammenzuhalten, auch um die öffentliche Meinung zu beeinflussen. Das gelingt aber oft noch nicht richtig. Moderne, zielgruppenspezifische Medienarbeit ist vielen noch fremd, das Misstrauen untereinander hoch. Das Durchsetzen von Partikularinteressen dagegen ist eingeübt und in den Köpfen zementiert. Da helfen auch moderne Forschungsergebnisse, dass Vertrauen zumeist belohnt wird, nicht weiter – noch nicht. Die Politisierung der Prozesse stärkt den Einfluss der Politik, macht sie aber auch erpressbar.

Dass Kassen und Leistungserbringer den Ende 2008 festgesetzten Beitrag nicht für ausreichend erachteten, muss wohl nicht ausgeführt werden, obwohl sich die Leistungserbringer in der öffentlichen Diskussion im Vergleich zu den Krankenkassen spürbar zurückhielten. Sie hatten ihre Schäfchen, für die sie lange und mit viel Mühe gekämpft hatten, durch Zusagen der Politik zunächst einmal im Trockenen.

III.

Angefangen hatte alles mit der Emanzipation des Marburger Bundes von Verdi mit den Forderungen: eigener arztspezifischer Tarifvertrag, 30% mehr Lohn usw. Ausgetragen wurden und werden diese Auseinandersetzung zwar letztlich in den Tarifrunden, aber durchgesetzt hat der Marburger Bund seine Forderungen mit Streiks und auf der Straße, vor allem auf der Straße und in den Medien.

Dies kennzeichnet einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik: Forderungen werden nicht mehr gentleman- und ladylike in klimatisierten Konferenzräumen, in Tarifverhandlungen oder Sitzungen der Selbstverwaltung, sondern in der Öffentlichkeit, mit der Macht der Straße und der elektronischen Medien ausgetragen. Dabei wird die Erpress- und Manipulierbarkeit von Politikern, nicht nur in Wahlzeiten, geschickt ausgenutzt. Böse Zungen behaupten, das Gesundheitswesen sei im Proletariat angekommen. Man könnte es auch freundlicher formulieren: Das Gesundheitswesen ist zumindest zur Durchsetzung seiner Forderungen in der Kommunikationsgesellschaft angekommen – was die fachliche und zielgruppenspezifische Kommunikation angeht, da hapert es noch.

Der Marburger Bund zeigte auch, dass eine hoch durchorganisierte Kampagne – in einer Stunde mit einer E-Mail 20 000 Ärzte mobilisieren zu können – heute mehr Schlagkraft hat als jede Hinterzimmerdiplomatie. Das mag man als Nutzen der Möglichkeiten moderner Kommunikation klassifizieren, es ist aber weitaus mehr. Hier zeigt sich ein anderes, neues Bewusstsein: das Öffentlichmachen der eigenen finanziellen und institutionellen Forderungen, was von der Bevölkerung registriert und diskutiert wurde, allerdings zum Preis des Verlustes von Inhalten und der fachlichen Auseinandersetzung. Kommt die Politisierung der Gesundheitspolitik und die Schwächung der Selbstverwaltung hinzu, dann ergibt sich ein neues Machtverhältnis, von dem die Politik zunächst profitiert, das ihr aber auf Dauer mit Sicherheit mehr Probleme schaffen wird als löst. Dies zeigte sich dann auch bald in der

Wirklichkeit, denn als nächste zogen die Vertragsärzte auf die Straße, vom Herrenreiter zum Demonstranten. Ihre Kampagne war sicherlich auch eine Lehre aus dem Erfolg des Marburger Bundes. Es kennzeichnet auch eine andere Ärztegeneration, die von den vermeintlich ehernen Versprechungen wirtschaftlicher Prosperität des Arztberufes und einer entsprechenden Sozialisation an Universitäten und Krankenhäusern enttäuscht ist.

Der Druck der Straße zeigte sich vor allem der CSU in personam Wolfgang Hoppenthaller. Er schaffte es, mit seinen öffentlichen Auftritten, mit der Mobilisierung der hausärztlichen Basis und der Patienten den bayrischen Kampfgeist der CSU für die sogenannte Lex Hoppenthaller bei den Verhandlungen mit der CDU für den § 73b SGB V zu wecken, der dem Hausärzteverband bei 50% Mandatierung ein Verhandlungsmonopol gegen die KV zur Verhandlung von Hausarztverträgen zusichert. Die Vertragsärzte, Haus- wie Fachärzte, konnten sich mit ihren Märschen vor das Brandenburger Tor, mit ihren Interventionen in den Städten und Gemeinden immerhin 3,5 Mrd. € zusätzlich aus dem Kuchen schneiden, und das par ordre de mufti der Politik.

Das unterstützt zum einen die These einer stärkeren Politisierung des ehemals durch Selbstverwaltung geprägten Systems und zeigt andererseits auch, wie stark in einem zentralisierten, politisierten System die Straße Einfluss nehmen kann, besonders wenn Wahlen ins Haus stehen. Ein Menetekel? Die direkte Verantwortlichkeit der Krankenkassen für die Beiträge der Versicherten gegenüber ist aufgeweicht und einem politischen Schlingerkurs gewichen. Die Zuneigung der Öffentlichkeit für Demonstranten kann zudem schnell wechseln, und dann könnte der Druck auf die Politik sich diametral entgegengesetzt für die Leistungserbringer auswirken.

Die Krankenhäuser, die als „Unternehmen“ sich eo ipso nicht so leicht damit tun zu demonstrieren, entdeckten als letzter großer Player die Straße als Drohgebärde und Kampfmittel. Die große Demonstration vor dem Brandenburger Tor im September 2008, zu der aus allen Teilen der Republik Krankenhausmitarbeiter mit Kind und Kegel nach Berlin anreisten, machte der Politik deutlich, dass sie im Wahljahr den finanziellen Forderungen der Krankenhäuser nicht standhalten kann, und sie hat auch ihnen über 3 Mrd. € zugestanden. Allerdings – darunter waren Gelder, die vorher die Politik eingesammelt hatte. Das Ganze zeigt die Inkonsequenz, Inkontinuität und Inkongruenz dirigistischer Gesundheitspolitik und wie sich die einzelnen Bereiche der Gesundheitspolitik miteinander verzahnen, selbst bei Finanzierungsfragen.

IV.

Eine weitere Verzahnung entsteht allein durch die – politisch gewollt – immer weiter durchlässigen Sektorengrenzen. So hat der Gesetzgeber die übersektorale Qualitätssicherung verfügt. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll nun die Richtlinien für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung erstellen. Das Institut, das die wissenschaftlichen Grundlagen erarbeiten soll, wurde ausgeschrieben. Die BQS, seit vielen Jahren die Hüterin der selbstverwalteten Qualitätssicherung im Krankenhausbereich, fiel in der Ausschreibung durch, den Zuschlag erhielt das AQUA-Institut der Universität Heidelberg. Die BQS klagte, hatte damit aber keinen Erfolg. Die DKG ist besorgt, Einfluss auf die Qualitätssicherung zu verlieren, zudem hat

das AQUA-Institut sich bislang vorwiegend auf dem Feld der ambulanten Qualitätssicherung hervorgetan. Aber auch der Ausschreibungsprozess hat die DKG erobert und sie dunkle Machenschaften vermuten lassen. Schon zeichnen sich aber Bestrebungen ab, die BQS in irgendeiner Weise wieder einzubeziehen. Auch das Urteil des BSG vom Mai 2009 auf die Klage des GBA gegen die Beanstandung ihres Beschlusses zum Ausschluss der Protonentherapie beim Mammakarzinom durch das BMG zeigt, dass die Sektorengrenzen sich verschieben.

Zunächst einmal erklärte das BSG die Beanstandung des BMG für rechtswidrig. Das BMG habe nur eine Rechtsaufsicht, aber keine Fachaufsicht. Nach wie vor gilt zwar der Verbotsvorbehalt für den stationären Sektor und der Erlaubnisvorbehalt für den ambulanten Sektor, aber es müssten für beide Sektoren gleiche Prinzipien angelegt werden, so der erste Senat des BSG.

Unter Vorbehalt der noch nicht vorliegenden Begründung des Urteils hat dies weitreichende Bedeutung für die Krankenhäuser. Das hieße, dass demnächst z. B. die Kassen mit einem Antrag im GBA beinahe jede Innovation im Krankenhaus stoppen könnten. Die DKG hat nach der Urteilsverkündung sofort Protest erhoben und den Gesetzgeber aufgefordert, zu regeln, wie demnächst Innovationen im stationären Sektor implementiert werden sollen.

Diese „Nebenwirkung“ des Urteils ist keine Petitesse, sondern berührt ein grundsätzliches Problem: Wie implementiert man Innovationen im Gesundheitssystem, insbesondere in den stationären Sektor, der immer das hochgepreisene offene Tor und das Experimentierfeld für Innovationen war, trotz aller Proteste der Vertragsärzte?

Die Grenzen eines nicht regulierten Zugangs zeigen sich am Beispiel der Protonentherapie. Obwohl den meisten Insidern bewusst war, dass nur begrenzte Indikationen für die Protonentherapie zugelassen werden würden, entstehen trotz der hohen Investitionen in dreistelliger Millionenhöhe schon Überkapazitäten. Diese Investitionen sind umso sinnloser, als der technische Fortschritt derart akzeleriert ist, dass die Technologie wenn nicht heute, dann doch morgen überholt sein wird. Es müssen also Regulative gefunden werden, um Innovationen implementieren zu können, ohne eine nicht finanzierbare, nicht sachgerechte und schon allein deshalb nicht zu finanzierende Leistungsausweitung zu verhindern, auch um damit weiteren Fortschritt und seine Implementation nicht zu behindern. Für die DKG ist dies ein überaus heißes Eisen. Andererseits – wie sollen Regulative gefunden werden?

Dies ist aber nicht nur ein Problem des stationären Sektors und auch nicht nur der Medizintechnologie, aber noch in besonderem Maße, wenn auch der ambulante Sektor ebenso betroffen ist. Ähnliche Probleme werden bei den extrem hochpreisigen BioTechs entstehen. Für die Krankenhäuser, insbesondere die Universitätsklinik, die traditionell der Hort der Innovationen, aber auch der Innovationserprobung sind, könnte es zu einer zentralen Zukunftsfrage werden, wenn diese Medikamente dramatisch teurer werden, die zudem auch noch vielfach ambulant einsetzbar sind. Dazu fehlt es an Transparenz des Arzneimitteleinsatzes und der Arzneimittelkosten in den Krankenhäusern. Die Zytostatika bieten nur einen kleinen Hinweis darauf, was in Zukunft möglich sein kann.

Dieses Fortschrittsproblem betrifft aber auch den ambulanten Bereich, sogar noch stärker als den stationären. Die KBV fordert seit vielen Jahren in der Frage des Zugangs zu Innovationen gleich lange Spieße. Der Gesetzgeber wird nicht umhin

können, die Richtung in dieser Frage zu entscheiden, aber auch Regeln für die Implementation von Innovationen festzulegen – nicht nur für die GKV, auch die PKV wird auf Dauer nicht ungehemmt finanzieren können. Ob die Ansätze, die heute propagiert werden, erfolgreich sein werden, scheint eher zweifelhaft. Die Verfahren basieren auf wissenschaftlich zumindest diskutierbaren Annahmen, es werden allzu oft Modelle für die Wirklichkeit gehalten und kaum vorstellbar simple Kategorienfehler sind an der Tagesordnung. Zudem sind die Verfahren zu langwierig und damit nicht brauchbar. Es scheint aber noch einige Zeit zu benötigen, bis die Politik zur Einsicht kommt.

Auch am Beispiel der Innovationsimplementation zeigt sich, dass isolierte Bereiche der Gesundheitspolitik immer schwerer abzustecken sind, zumal sich viele Behandlungen vom stationären Sektor in den ambulanten Sektor verlagert haben. Das wiederum verstärkt das Ansinnen der Krankenhäuser, weiter nach § 116b SGB V in die ambulante Behandlung einzudringen – was von den Vertragsärzten nach wie vor massiv bekämpft wird.

Umstritten ist auch eine weitere Schnittmenge, die MVZ. Die Vertragsärzte, die MVZ zunächst vehement bekämpften, wollen das Territorium jetzt für sich reklamieren, obwohl die meisten unter vertragsärztlicher Leitung weniger Gewinn abwerfen als andere. Sie fürchten Kapitalgesellschaften, aber auch die Krankenhäuser als Träger von MVZ, nach ihrem Empfinden eine feindliche Invasion in ihr angestammtes Territorium. Sofern Krankenhäuser Träger von MVZ sind, haben diese natürlich auch Interesse an der vertragsärztlichen Versorgung, auch und weil sich viele Behandlungen in den ambulanten Sektor verlagern und man hier die entgangenen Pfründe wieder einsammeln kann. Wie stark die Wanderbewegungen sind, kann man in etwa Pi mal Daumen anhand der Arzneimittelzahlen der Apotheker abschätzen. Aber es sind nur Schätzungen. Bisher gibt es keine validen Daten, sie wären aber nicht einmal für eine Bereinigung, sondern vielmehr für Planungen unbedingt notwendig.

Dies zeigt, wie ambulanter und stationärer Bereich bereits ineinander verwoben sind. Dennoch finden wie z. B. beim Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt immer noch massive Angriffe aufeinander statt, die aber stärker von der KBV als von der DKG auszugehen scheinen. Diesen Konflikt aufzulösen ist bislang aufgrund der unterschiedlichen Interessen nicht gelungen.

16

V.

KBV und DKG haben aber auch viele gemeinsame Interessen, so die Abwehr von Selektivverträgen – ein weiterer signifikanter Beleg dafür, dass die Zeiten einer sektorenbezogenen Gesundheitspolitik vorbei sind.

Im kassenärztlichen Bereich sind Selektivverträge mit dem gesetzlichen Zwang für alle Kassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, und dem de facto Verhandlungsmonopol des Hausärzteverbandes zu einer Überlebensfrage der KVen geworden. Neben dem GKV-Spitzenverband und etlichen Krankenkassen sprang auch die DKG der KBV zur Seite. Alle fordern den Erhalt des Kollektivvertrags für die vertragärztliche Versorgung und meinen nicht zuletzt ihre eigene Einflussphäre und den eigenen Kollektivvertrag.

Das Horrorgespenst Selektivverträge stand auch für die Krankenhäuser im Rahmen des KHRG an der Wand. Das BMG und die Krankenkassen hatten ein hohes

Interesse an Selektivverträgen mit Krankenhäusern, Verträge über elektive Leistungen, Pay for Performance, was neudeutsch nichts anderes heißt als unterschiedliche Preise für unterschiedliche Qualität. Dies wäre für die DKG aus ganz unterschiedlichen Gründen zu einem erheblichen Problem geworden: Sie muss alle Krankenhäuser vertreten, auch die in der dritten Reihe. Schon die Mindestmengenvereinbarungen bringen die DKG in Schwierigkeiten, scheiden doch einige Häuser damit schlicht aus der Versorgung bestimmter Erkrankungen aus.

Das mag selbst der eine oder andere in der DKG durchaus aus sachlichen Erwägungen für richtig erachten und sich manch eines der Mitglieder Vorteile erhoffen. Für den Verband bedeutet es aber interne Auseinandersetzungen.

Wie viel stärker wären erst die Auseinandersetzungen bei Selektivverträgen gewesen? Hätte man dann überhaupt noch konsentiertere Positionen vertreten können? Selektivverträge könnten, müssten aber nicht zu einer Zerreißprobe in der DKG führen, vor allem nicht, wenn die DKG es schafft, Selektivverträge mit Versorgungssicherungszuschlägen z. B. in ländlichen Räumen abzufedern.

Verhindert hat die DKG die Selektivverträge zunächst via Bundesländer.

Für sie war das KHRG, die einzige originäre Krankenhausgesetzgebung dieser Legislaturperiode, wohl die Sternstunde in den letzten vier Jahren. Der Bund, sprich Kanzleramt und BMG, haben mit der großen Koalition nicht nur das Parlament zu einer Quantité négligeable degradiert, sondern auch den Bundesrat, dessen gesundheitspolitischer Einfluss gen Null geht. Das haben inzwischen auch die Länder begriffen und wollen sich Gedanken machen, wie sie verlorenes Terrain zurückgewinnen. Allein beim KHRG, wohl weil dort intimste Länderinteressen, ihre Planungshoheit und die Finanzierung ihrer Krankenhäuser auf dem Spiel standen, probten sie erfolgreich den Aufstand – mit allerlei Drohgebärden und Verweigerungsstrategien. Das KHRG war aber unaufschiebbar, musste doch nach Auslaufen der Konvergenzphase ein ordnungspolitischer Rahmen für die Krankenfinanzierung gesetzt werden – oder zumindest irgendeine pragmatische Anschlussregelung.

Nach langen Abstimmungsrunden der Länder gab es keinen Konsens, sondern es zeichneten sich unterschiedliche Lager ab, die sich nicht aus dem klassischen Muster A- und B-Länder rekrutierten. Krankenhäuser sind für die Länder bei allen finanziellen Schwierigkeiten ein heißes Eisen. Jede Stadt, jeder Kreis will sein Krankenhaus unbedingt mit möglichst allen Indikationen erhalten wissen. Sie sind nicht nur Prestigeobjekte, die Bevölkerung fordert, oft auch gegen jede wirtschaftliche, versorgungspolitische und medizinische Vernunft, wohnortnah auch ihre stationäre Versorgung. Wirtschaftliche Interessen tun oft das Ihrige, sodass sich ein rationales, oft auch irrationales Geflecht aus Interessen um jedes einzelne Krankenhaus rankt. Die Vielzahl der Geflechte wird aufgrund der Landeskrankenhausplanung auf Länderebene zusammengeführt – sprich der Landesregierung sitzt jeder Landrat, jeder Bürgermeister im Nacken, sobald sein Krankenhaus gefährdet ist. Natürlich will keine Behörde, kein Politiker freiwillig Macht und Einflussphären einfach abgeben. Und wie wollte man politische Boni besser verteilen? Krankenhäuser sind dazu doch wundervolle Objekte.

Dazu kommen sachhaltige Argumente. Will man eine Regionalisierung des Gesundheitswesens, ob man das nun Subsidiarität, regionale Versorgungskonzepte oder populationsbezogene Integrierte Versorgung oder wie auch immer nennt, sind zentralistische Tendenzen abzuwehren. Damit ist auch zu erklären, dass die einzelnen Län-

der unterschiedliche Positionen einnehmen, denn Bedarfe und Gegebenheiten sind unterschiedlich, aber in der Abwehr des Zentralismus sind sich alle einig.

VI.

Ulla Schmidt schien im Sommer 2008 nicht mehr warten zu wollen, zum einen war ihre Geduld wohl am Ende, zum anderen kam der Termin für einen einheitlichen Ordnungsrahmen nach dem Ende der Konvergenzphase der DRG-Einführung immer näher. Plötzlich, als die Ministerin in Urlaub weilte, kam ein nicht mit der Leitung abgestimmter Entwurf auf dem Markt, von dem Ulla Schmidt sich sofort erstaunt distanzierte. Die Länder waren erbost und aufgeschreckt, die DKG schrie „Haltet den Dieb“. Monistik, selektive Verträge, bundeseinheitliches Basisfallwert und alle nur erdenklichen Grausamkeiten hatten in dieses Papier Eingang gefunden.

Der DKG war schnell klar, dass jede Form von Appeasement dem BMG gegenüber keinen Sinn mehr ergeben würde, ging zum Angriff über und verbündete sich mit den Ländern.

Beides haben Ulla Schmidt und das BMG ihr übel genommen. Das Letztere ist sogar nachvollziehbar, haben doch gerade die Länder (außer Bayern) dadurch, dass sie rechtswidrig ihren Investitionsverpflichtungen in der Vergangenheit nicht nachgekommen sind und auch in der Gegenwart nicht nachkommen, etliche Krankenhäuser in eine wirtschaftlich prekäre Lage manövriert. Nun begann ein monatelanges Ringen, in dem jede Position – das KHRG war in der vom BMG ursprünglich intendierten Form zustimmungspflichtig – heftig umkämpft wurde.

Das Ergebnis wurde naturgemäß unterschiedlich bewertet. Selektivverträge konnte die DKG durch die Hilfe der Länder verhindern. Es wurde nur ganz vorsichtig ein winziges Türchen, das nur einen blassen Schein von ferner Monistik durchlässt, geöffnet. In der Krankenhausplanung heißt das Motto „Wie es Euch gefällt“, und der Weg zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert ist zunächst einmal vorgezeichnet.

Das Gesamtergebnis kann man nur als mager bezeichnen, bedenkt man, was die Zielvorgabe der Koalition war: Ein echter tragfähiger ordnungspolitischer Rahmen, der die deutschen Krankenhäuser in die Zukunft führen soll, wurde nicht geschaffen. Dafür gelang es den Krankenhäusern, Verbesserungen ihrer wirtschaftlichen Situation durch Refinanzierungsmöglichkeiten von Tarifabschlüssen durchzusetzen, und auch für die Pflege gab es einige Bonbons.

VII.

In diesem Prozess der Auseinandersetzung zeigte sich auch, wie heterogen die Krankenhauslandschaft ist. Viele Krankenhäuser wirtschaften am Rand ihrer Existenz, während andere, so die privaten Klinikketten, satte Gewinne einfahren.

Ob man dieses Phänomen mit Rosinenpickerei oder auch mit besserem Management der Privaten erklärt – sie haben sich offenbar anders als viele andere Krankenhausträger aufgestellt, von denen aber auch etliche durchaus lukrativ wirtschaften. Die Privaten haben sich auf jeden Fall schon auf den Wettbewerb durch Selektivverträge und Pay for Performance eingestellt. So hatte Helios gemeinsam mit der

AOK die Auswertung von Routinedaten ihrer Klinikdaten nach identifizierten Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Diese Qualitätsindikatoren waren nicht nur l'art pour l'art, sondern sollten zu einem Wettbewerbsvorteil in einer sich differenzierenden Kliniklandschaft führen. Der Vorstandsvorsitzende Francesco De Meo distanzierte sich öffentlich von den Positionen der DKG. Helios sei für die Zeit der Selektivverträge gut aufgestellt, er habe die Kliniken darauf vorbereitet.

Qualitätssicherung und die Veröffentlichung von Qualitätsdaten über die gesetzlichen Vorschriften hinaus könnten im Wettbewerb um Patienten, im Wettbewerb um Selektivverträge und unter Pay-for-Performance-Bedingungen zu einem zentralen Wettbewerbsselement werden.

Wahrscheinlich um Vergleichsdaten gegen den Vorwurf mangelnder Aussagekraft zu generieren, aber auch um Mitstreiter gegen den Erzrivalen Rhön zu gewinnen, initiierte Helios ein Netz von Qualitätssicherern, dem unterschiedliche Träger – kirchliche, kommunale, Länder, Berufsgenossenschaften, usw. beigetreten sind. Sie verpflichteten sich, Routinedaten nach bestimmten Qualitätsindikatoren auszuwerten und zu veröffentlichen. Damit sind Helios und seine Assoziierten aus der Klinikphalanx ausgeschert. Die Veröffentlichung unterscheidet sich deutlich von der Veröffentlichung der Zertifizierungen der BQS, die von der DKG und den alten Körperschaften getragen wurde und die im Grunde niemanden ernsthaft existenziell schmerzten und eher zur internen Qualitätssicherung dienten als zum öffentlichen Qualitätswettbewerb, den viele Leistungserbringer im Gesundheitswesen scheuen wie der Teufel das Weihwasser.

VIII.

Wie soll aber Wettbewerb funktionieren, wenn es keine Wettbewerbsparameter gibt, keine geben soll, keine geben darf? Die Krankenkassen standen seit Öffnung unter Wettbewerbsdruck, vor allem einem Preiswettbewerb. Dieser ist durch die staatliche Beitragsfestsetzung weggefallen, wird aber mit der Notwendigkeit, Prämien zu erheben, wohl wieder aufflammen. Inzwischen hat sich aber nicht nur ein Angebotswettbewerb mit Wahltarifen etc. entwickelt. Die AOK beispielsweise setzt auf die Wettbewerbsfaktoren Prävention, innovative, evidenzbasierte und patientenorientierte Versorgungsangebote, kundenorientierten Service, Orientierungshilfen und verständliche Information für Versicherte. Das für sie entscheidende Wettbewerbsfeld, so Jürgen Graalman, sei das Versorgungsmanagement. Dazu gehört logischerweise die individuelle Beratung, aber auch die internetgestützte Information: das am weitesten entwickelte Instrument, das Flaggschiff Krankenhaus-Navigator. Seine Daten werden aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten der AOK gewonnen und geben Auskunft über Leistungsspektrum, Ausstattung und Qualität der Versorgung eines Krankenhauses, d. h. auch über Langzeiterfolge. Für Knie- und Hüft-TEPs als erste Operationen werden Langzeitergebnisse von Behandlungen einzelner Krankenhäuser eingestellt.

Die Krankenhäuser kommen also nicht nur von Seiten des Gesetzgebers, sondern auch von Seiten der Krankenkassen unter Qualitäts- und damit unter Wettbewerbsdruck.

IX.

Der Wettbewerbsgedanke, obwohl alle ihn feierlich beschwören, ist im Gesundheitswesen in Wirklichkeit bei den meisten immer noch verpönt, sie wollen Kollektivverträge, einheitlich und gemeinsam. Viele Leistungserbringer, aber auch viele Krankenkassen, haben es sich im Kollektivvertrag gemütlich eingerichtet, auch in ihrer Investitionswelt. Bricht eine Gruppe aus der Phalanx aus, ist das Bollwerk auf Dauer nicht zu halten. So könnte die Krankenhauslandschaft zerbröseln, für die DKG ein gefährlicher Prozess, sie könnte aber auch die Diversifizierung fördern und damit das Zerbröseln verhindern. Kettenmanager wie De Meo lassen sich nicht mehr auf eine gemeinsame Interessenvertretung mit gemeinsamen Positionen gegenüber Politik und Kassen einschwören und festnageln. Im Gegensatz zu den Positionen der DKG, die deutsche Krankenhäuser als Ort finanzieller Not aufgrund dauerhafter Unterfinanzierung und nicht eingehaltener Investitionsversprechen für viele Krankenhäuser beschreibt, verkündet De Meo, Helios mache prächtige Gewinne, blühe und gedeihe.

Das zeigt das Spektrum der Krankenhauslandschaft – hier eine profitable Klinkette, die dazu noch investiert, dort Krankenhäuser, die gefährlich rote Zahlen schreiben. In einer Marktwirtschaft kein Problem – Wettbewerber, die den Wettbewerb nicht bestehen können, werden vom Markt gefegt. Das ist aber in einer Lenkungswirtschaft garniert mit wettbewerblichen Tuffern undenkbar und versorgungspolitisch auch nicht akzeptabel. Auch hier müssen neue Regeln gefunden werden, sonst entsteht für die DKG ein aussichtsloser Kampf und die Sicherstellung zumindest der wohnortnahen Basisversorgung ist gefährdet – was gerade die Bundesländer nicht hinnehmen können. Ob die Regionalisierung der Versorgung – von den meisten Parteien zur Zeit präferiert und auch im Sachverständigen Gutachten propagiert – Lösungsansätze bieten kann oder auch wieder nur eine neue Sau ist, die durch das deutsche Gesundheitsdorf getrieben wird?

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|--|---|
| 18. Juni 2009 | GKV-Finanzierung/Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise/Steuerfinanzierung GKV | Mittelfristige Haushaltsplanung der Bundesregierung für die Jahre 2010 bis 2013 | <p>Bundesfinanzminister Peer Steinbrück legt eine mittelfristige Finanzplanung für den Bundeshaushalt vor: Für den Zeitraum 2010 bis 2013 sind insgesamt ca. 262 Mrd. € neue Schulden erforderlich. Darin ist auch der erhöhte Steuerzuschuss für die GKV berücksichtigt, der von 11,8 (2010) über 13,3 (2011) auf 14,0 Mrd. € (2012) ansteigt. Eingerechnet ist auch eine „Globale Minderausgabe wg. Schuldenbremse und Hochschulpakt“ in Höhe von 37 Mrd. €, die noch zu realisieren sei.</p> <p>Insgesamt rd. 300 Mrd. € neue Schulden lasten demnach auf der nächsten Bundesregierung. Allein im kommenden Jahr sei eine Nettokreditaufnahme in Höhe von 86,1 Mrd. € erforderlich, die einschließlich der Schattenhaushalte sogar auf über 100 Mrd. € steigen könnte.</p> <p>In den Folgejahren soll die Nettokreditaufnahme langsam sinken: 2011 auf 71,7 Mrd. €; 2012 auf 58,7 Mrd. €; 2013 auf 45,9 Mrd. €.</p> |
| 18. Juni 2009 | Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung | <p>Änderung der 15. AMG-Novelle zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege/Rechenzentren</p> <p>Gesetzesbeschluss des Bundestages</p> | <p>Ulla Schmidt und die CSU setzen sich gegen die CDU durch:</p> <p>Krankenhäuser dürfen zu Abrechnungszwecken privatrechtlich organisierte Rechenzentren beauftragen, aber nicht nur sie, sondern auch Ärzte und Institutionen im Zusammenhang der Verträge nach § 73b, § 73c und § 140.</p> <p>Es handelt sich allerdings um Ausnahmeregelungen, die zum 1.7.2010 befristet sind.</p> <p>Damit sind die bestehenden Hausarztverträge vorerst rechtssicher und die weitere Umsetzung des § 73b rechtlich gesichert.</p> |
| 18. Juni 2009 | Patientenverfügung | Der Bundestag beschließt ein Gesetz zu Patientenverfügungen | <p>Die mehrjährige kontroverse Diskussion um Patientenverfügungen findet ihren Abschluss im Bundestag:</p> <p>Abstimmungen über drei verschiedene Gesetzentwürfe.</p> <p>Die Gruppe um die Rechtspolitiker Joachim Stünker und Brigitte Zypries erzielt mit ihrem Gesetzentwurf eine eindeutige Mehrheit. Danach soll der Wille des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung maßgeblich sein.</p> <p>Eine fraktionsübergreifende Abgeordnetengruppe um Wolfgang Bosbach und Katrin Göring-Eckardt hatte sich in einem zweiten Gesetzentwurf dafür ausgesprochen, zwei Typen von Patientenverfügungen zu unterscheiden. In jedem Falle verbindlich sollte nur die Verfügung sein, die notariell beurkundet werde und der eine umfassende ärztliche Beratung vorausgehen sollte.</p> <p>In einem dritten Gesetzentwurf wollten Wolfgang Zöller, Hans Georg Faust u. a. dagegen auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung eine individuelle Ermittlung des Patientenwillens festschreiben, im Streitfall mit Einschaltung des Vormundschaftsgerichts.</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|---|---|---|
| 11. Juni 2009 | Behandlungsfehler/Patientensicherheit | Pressekonferenz der Bundesärztekammer – Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 2008 | <p>Aus der Pressemitteilung der Bundesärztekammer:</p> <p>„Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern haben im Jahr 2008 insgesamt 7 133 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet. In 29 Prozent der Fälle lag ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel vor. Davon konnte in 1 695 der Fälle ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt werden, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Das geht aus der heute veröffentlichten ‚Statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008‘ hervor.“</p> <p>Gut zwei Drittel aller Fehler wurden in Krankenhäusern manifest: am häufigsten bei der Behandlung von Hüft- und Kniegelenkarthrose, Knochenbrüchen und Brustkrebs.</p> |
| 9. Juni 2009 | Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform | <p>„Routinetreffen“ von BMG, KV Nordrhein und Krankenkassen</p> <p>Ausgabe der Gesundheitskarten nach der Bundestagswahl</p> <p>Reaktion der KZBV</p> | <p>Aus der Pressemitteilung des BMG:</p> <p>„Im Rahmen eines im April vereinbarten Routinetreffens im Bundesministerium für Gesundheit haben die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Krankenkassen heute bestätigt, dass sich der Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte im Plan befindet. Die stationären und mobilen modernen Lesegeräte werden seit einiger Zeit Schritt für Schritt in Arztpraxen und Krankenhäusern installiert.</p> <p>Die Krankenkassen haben erklärt, dass sie in der Startregion Nordrhein ab dem 1. Oktober 2009 damit beginnen werden, elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten auszugeben. Die Vorbereitungen hierzu laufen bereits.“</p> <p>Die KZBV hält dagegen:</p> <p>„Die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für diese Aktion sind noch gar nicht geschaffen. Erst ein Teil der Hersteller hat eine Zertifizierung für ihre Karten, und das Verfahren für ihre Ausgabe ist auch noch nicht geklärt. Die Tests, ob die Karten von der Verwaltungssoftware in den Praxen überhaupt gelesen werden können, werden nicht vor August stattfinden. Der Oktober ist als Zeithorizont für die Ausgabe der eGK deshalb nicht zu halten. ... Wir haben hier wieder einmal ein Beispiel für die permanent unrealistische Zeitplanung beim eGK-Projekt.“</p> |
| 3. Juni 2009 | Krankenhausinfektionen/Patientensicherheit | Marburger Bund schließt sich „Aktionsbündnis Saubere Hände“ an. | Die „Aktion saubere Hände“ wird vom Referenzzentrum für die Überwachung von Krankenhausinfektionen, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit getragen. Das Projekt umfasst eine Studie und eine Kampagne. Es hat, ausgehend von Dezember 2007, eine Laufzeit von drei Jahren und wird vom BMG mit insgesamt 650 000 € gefördert. |
| 25. Mai 2009 | Tarifpolitik | MB und Deutsche Rentenversicherung nehmen Tarifverhandlungen auf | Nach langen Auseinandersetzungen mit Streiks nehmen Marburger Bund und Deutsche Rentenversicherung erstmalig Tarifverhandlungen für die bundesweit rund 2 000 Reha-Ärzte auf. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|--------------|---|--|--|
| 25. Mai 2009 | Medizinische Versorgungszentren | MVZ-Survey der Kassenärztlichen Bundesvereinigung | <p>Im Unterschied zur Integrierten Versorgung entwickeln sich die MVZs offenbar dynamisch. Die KBV problematisiert den deutlich erkennbaren Trend – Andreas Köhler: „Bis heute befinden sich mit 54 % mehr als die Hälfte in der Trägerschaft von Vertragsärzten, gefolgt von Krankenhäusern mit 37 %. Die Tendenz ist allerdings ganz klar: MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft nehmen in Relation zu denen in Krankenhausträgerschaft ab; Krankenhäuser gründen derzeit spürbar mehr MVZ als Vertragsärzte.“</p> <p>Die Unterschiede zwischen Krankenhaus-MVZ und anderen MVZ manifestierten sich vor allem darin, dass die Produktivität angestellter Ärzte niedriger sei. Ob darin ein Grund für wirtschaftliche Schwierigkeiten läge?</p> <p>Wenn sie (per se) nicht wirtschaftlicher wären, seien die krankenhausgeführten MVZs nicht primär durch eine gezielte Versorgungssteuerung lukrativ?</p> |
| 19. Mai 2009 | Qualitätssicherung/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut | Vergabekammer des Bundeskartellamts: Entscheidung für AQUA-Institut rechtmäßig | <p>Die 2. Vergabekammer des Bundeskartellamts weist den Antrag der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) auf Aufhebung der Vergabeentscheidung zur Qualitätssicherung nach § 137a SGB V (Qualitätsinstitut) zurück.</p> <p>Der GBA teilt mit, er beabsichtige so bald wie möglich, den Vertrag mit dem „AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH“ zu unterzeichnen.</p> <p>Die DKG bedauert die Entscheidung der Vergabekammer, weil sie die von der BQS über Jahre aufgebaute und bewährte Struktur für die Qualitätssicherung gefährde. Bis zum Aufbau des sektorübergreifenden Qualitätssicherungssystems solle die BQS das bestehende System fortführen. Dafür solle der Gesetzgeber sorgen.</p> <p>Die rechtlichen Auseinandersetzungen gehen weiter. Vor dem LSG Düsseldorf wird Beschwerde gegen den Spruch der Vergabekammer eingelegt. Das LSG prüft, ob für die BQS ein besonderes Schutzbedürfnis besteht.</p> |
| 14. Mai 2009 | Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung | Änderung der 15. AMG-Novelle zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege/Rechenzentren | <p>Die Auseinandersetzung um Selektivverträge, insbesondere Hausarztverträge nach § 73b, erhält eine überraschende Wendung. Eine durch ein Urteil des BSG zum Sozialdatentransfer erforderlich gewordene Anpassung im SGB V – Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege, z. B. über privatärztliche Verrechnungsstellen oder den Hausärzterverband – wird von der Unionsfraktion blockiert. Ein entsprechender Änderungsantrag für die 15. AMG-Novelle liegt vorerst noch auf Eis.</p> <p>Die KBV nutzt die Chance zum Angriff auf die Verträge nach § 73b SGB V, nur öffentlich-rechtliche Körperschaften könnten den hohen Datenschutzerfordernissen gerecht werden. Die Patientendaten aus Selektivverträgen seien bei privaten Rechenzentren laut BSG nicht hinreichend geschützt. Andreas Köhler bietet dem Hausärzterverband an, die Abrechnung von Selektivverträgen auch dann über die KV abzuwickeln, wenn die KV kein Vertragspartner sei. Die Verträge seien fertig, Ulrich Weigeldt müsse nur noch unterschreiben.</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|----------------|--|--|---|
| 6. Mai 2009 | Innovationen | Urteil des Bundessozialgerichts zur Protonentherapie bei Brustkrebs | <p>Das Bundessozialgericht bestätigt den GBA in seiner Rechtsauffassung:</p> <p>Die Beanstandung des BMG der GBA-Richtlinie zum Ausschluss der Protonentherapie bei Mammakarzinomen ist rechtswidrig.</p> <p>Der GBA dürfe die Entscheidung über Wirtschaftlichkeit und Eignung von Behandlungsmethoden für die stationäre Versorgung nach denselben Kriterien treffen, die für die ambulante Versorgung maßgeblich seien.</p> <p>Damit bricht der alte Kampf um Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt zwischen KBV und DKG wieder voll aus.</p> <p>Die DKG fordert gesetzliche Regelungen für die Innovationseinführung in Krankenhäusern.</p> <p>Die schriftliche Urteilsbegründung steht noch aus.</p> |
| 5. Mai 2009 | Pflege | Erste Lesung Pflege-Assistenzbedarf in Krankenhäusern | <p>Die Koalitionsfraktionen starten eine weitere Gesetzgebung:</p> <p>Mit Zustimmung des Bundesrates soll noch vor der Sommerpause ein Gesetzentwurf „zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ beschlossen werden.</p> <p>Inhalte:</p> <p>Verbesserung der Betreuung pflegebedürftiger Behinderter, Palliativmedizin als Pflicht- und Lehrfach im Medizinstudium.</p> <p>Der Bundestag beschließt das Gesetz am 19. Juni 2009.</p> |
| 30. April 2009 | GKV-Finanzierung/Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise | Der Schätzerkreis erhöht seine Prognose der Fonds – Mindereinnahmen für 2009 von 440 Mio. € auf 2,9 Mrd. € | <p>Die Bundesregierung korrigiert ihre Wirtschaftsprognose für das laufende und das nächste Jahr. BIP: 2009 minus 6%, 2010 plus 0,5%; Arbeitslose: 2009 plus 450 000, 2010 plus 900 000;</p> <p>Neuverschuldung des Bundeshaushalts: 2009 70 bis 80 Mrd. €, 2010 mehr als 80 Mrd. €.</p> <p>Der GKV-Schätzerkreis passt seine Einnahmenschätzung einvernehmlich der Regierungsprognose an:</p> <p>Im Vergleich zur letzten Schätzung 2009 werden 2,9 Mrd. € Mindereinnahmen prognostiziert. Sie sollen durch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes ausgeglichen werden. Die Rückzahlungspflicht wird bis Ende 2011 verlängert.</p> |
| 27. April 2009 | Arbeitszeit/Tarifpolitik | Das Vermittlungsverfahren zur EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert – keine Novellierung. | <p>Das Vermittlungsverfahren zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat zur Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert.</p> <p>Streitthemen waren die vollständige Einstufung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit und die Möglichkeit zur Wahl einer Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit (Opt-out).</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|----------------|--|---|--|
| 27. April 2009 | Arbeitszeit/ Tarifpolitik | Das Vermittlungsverfahren zur EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert – keine Novellierung. | Bundesärztekammer und Marburger Bund begrüßen das Scheitern, die DKG bedauert es. Das Arbeits- und Sozialministerium erklärt, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz ohne Abstriche oder Änderungen weiterhin gültig sei. |
| 14. April 2009 | Krankenhausinfektionen/ Patientensicherheit | Tagung der EU-Minister zu Patientensicherheit/ Krankenhausinfektionen | Aus der Pressemitteilung des BMG: „Krankenhausinfektionen und resistente Krankheitserreger sind in ganz Europa ein zunehmend ernster werdendes Problem. Nach Angaben des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) erkrankt in Europa jeder 20. Krankenhauspatient zusätzlich an einer Krankenhausinfektion. In Deutschland ist pro Jahr von etwa 500 000 Krankenhausinfektionen auszugehen, nach Schätzungen aus Studien versterben jährlich in Deutschland etwa 10 000 Patienten daran. Die Risiken für Patientinnen und Patienten, sich bei einem Krankenhausaufenthalt zu infizieren, sind immer noch zu hoch. Die Bundesregierung hat deswegen gehandelt und mit der Antibiotika-Resistenzstrategie den richtigen Weg eingeschlagen. Auf der Konferenz ist die deutsche Strategie auf großes Interesse der anderen Mitgliedstaaten gestoßen, da sie vernetzte Maßnahmen vorsieht und beispielgebend zeigt, wie alle Beteiligten in konzertierte Aktivitäten eingebunden werden können.“ |
| 3. April 2009 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik | DKG und GKV-Spitzenverband einigen sich auf die konkrete Umsetzung der Kompensationsregelung zur Tariflohnsteigerung im Rahmen des KHRG | Nur wenige Tage nach Inkrafttreten des KHRG unterzeichnen DKG und GKV-Spitzenverband die Vereinbarung zur Berücksichtigung der Tariflohnsteigerung: Erhöhungsrates von 6,24 %, die zu einem Drittel erhöhend bei den Basisfallwerten zu berücksichtigen ist – d. h. zusätzlich 1,1 Mrd. €. |
| 3. April 2009 | Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung/ Patientenrechte | Erste Lesung der Patientenrichtlinie im Europäischen Parlament | Das Europäische Parlament nimmt den Bericht zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Berichterstatter: John Bowis, EVP, GB) mit 197 Stimmen an. Ziel der Richtlinie ist, den Patienten die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland zu erleichtern. Die Abgeordneten betonen, dass es bei der vorliegenden Richtlinie um Patientenrechte gehe und nicht um die Freizügigkeit der Leistungserbringer. Des Weiteren berühre die Richtlinie nicht die Rechte der Patienten, die bereits in einer anderen Verordnung oder durch nationale Gesetzgebung kodifiziert worden seien. Diskutiert wird u. a. die Rechtsgrundlage. Während die Europäische Kommission den Entwurf auf Art. 95 EG-Vertrag stützt, fordern die Sozialisten (PSE) und die Linken, den Schwerpunkt auf die Gesundheitsfürsorge zu legen. Rechtsgrundlage hierfür sei Art. 152 EG-Vertrag. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|--|--|
| 3. April 2009 | Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung/Patientenrechte | Erste Lesung der Patientenrichtlinie im Europäischen Parlament | <p>Die Anträge auf Änderung der Rechtsgrundlage werden jedoch abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus wird diskutiert, ob die Leistungserbringer sich wegen der Kostenerstattung direkt an die Kostenträger und nicht an den Patienten wenden sollten.</p> <p>Die Europäische Kommission soll prüfen, ob eine zentrale Verrechnungsstelle eingeführt werden kann. Diese soll die Rückerstattung der Kosten von Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen erleichtern.</p> <p>Umstritten ist auch die Vorabgenehmigung für die Rückerstattung der Kosten. Das Europäische Parlament billigt, dass sich Patienten Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen genehmigen lassen müssen. Die Mitgliedstaaten sollen definieren, was Krankenhausdienstleistungen sind.</p> <p>Schließlich wird die Einrichtung eines Ombudsmanns vorgeschlagen. Er soll sich mit Patientenbeschwerden befassen, wenn diese innerhalb eines Mitgliedstaats nicht gelöst werden können.</p> |
| 2. April 2009 | Pflege/Qualitätssicherung/DRGs/Attraktivität Pflegeberufe | Zweiter Pflegegipfel im BMG | <p>Deutscher Pflegerat, Ver.di, Arbeitsgemeinschaft „Junge Pflege“, GKV-Spitzenverband, DKG, Verband der Krankenhausdirektoren und Bundesärztekammer beschließen Handlungsempfehlungen zu drei Themenkomplexen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwicklung von Indikatoren für pflegerisch hoch aufwendige Fälle, die eine aufwandsgenauere Abbildung der Pflege im DRG-System ermöglichen. 2. Der GBA soll evidenzbasierte pflegebezogene Qualitätsindikatoren entwickeln und in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einbeziehen. 3. Maßnahmen zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeits- und Aufgabenteilungen, zur Unterstützung einer modernen Arbeitsorganisation und zur Nachwuchsförderung in der Pflege. |
| 27. März 2009 | Tarifpolitik | Tarifeinigung für Universitätsärzte | <p>Marburger Bund und Tarifgemeinschaft deutscher Länder erzielen – ohne Streik – eine Tarifeinigung für Universitätsärzte:</p> <p>3,8 % Gehaltssteigerung ab 1.5.2009 und weitere 1,2 % ab 1.8.2010; Anhebung der Ost-Gehälter auf Westniveau zum 1.1.2010.</p> |
| 26. März 2009 | Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung | Deklaration der KBV-Vertreterversammlung | <p>Auf ihrer Klausurtagung zur Zukunft des KV-Systems beschließt die KBV-Vertreterversammlung eine Deklaration, ein Bekenntnis zum ungeteilten Sicherstellungsauftrag der KVen gegen das „derzeitige systemwidrige Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen“.</p> <p>Ulla Schmidt zeigt sich unbeeindruckt: Nach einem parallel zur KBV-Klausurtagung stattfindenden Gespräch mit dem Hausärzterverband begrüßt sie dessen Aktivitäten, auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V).</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|---|---|
| 26. März 2009 | Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung | Deklaration der KBV-Vertreterversammlung | Zwei Monate später verabschiedet die Vertreterversammlung der KBV ein vom Vorstand vorgelegtes „Strategie- und Forderungspapier“, das insbesondere ein Konzept zur Stärkung des Kollektivvertrags und Selektivverträge nur als Add-on vorsieht. |
| 19. März 2009 | Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform | Neue Debatte im Bundestag | Anträge der FDP und von Bündnis 90/Die Grünen entfachen im Bundestag eine neue grundsätzliche Debatte über die vor sich hin dümpelnde Einführung der eGK. Die FDP fordert ein Moratorium, die Grünen sehen Lücken im Bereich der informationellen Selbstbestimmung. In der Anhörung zu diesen Anträgen am 25. Mai 2009 im Gesundheitsausschuss des Bundestages deutet sich u. a. an, dass das Kartenprojekt technologisch schon zu veralten droht. |
| 17. März 2009 | Arbeitszeit/Tarifpolitik | Beginn des Vermittlungsverfahrens EU-Parlament – Ministerrat zur EU-Arbeitszeitrichtlinie | Die Liste der Veränderungsvorschläge ist lang, die zentrale Auseinandersetzung zwischen Ministerrat und Europäischem Parlament entspinnt sich an zwei Punkten: <ul style="list-style-type: none"> – dem Opt-out und der Unterteilung zwischen aktiver und inaktiver Arbeitszeit – der Anrechnung der inaktiven Zeiten auf die Ruhezeit, also den alten Streitpunkten zwischen Krankenhausesellschaften und Ärztegewerkschaften oder -verbänden, in Deutschland zwischen DKG und Marburger Bund. <p>Die Interessenlagen des Ministerrats sind vielschichtig. Sie sind nicht nur arbeitgeberfreundlich, sondern auch von schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen bestimmt, insbesondere in einigen osteuropäischen Ländern.</p> <p>Die Minister wollen das Opt-out, die Differenzierung in aktive und inaktive Arbeitszeit und die Anrechnung der letzteren auf die Ruhezeiten. Genau das will das Parlament nicht.</p> <p>Auch wenn Rat und Parlament sich auf einander zu bewegen, bleibt es grundsätzlich bei den unvereinbaren Positionen.</p> <p>Die Kommission nimmt eine beinahe salomonische Position ein – nein zur Anrechnung der inaktiven Zeiten auf die Ruhezeiten, aber eine unterschiedliche Gewichtung der inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes bei Berechnung der durchschnittlichen Höchstarbeitszeit – das könne eine Kompromisslinie sein.</p> <p>Dagegen stellt sie sich in der Frage Opt-out hinter den Rat, der am Opt-out festhalten möchte. Das Parlament dagegen will das Opt-out nach 36 Monaten auslaufen lassen.</p> |
| 16. Feb. 2009 | Integrierte Versorgung | Stellungnahmen der Bundesregierung | Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 wird es still um die Integrierte Versorgung. Nur wenige Verträge der Integrierten Versorgung scheinen sich für die Kassen zu rechnen. Viele Verträge laufen einfach aus oder werden gekündigt. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|------------------|---|--|---|
| 16. Feb. 2009 | Integrierte Versorgung | Stellungnahmen der Bundesregierung | In Stellungnahmen gegenüber dem Bundestag gibt sich das BMG einsilbig, eine Fortführung der Anschubfinanzierung ist nicht geplant. Die Anschubfinanzierung sei als zeitlich begrenztes Instrument angelegt, die Projekte sollten sich auf Dauer selbst tragen. |
| 13. Feb. 2009 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege/ Investitionsfinanzierung/ Bundesbasisfallwert | KHRG: Zweiter Durchgang Bundesrat, Inkrafttreten | Der Bundesrat lässt den Gesetzesbeschluss des Bundestages mit einer Entschließung passieren. Das Gesetz tritt rückwirkend zum 1.1.2009 in Kraft. |
| 13. Feb. 2009 | GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Staatsdarlehen/ Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser | Der Bundestag verabschiedet Konjunkturpaket II – Bundesrat stimmt eine Woche später zu. | Ergänzend zu den Beschlüssen des Konjunkturpakets II wird der Fonds einnahmeseitig entlastet: Liquiditätsdarlehen des Bundes müssen erst 2011 und nicht schon 2010 zurückgezahlt sein. Begründung: Es sei noch keine Liquiditätsreserve aufgebaut und es drohten möglicherweise zusätzliche konjunkturbedingte Einnahmeausfälle. |
| 10. Februar 2009 | Qualitätssicherung/ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/ Qualitätsinstitut | GBA will AQUA-Zuschlag für Qualitätsinstitut erteilen | Aus der Pressemitteilung des GBA: „Das Vergabeverfahren zur Qualitätssicherung der Versorgung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V (Qualitätsinstitut) steht kurz vor seinem Abschluss. Nach erfolgter Auswertung der abschließenden Angebote beabsichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun, den Zuschlag nach Ablauf der gesetzlichen Informationsfrist von zwei Wochen an das ‚AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH‘ zu erteilen.“ Die BQS stellt bei der Vergabekammer des Bundeskartellamts den Antrag auf Aufhebung der Vergabeentscheidung. |
| 21. Jan. 2009 | Krankenhausinfektionen – Patientensicherheit | Antrag LINKE „Krankenhausinfektionen vermeiden – multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen“ | Die Bundestagsfraktion DIE LINKE fordert wirkungsvolle verbindliche Regelungen, um Infektionen bereits in ihrer Entstehung zu verhindern, außerdem fordert sie den verstärkten Einsatz von Ärzten für Hygiene und Hygienefachkräften sowie eine personelle Aufstockung und Qualifizierung des Fachpersonals in Gesundheitsämtern. Der Bundestag lehnt diesen Antrag am 14. Mai 2009 ab. |
| 12. Jan. 2009 | GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser | Koalitionsbeschluss zum Konjunkturpaket II | Die Koalition beschließt das zweite Konjunkturpaket. Die SPD kann sich mit ihrer Forderung, bei den Krankenversicherungsbeiträgen nur die Arbeitnehmer zu entlasten, nicht durchsetzen. Die Einigung lautet: „Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird mit Wirkung zum 1. Juli 2009 für das Jahr 2009 um 3 Mrd. € und für das Jahr 2010 um 6 Mrd. € erhöht. Die paritätisch finanzierten Beitragssätze werden dementsprechend um 0,6 Prozentpunkte gesenkt.“ |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|----------------|---|---|---|
| 12. Jan. 2009 | GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/Beitrags-satz/Investitionsfinanzierung Krankenhäuser | Koalitionsbeschluss zum Konjunkturpaket II | <p>Angela Merkel und Horst Seehofer stellen vor der Bundespressekonferenz klar, dass damit die geplante Aufstockung der Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen „vorgezogen“ werde.</p> <p>„Zusätzliche Steuermilliarden“ lehnt Horst Seehofer entschieden ab.</p> <p>Im zweiten Konjunkturpaket werden auch die Krankenhäuser berücksichtigt.</p> <p>Aus dem Koalitionsbeschluss: „3,5 Mrd. Euro (Finanzhilfen des Bundes) können für die Modernisierung der kommunalen Infrastruktur eingesetzt werden, insbesondere für Krankenhäuser (trägerneutral), Städtebau, ländliche Infrastruktur und die Lärmsanierung an kommunalen Straßen.... Die Länder übernehmen einen Kofinanzierungsanteil von 25 %.“</p> |
| 1. Januar 2009 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Morbi-RSA | Einführung Gesundheitsfonds mit Morbi-RSA | <p>Begleitet von anhaltender Kritik tritt das Kernstück des GKV-WSG in Kraft.</p> <p>BVA-Präsident Josef Hecken reagiert heftig:</p> <p>Angesichts von 11 Mrd. € mehr im Jahr 2009 sei das von den Kassen zu vernehmende Klagelied völlig unverständlich, zumal „in einer Zeit, in der in vielen anderen Bereichen deutlich weniger Geld zur Verfügung steht“.</p> <p>Er erwarte von den Kassen, dass sie alles daransetzten, dieses Geld sinnvoll zu verwenden.</p> |
| 18. Dez. 2008 | Krankenhauspolitischer „Rundumschlag“ | Bundestag verabschiedet KHRG mit vielen Änderungsanträgen | <p>Ohne die Grundstruktur des Regierungsentwurfs zu verändern, beschließt die Koalition das KHRG mit umfangreichen Änderungen. Sie betreffen folgende Bereiche:</p> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abgrenzung des Erlösbudgets, – Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen 2009, – mindernde Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenrefinanzierung 2009 – Verrechnung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen – Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, Anhebung der Untergrenze und Einführung einer Obergrenze für die jährliche Absenkung auf den Basisfallwertkorridor – Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung (um ein Jahr – zwei Schritte von der Krankenhausebene zum Landesbasisfallwert) – Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Vereinbarung unabhängig von Budgetverhandlungen) <p>II.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krankenhauszahlungen: Übertragung des Einzugsverfahrens auf die Krankenhäuser, Vergütungsanspruch wird direkt mit Zahlungen verrechnet – Kassenbezogene Umsetzung der Stichprobenprüfungen bei Krankenhausrechnungen – Erhöhung der Aufwandspauschale für Krankenhäuser im Fall ungerechtfertigter Abrechnungsprüfungen (von 100 auf 300 €) |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|---|--|
| 18. Dez. 2008 | Krankenhaus-politischer „Rundumschlag“ | Bundestag verabschiedet KHRG mit vielen Änderungsanträgen | <p>III.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Festlegung und Übermittlung von Verhandlungsdaten – Nutzung der DRG-Daten durch das Bundeskartellamt – Weiterentwicklung Krankenhausstatistik-Verordnung – Steuerrechtliche Änderungen <p>IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 90 %-Finanzierung des Pflegepersonalstellen-Programms durch die Kassen <p>V.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schaffung einer Nachverhandlungsmöglichkeit für den bestehenden Personalbestand, um den Erfüllungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung zu verbessern – Richtung 100 %-Umsetzung der Psych-PV – Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer an der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Fachgebietsbezeichnung für psychiatrische Einrichtungen <p>VI.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Neue Vergütungsregelung für Belegärzte: Einführung einer Wahloption für Kliniken, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können <p>VII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sonderregelung für Praxiskliniken – eigenständige Vertragspartnerschaft auf Bundesebene <p>VIII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schiedsregelung Vertragspreise im Heilmittelbereich <p>IX.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ergänzende Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken <p>X.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einheitlichkeit der Qualitätssicherung – Patienten unabhängig von Versicherterstatus berücksichtigen – Beteiligung von PKV-Verband, Bundesärztekammer und Organisationen der Pflegeberufe <p>XI.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erweiterung des Leistungsbereichs der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung <p>XII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflegeausbildung |
| 18. Dez. 2008 | DRGs | IGES-Institut erhält Zuschlag für DRG-Begleitforschung | Endlich startet die DRG- Begleitforschung. Vorausgegangen war eine europaweite Ausschreibung durch das INEK. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|---|---|---|
| 17. Dez. 2008 | Arbeitszeit/ Tarifpolitik | EU Parlament lehnt Beschluss des Ministerrats zur Neufassung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ab. | Das Europäische Parlament lehnt den Beschluss des EU-Ministerrats zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie mit großer Mehrheit ab. Bereitschaftsdienst soll auch weiterhin grundsätzlich zur Arbeitszeit gehören. Es stehe im Ermessen nationaler Gesetzgeber oder der Tarifvertragsparteien, eng umgrenzte Ausnahmen zuzulassen. |
| 9. Dez. 2008 | GKV-Finanzierung/ Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise | Der Schätzerkreis prognostiziert für 2009 440 Mio. € Mindereinnahmen | Das BVA veröffentlicht eine gemeinsame Erklärung des GKV Schätzerkreises: Wegen der „erwarteten konjunkturellen Eintrübung“ würden die Einnahmen gegenüber der letzten Schätzung um 440 Mio. € geringer ausfallen. An den zugesagten Zuweisungen an die Kassen in Höhe von 167,6 Mrd. € ändere sich dadurch nichts. |
| 24. Nov. 2008 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflege | Anhörung zum KHRG im Gesundheitsausschuss des Bundestages | In der Anhörung zum KHRG prallen erneut die unterschiedlichen Auffassungen zur Finanzsituation der Krankenhäuser und den Auswirkungen des KHRG im kommenden Jahr aufeinander: Vertreter der Krankenhausverbände versus GKV-Spitzenverband. Einhellig ist die Kritik an der Finanzausstattung des Sonderprogramms Pflege: Die vorgesehene 70%-Finanzierung reiche nicht aus, um das Programm zum Laufen zu bringen (unabhängig von der strittigen Frage, ob es überhaupt sinnvoll sei). Es kommt zum Eklat, als die Koalitionsfraktionen Fragen zu Themen stellen, die bislang nur Gegenstand von Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge der Koalitionäre zum KHRG sind: Belegärzte, Praxiskliniken, Heilmittelversorgung. Die Oppositionsfraktionen verweigern die Erörterung dieser Fragen und setzen sich mit der Forderung durch, ggf. eine erneute Anhörung durchzuführen. |
| 20. Nov. 2008 | Elektronische Gesundheitskarte/ Telematikplattform | Vereinbarung über Pauschalen für Lesegeräte – Beginn des Rollouts im ersten Halbjahr 2009? | KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf Pauschalen für Lesegeräte (430 € für stationäres Gerät, 215 € Installationspauschale und 375 € für mobiles Lesegerät). Die ersten Lesegeräte könnten, so die Vertragspartner in Nordrhein, noch in diesem Jahr installiert werden, so könnte das Rollout der elektronischen Gesundheitskarte im ersten Halbjahr 2009 beginnen. Der Weg für die Einführung der eGK sei nun frei, so BMG Staatssekretär Klaus Theo Schröder. Am 10. März 2009 meldet die KV Nordrhein den Start des „Basis-Rollouts“. |
| 14. Nov. 2008 | GKV-Finanzierung / Gesundheitsfonds / Morbi-RSA | Das BVA gibt die Höhe der morbiditätsbezogenen Zuteilungen aus dem Fonds bekannt. | Die Krankenkassen erhalten vom Bundesversicherungsamt Bescheide über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Alle großen Kassen erklären, dass sie (zunächst) ohne Erhebung eines Zusatzbeitrags auskommen werden. Die Diskussionen um die Konsequenzen der Wirtschaftskrise für den Fonds reißen nicht ab. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|---|--|---|
| 12. Nov. 2008 | Finanzsituation Krankenhäuser | KHRG: Erste Lesung Bundestag – Gegenüberung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates Streit um Begrenzung der Mehrausgaben | <p>Vor dem Hintergrund einer knappen Finanzierung des Gesundheitsfonds hält die Bundesregierung in ihrer Gegenüberung fest, dass im Krankenhausbereich im Jahr 2009 Mehrausgaben von maximal 3,5 Mrd. € entstehen dürften. Diese Begrenzung sei durch geeignete Maßnahmen im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sicherzustellen.</p> <p>Die DKG reagiert mit scharfer Kritik – die Ersatzkassenverbände halten dagegen.</p> |
| 7. Nov. 2008 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege/ Investitionsfinanzierung Bundesbasisfallwert | Stellungnahme Bundesrat zum KHRG im ersten Durchgang Der GKV-Spitzenverband warnt vor „drohendem Ausgaben-sprung“. | <p>Die Länder wollen ihre Mitwirkung vor allem bei der Umsetzung des Gesetzes sichern.</p> <p>In der Debatte betonen Monika Stolz (für die Mehrheit der Länder) und Marion Caspers-Merk (für die Bundesregierung) den Kompromisscharakter, einen tragfähigen Ausgleich der Interessen, dem zahlreiche Abstimmungsgespräche zwischen Bund und Ländern vorausgegangen seien.</p> <p>Wie schon im Gesundheitsausschuss des Bundesrates ist der NRW-Antrag zur Herbeiführung eines einheitlichen Bundesbasisfallwerts (statt einer Korridorlösung) chancenlos.</p> <p>Baden-Württemberg versucht, einen Antrag mehrheitsfähig zu machen, der die Erhöhungsrates 2009 konkret per Gesetz vorgibt. Dies entspricht der Forderung der DKG.</p> <p>Nachdem sich im Vorfeld keine Mehrheit abzeichnet, verzichtet Baden-Württemberg aber auf die offizielle Einbringung.</p> |
| 29. Okt. 2008 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz | Bundeskabinett beschließt GKV-Beitragsatzverordnung | <p>Das Bundeskabinett beschließt den bundesweit einheitlichen Beitragssatz von 15,5% mit Geltung zum 1.1.2009.</p> <p>Das BMG kündigt an, dass ab dem 14. bzw. 15.11. (Bekanntgabe der Zuweisungen durch das BVA) die Kassen exakt wissen, wie viel Geld sie für ihre Versicherten im kommenden Jahr zur Verfügung haben.</p> <p>Gegen die anhaltend heftige Kritik hält Ulla Schmidt an ihrer Auffassung fest, dass der Fonds den Finanzbedarf der Kassen zu 100% decke.</p> |
| 17. Okt. 2008 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz | Bundestag debattiert Beitragssatzverordnung Heftige Kontroverse um eine Zeitungsanzeige des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ GKV-Spitzenverband schlägt Einsparungen im Krankenhausbereich vor. | <p>Der Bundestag debattiert die Beitragssatzverordnung im Zeichen einer sich ständig verschärfenden Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise.</p> <p>In der Debatte stehen Auseinandersetzungen um den Appell des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ im Mittelpunkt.</p> <p>Das Bündnis fordert den Verzicht auf die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes bei planmäßigem Start des Gesundheitsfonds.</p> <p>Unter veränderten Rahmenbedingungen könne der Fonds nicht funktionieren.</p> <p>Das BMG reagiert mit äußerster Schärfe, unterstützt vom BVA:</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|--|---|
| 17. Okt. 2008 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/Beitragsatz | Bundestag debattiert Beitragssatzverordnung Heftige Kontroverse um eine Zeitungsanzeige des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ GKV-Spitzenverband schlägt Einsparungen im Krankenhausbereich vor. | Es handle sich um haltlose Behauptungen, die Einnahmenseite sei seriös geschätzt, die Zuweisungen an die Kassen sicher – notfalls würde die Liquidität durch den Bund sichergestellt. Auf die Kritik des Bündnisses, auch die Ausgabenseite sei völlig unkalkulierbar, gehen BMG und BVA nicht ein. Der GKV-Spitzenverband fordert nachdrücklich Sofortmaßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV. In die noch laufende Krankenhausgesetzgebung solle an zwei Punkten eingegriffen werden: Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen, Schließung der Lücke zwischen Landesbasisfallwerten und durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten – ein Einsparvolumen von insgesamt 1,3 Mrd. €. |
| 17. Okt. 2008 | GKV Organisationsreform/Hausarztverträge/Selektivverträge/Kollektivverträge/Sicherstellung | Der Bundestag verabschiedet das GKV-OrgWG | Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ soll die große Organisationsreform des WSG mit seinen zentralen Elementen Gesundheitsfonds, Einheitsbeitragssatz, Morbi-RSA und GKV-Spitzenverband, der Zerschlagung der alten Verbandsstrukturen gängig machen. Ein komplexes Regelwerk für Insolvenz-, Haftungs- und Aufsichtsrecht und die Sicherstellung der Finanzströme unter den neuen Rahmenbedingungen hat die Aufgabe, die Vorgaben des WSG handhabbar zu machen. Das gilt insbesondere für die Konvergenzklausel, mit der einige Länder vor einem finanziellen Aderlass geschützt werden sollen. Zur Finanzierung wird die Liquiditätsreserve eingesetzt, die damit im ersten Jahr praktisch auf Null steht. Besonders umstritten ist die erneute Änderung der hausarztzentrierten Verträge im § 73b mit der faktischen Ausschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen: Kassen müssen mit Verbänden, die mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten, bis zum 1.7.2009 Hausarztverträge abschließen. Es beginnen erbitterte Auseinandersetzungen um den Fortbestand des KV-Systems und der Kollektivverträge – forciert durch Vertragsabschlüsse in Baden-Württemberg und Bayern. Die Krankenkassen stehen ganz überwiegend auf der Seite der KV. Auch die DKG schlägt sich auf die Seite des KV-Systems – wohl auch aus Furcht, dass Selektivverträge auch im stationären Sektor vom Gesetzgeber erlaubt werden könnten. Private Klinikketten stellen sich schon auf Selektivverträge ein. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|---|---|
| 7. Okt. 2008 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz | Bundeskabinett beschließt Verordnungsentwurf für GKV-Beitragsatzverordnung. | Das Bundeskabinett bestätigt das BMG: Zum 1.1.2009 soll laut Verordnungsentwurf der Beitragssatz der Krankenversicherung von durchschnittlich 14,9 % auf (dann einheitlich) 15,5 % ansteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sollen im Gegenzug von 3,3 auf 2,8 % sinken. |
| 2. Okt. 2008 | GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz | Empfehlung des Schätzerkreises für den ersten Einheitsbeitragsatz. | Nach langen Verhandlungen kommt kein einvernehmliches Ergebnis zustande. Das BMG setzt sich mit seiner Empfehlung für einen Beitragssatz von 15,5 % durch, der GKV-Spitzenverband hält gegen BMG und BVA daran fest, dass 15,8 % erforderlich seien. Das BMG kündigt an, dass die 15,5 % im Entwurf für die 1. Beitragsatzverordnung festgeschrieben würden. |
| 25. Sep. 2008 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege | Großdemonstration Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ in Berlin | Dem Aufruf des Aktionsbündnisses von BÄK, dbb, DKG, Pflegerat, Städtetag, Marburger Bund, VKD, verdi und VKA zur Demonstration vor dem Brandenburger Tor folgen ca. 130 000 Mitarbeiter aus Krankenhäusern – mehr als doppelt so viel, wie von den Veranstaltern zunächst veranschlagt. Das Bündnis lehnt den Regierungsentwurf zum KHRG als völlig unzureichend ab, er enthalte tatsächlich neue Hilfen von höchstens 1,5 Mrd. €. Dem stehe eine Finanzierungslücke von insgesamt rund 6,7 Mrd. € gegenüber. |
| 24. Sep. 2008 | Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege | Bundeskabinett beschließt Regierungsentwurf KHRG. | Der Gesetzentwurf wird umbenannt: nicht mehr Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz, sondern Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Im Unterschied zum Referentenentwurf wird der Regierungsentwurf außerdem als zustimmungsfrei deklariert. Begründung: Es würden keine Verfahrensänderungen vorgenommen, die eine Zustimmungspflicht auslösten. |
| 19. Sep. 2008 | Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Bundesbasisfallwert | Bund-Länder-Einigung Entschiebung des Bundesrates | Der Kompromissvorschlag zur Neuregelung der Investitionsfinanzierung wird modifiziert. In dieser Form stimmen ihm auch Bayern und das BMG zu. Am Ziel einer Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen wird zwar festgehalten, doch das Recht der Länder, ihre Investitionstätigkeit weiter wie bisher auszuüben, soll unberührt bleiben. Auch die Grundstrukturen des neuen Verfahrens (Bewertungsrelationen etc.) müssen in Abstimmung mit den Ländern vereinbart werden. Eine Bund-Länder-Einigung findet auch für die Refinanzierung der Tarifabschlüsse statt: 50 %-Ausgleich der über der Grundlohnsteigerung liegenden Tarifierhöhung. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--|--|--|
| 19. Sep. 2008 | Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/Bundesbasisfallwert | Bund-Länder-Einigung Entschiebung des Bundesrates | Das Verhandlungsergebnis zur Investitionsfinanzierung fließt explizit und vollständig in die Entschliebung des Bundesrates zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser ein, die am 19.9. einstimmig beschlossen wird. Der Bundesrat begrüßt das Sonderprogramm Pflege und die Einführung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwerts. |
| 18. Sep. 2008 | DRGs | Selbstverwaltung verabschiedet DRG-Katalog 2009. | Aus der gemeinsamen Pressemitteilung: „Die Selbstverwaltungspartner sind sich einig, dass mit dem neuen Katalog das komplexe Behandlungsgeschehen noch genauer abgebildet und dadurch weiterhin adäquat vergütet werden kann. Änderungen erfolgten etwa im Bereich der Intensivmedizin, der Schlaganfall-Behandlung und der Querschnittslähmung. Dies gilt auch für die Festlegung von Zusatzentgelten, das heißt für Leistungen, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Für 2009 wurden insgesamt 127 Zusatzentgelte vereinbart – 12 mehr als im Jahr 2008. Die Partner werten die nunmehr siebte Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs als Erfolg und Beweis für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung.“ |
| 16. Sep. 2008 | Qualität/Qualitätsmedizin | Helios gründet die „Initiative Qualitätsmedizin“. | Am 16.9. wird in Potsdam die „Initiative Qualitätsmedizin“ offiziell gegründet. Die Helios-Kliniken, das UK Dresden, die SRH-Kliniken, die Malteser, die Johanniter GmbH und das Unfallkrankenhaus Berlin haben sich zur Qualitätssicherung mit Routinedaten zusammengeschlossen. Kooperationspartner zur externen Begleitung von Peer Reviews ist die Ärztekammer Berlin. Als wissenschaftlicher Initiator ist Peter Scriba mit von der Partie. Ziel sei ein transparentes Qualitätsmanagement und der Wille zu einer offenen Fehlerkultur in der Medizin im „Club der Mutigen“, so Francesco De Meo (Helios). Die Mitglieder verpflichten sich, spätestens 2009 ihre Qualitätsdaten, die aus Routinedaten gewonnen werden, zu veröffentlichen. Die Träger- und Krankenhausgruppen übergreifende Initiative wird in einem Verein organisiert, der seine Fördermittel für die IQM und die wissenschaftliche Begleitung aus einer gemeinnützigen Stiftung erhält, die zunächst mit 1 Mio. € ausgestattet wird. Sie seien alle von dem Thema Qualität beseelt (De Meo). |
| 12. Sep. 2008 | Investitionsfinanzierung | Staatssekretärsrunde auf Bund-Länder-Ebene | Bund und Länder nähern sich beim noch verbliebenen Hauptstreitpunkt Investitionsfinanzierung an. Das BMG legt einen Kompromissvorschlag zu seinem Konzept der Investitionspauschalen vor. Auf Vorschlag des Landes Hessen soll den Ländern der Übergang zum neuen System freigestellt werden. |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|---|--|--|
| 10. Sep. 2008 | Pflege | Erster Pflegegipfel im BMG – Umsetzung Sonderprogramm Pflege im Rahmen KHRG | <p>Auf einer Pressekonferenz im direkten Anschluss an den Pflegegipfel präsentiert Ulla Schmidt die Ergebnisse:</p> <p>In der Ausgestaltung des Sonderprogramms Pflege bestehe noch Diskussionsbedarf. Deshalb werde man eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe einrichten, die Vorschläge für das laufende Gesetzgebungsverfahren erarbeiten solle. Sie sei froh, dass der GKV-Spitzenverband in der Arbeitsgruppe mit dabei sei.</p> <p>Zwei weitere Arbeitsgruppen sollen sich mit mittel- und langfristigen Themenstellungen beschäftigen. Im März kommenden Jahres werde man zu einem weiteren Pflegegipfel zusammenkommen.</p> |
| 3. Sep. 2008 | Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik | Gesundheitsausschuss Bundesrat – Entschließungsantrag der Bundesländer zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser | Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates leitet dem Bundesratsplenum einen Entschließungsantrag zu. Mit der Entschließung soll die Bundesregierung aufgefordert werden, den Sanierungsbeitrag aufzuheben und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, die steigenden Kosten insbesondere aufgrund der jüngsten Tarifabschlüsse zu refinanzieren. |
| 22. Aug. 2008 | Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflege | BMG leitet Verbändeanhörung mit leicht modifiziertem Referentenentwurf KHRG ein. | <p>Das BMG durchbricht die Handlungsblockade in der Krankenhausgesetzgebung: Mit Zustimmung des Kanzleramts geht ein nur leicht modifizierter Referentenentwurf in das formelle Anhörungsverfahren mit Verbänden und Bundesländern (Fachebene).</p> <p>Die Gründe für die Freigabe des Verfahrens durch das Bundeskanzleramt liegen weitgehend im Dunkeln.</p> <p>Möglicherweise „wirkt“ die Großdemonstration des Aktionsbündnisses „Rettung der Krankenhäuser“, die am 25.9. vor dem Brandenburger Tor stattfinden soll.</p> |
| 20. Aug. 2008 | Qualitätssicherung | BQS veröffentlicht Qualitätsreport 2007. | <p>Aus der Pressemitteilung des GBA:</p> <p>„Auf 208 Seiten werden in dem Bericht die interessantesten Ergebnisse für 100 der 194 Qualitätsindikatoren aus 26 Bereichen des Krankenhauses dargestellt. Sie basieren auf fast 3,6 Millionen Datensätzen von mehr als 1 600 Krankenhäusern. Die BQS erhebt und analysiert die Informationen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung im Auftrag des G-BA.“</p> |
| 11. Aug. 2008 | Investitionsfinanzierung | Neuer Anlauf des BMG für ein Ländergespräch zum Referentenentwurf KHRG | <p>Nach dem gescheiterten Versuch der GMK-Vorsitzenden Gitta Trauernicht, die unionsregierten Länder zu einem gemeinsamen Ländergespräch über den Referentenentwurf des BMG für ein Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) zu bewegen, startet das BMG mit Klaus Theo Schröder – gegen den Willen des Kanzleramts – eine neue Initiative für eine Verhandlungsrunde auf Ministerebene.</p> <p>Mit dem Entwurf werde, so Schröder, doch weitgehend den Vorstellungen der GMK von Plön Rechnung getragen. Der Entwurf stelle allerdings die Weichen für eine in vielen Ländern bereits praktizierte oder andiskutierte Pauschalierung der Investitionsfinanzierung.</p> |

| Termin | Leitbegriff | Vorgang | Legende |
|---------------|--------------------------|--|---|
| 11. Aug. 2008 | Investitionsfinanzierung | Neuer Anlauf des BMG für ein Ländergespräch zum Referentenentwurf KHRG | <p>Wichtige Bundesländer lehnen postwendend – mit Rückendeckung des Kanzleramts – den Termin am 5.9. ab. Sie bestehen auf ihrer Position, dass zuerst ein regierungsseitig abgestimmter Gesetzentwurf vorliegen müsse.</p> <p>Ob ein solcher Gesetzentwurf dem Beschluss von Plön Rechnung trage, sollte – so Baden-Württembergs Sozialministerin Monika Stolz – im Rahmen des Bundesratsverfahrens geprüft werden.</p> |

This page intentionally left blank

Teil IV

Daten und Analysen

(Kapitel 17–22)

This page intentionally left blank

17 Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz

Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Die Budgetentwicklung bundesdeutscher DRG-Krankenhäuser ist zum Ende der Konvergenzphase deutlich positiver als in den Vorjahren. Basierend auf den Vereinbarungen von 1 461 Krankenhäusern ist für 2008 ein Budgetanstieg von mehr als 5 % gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Dies entspricht allein für die untersuchten Einrichtungen einer Budgeterhöhung um fast 2,2 Mrd. € in einem Jahr, in dem die Diskussion über die finanzielle Situation der Krankenhäuser zu einer zusätzlichen und deutlichen Besserstellung durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ab 2009 führte. Ein Großteil dieses Budgetanstiegs geht auf die Vereinbarung von Leistungssteigerungen zurück, die sich im Zeitraum 2006 bis 2008 weiterhin außerordentlich dynamisch entwickelt.

Unterdessen hat sich in den drei hier betrachteten Jahren die Konvergenz der hausindividuellen Preise fortgesetzt. Die Spannweite bezüglich der Abweichungen vom LBFW hat sich erneut deutlich verringert. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass sich einzelne Häuser vom LBFW entfernen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt.

By the end of the convergence phase, the budget development of German DRG hospitals is significantly more positive than in previous years. Based on agreements of 1 461 hospitals with the health care funds, budgets increased by more than 5 % compared with the previous year. For the investigated hospitals alone, this corresponds to a budget increase of almost € 2.2 billion in the same year the discussion about the financial situation of hospitals lead to an additional and significant improvement of their position from 2009 due to the Hospital Financing Reform Act. The greater part of the budget increase is based on agreements of increased volumes of benefits, which have developed extremely dynamically in the period 2006 to 2008.

Meanwhile, during the three years analysed in this article, the convergence of prices of individual hospitals continued. The range of the deviations from the base rates of the federal states (LBFW) has again significantly decreased – despite the fact that individual houses move away from the LBFW and 20 percent oscillate between the winner and loser status.

17.1 Einführung

Die Einführung der G-DRGs sah eine schrittweise Anpassung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf ein einheitliches Niveau vor. Dazu wurde jährlich ab 2005 auf Ebene der Bundesländer ein Orientierungswert vereinbart, der sogenannte Landesbasisfallwert (LBFW). Basisfallwerte stellen den Preis für eine Bewertungsrelation dar. Die Bewertungsrelationen werden für jede einzelne Leistung in den G-DRG-Katalogen jährlich neu kalkuliert und sind ein Ausdruck für die spezifische Fallschwere der entsprechenden Leistung. In der Konvergenzphase von 2005 bis 2009 wurden die Krankenhausbudgets unter Verwendung des jeweiligen LBFW schrittweise angepasst. Diese Budgetanpassungen führten zu einer erwünschten Harmonisierung der Preisniveaus in den Bundesländern. Ziel war es, dass bis 2009 alle erbrachten Leistungen mit dem LBFW pro Bewertungsrelation vergütet werden sollten. Diejenigen Häuser, die bislang unterdurchschnittliche Basisfallwerte pro Bewertungsrelation abgerechnet hatten, erhielten schrittweise eine höhere Vergütung, bei den überdurchschnittlich teuren Häusern war es umgekehrt.

Insgesamt sollten die Budgetverluste bei den ursprünglich teureren Häusern ein Spiegelbild der hinzugewonnenen bei den wirtschaftlicheren Häusern darstellen, mit der Einschränkung, dass im Zuge einer sogenannten Obergrenzenregelung Krankenhäuser vor einer allzu großen Reduktion ihrer Budgets in der Konvergenzphase geschont werden sollten. Ein Haus konnte maximal einen (jährlich ansteigenden) bestimmten Anteil seines Budgets verlieren. Insofern war es möglich, dass diese Krankenhäuser, obschon auch sie sich dem LBFW annäherten, dauerhaft oberhalb dieses Zielwertes verblieben (Abbildung 17–1). Eine spiegelbildliche Kürzungsregel für Häuser mit Budgetgewinnen existierte nicht.¹

Bereits in zwei vorangegangenen Beiträgen² wurde dargelegt, dass dieser Konvergenzprozess nicht in der idealtypischen Form verläuft, die Abbildung 17–1 suggeriert. Diese unterstellt ja, dass sich alle Häuser entweder von oben oder von unten an den LBFW annähern. Tatsächlich ließ sich feststellen, dass ein erklecklicher Anteil der Häuser vom Verlierer- in den Gewinnerstatus wechselte oder umgekehrt, also im Laufe der Entwicklung die gedachte Linie des LBFW überschritt. Dennoch konnte konstatiert werden, dass sich die Bandbreite der hausindividuellen Basisfallwerte im Zeitverlauf verringert hat; in diesem Sinne ließ sich also tatsächlich eine Konvergenz ausmachen.

Das Jahr 2009 war ursprünglich als Ende der Konvergenz vorgesehen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde die Konvergenz um ein weiteres Jahr verlängert. Denn in den Jahren 2005 bis 2008 hatten sich die tatsächlich vereinbarten Preisniveaus auf Hausebene im Mittel von den LBFW entfernt – der sogenannte Divergenzeffekt.³ Mit Wechsel nach 2009 resultierte daraus bundesweit ein deutlicher Sprung des Vergütungsniveaus nach oben (siehe Abschnitt 17.4). Daher sieht das KHRG die Aufteilung dieses Preissprungs auf zwei Jahre vor.

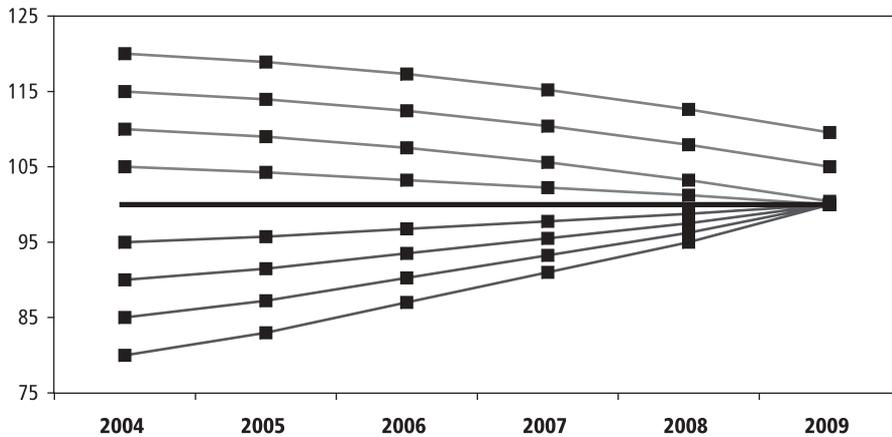
1 Eine ausführlichere Darstellung des Konvergenzmechanismus findet sich im Krankenhaus-Report 2007 (Friedrich et al. 2008); S. 259–61.

2 Friedrich et al. 2008; Leclerque und Friedrich 2009

3 vgl. Klauber und Friedrich 2008

Abbildung 17-1

Idealtypische Darstellung der Konvergenz von Basisfallwerten gegen den LBFW, indiziert auf 2004



Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Der vorliegende Beitrag basiert auf den Vereinbarungs-AEBs⁴ der Jahre 2006 bis einschließlich 2008 für jene Häuser, bei denen für alle drei Jahre Daten vorlagen und die als eigenständige Einrichtungen am Markt tätig waren, also beispielsweise nicht im Rahmen einer Fusion in einem anderen Krankenhaus aufgegangen sind. Basierend auf diesen Kriterien konnten Daten für 1 461 Krankenhäuser verwendet werden; dies entspricht etwa 91 % derjenigen Häuser, die im Jahr 2008 DRGs ab-rechneten.

17.2 Auswirkung der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

17

17.2.1 Gewinner und Verlierer

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, basiert der Konvergenzprozess auf dem Gedanken, dass Krankenhäuser mit einer Vergütung unterhalb des LBFW im Zuge des Angleichungsprozesses Budget hinzugewinnen, während die übrigen Häuser Budgetteile abgeben müssen. Über die Jahre hinweg hat der Anteil der Gewinnerhäuser zugenommen. 2008 waren rund zwei Drittel der Krankenhäuser auf der Gewinner-, ein Drittel auf der Verliererseite.

Im Rahmen der Umverteilung flossen 2008 701,0 Mio. € an die Gewinner; die Budgetreduktionen bei den Verliererhäusern machten hingegen nur 150,3 Mio. €

4 AEB steht für „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“.

Tabelle 17–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte in 2006 bis 2008

| | Gewinner | Verlierer | davon: geschont |
|--|----------|-----------|--------------------|
| Anteile der Krankenhäuser (in %) | | | |
| 2006 | 60,2 | 39,8 | 40,2 |
| 2007 | 64,8 | 35,2 | 34,2 |
| 2008 | 67,3 | 32,7 | 32,0 |
| Budgetanpassung (in Mio. €) | | | Schonbetrag |
| 2006 | 326,8 | –185,8 | 78,7 |
| 2007 | 448,1 | –176,0 | 54,9 |
| 2008 | 701,0 | –150,3 | 52,5 |
| Bereinigt um den Effekt aus vereinbarten Leistungsveränderungen | | | |
| 2006 | 230,6 | –236,4 | |
| 2007 | 303,8 | –218,9 | |
| 2008 | 485,6 | –192,1 | |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

aus. Damit flossen allein im Jahr 2008 550,7 Mio. € zusätzlich in den Krankenhaussektor (Tabelle 17–1). Ein großer Teil davon lässt sich über die vereinbarte Leistungsmehrung in der jeweiligen Periode erklären. Die Konvergenzmechanik sieht vor, dass im Rahmen der Budgetumverteilung Beträge aus vereinbarten Leistungsveränderungen anteilig fließen (vgl. Fußnote 9). Bereinigt um diesen Effekt weisen die Gewinner 2008 einen Mittelzufluss i. H. v. 485,6 Mio. € auf, der sich nicht auf die konkret vereinbarten Leistungsveränderungen in diesem Jahr zurückführen lässt. Für die Verlierer resultierte eine entsprechende Budgetanpassung um –192,1 Mio. €. In der Summe ist eine Budgeterhöhung von 293,5 Mio. € im Jahr 2008 festzustellen, dieser Betrag ist im Verlauf der Konvergenz stetig gestiegen und geht auch auf den Divergenzeffekt zurück, der im Abschnitt 17.4 näher erläutert wird.

Bei einem guten Drittel der Verliererhäuser wurde nicht die gesamte, sich rechnerisch ergebende Budgetanpassung wirksam. Grund hierfür war die bereits erwähnte Obergrenzenregelung, nach der ein Krankenhaus maximal einen bestimmten, gesetzlich festgelegten Anteil seines Budgets abgeben muss.

Die Höhe dieses Maximalanteils nimmt von Jahr zu Jahr zu. Aus diesem Grunde sinkt der Anteil der geschonten Häuser über die drei betrachteten Jahre hinweg von knapp 40% auf 32%; ebenso geht der Schonbetrag, also jener Betrag, welcher rechnerisch fällig geworden wäre, den die Häuser aber aufgrund der Obergrenzenregelung nicht abgeben mussten, von 78,7 Mio. € auf 52,5 Mio. € zurück.

17.2.2 Abstand zum LBFW

Die Dynamik im Laufe des Konvergenzprozesses wird im Folgenden anhand von zehn Vergleichsgruppen dargestellt. Dafür werden, basierend auf dem Jahr 2006, zunächst Gewinner- und Verliererhäuser voneinander unterschieden. Anschließend werden diese beiden Gruppen jeweils in Quintile unterteilt; als Kriterium dient hierbei die Abweichung des jeweiligen Hauses vom LBFW, das heißt, wie hoch der

Tabelle 17-2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

| Gruppe | 2006 | | | Weiterentwicklung 2006 bis 2008 | | |
|------------------|-------------|-----------------------|---|--|-------------|-----------------------------|
| | Anzahl KH | durchschn. Bettenzahl | Grenzen der Positionierung ggü. LBFW 2006 | davon: Statuswechsler von 2006 nach 2008 | | Annäherung an den LBFW 2008 |
| | | | | absolut | in % | |
| V5 | 116 | 254 | -11,4% | 7 | 6,0 | 81,9% |
| V4 | 116 | 368 | -6,5% | 23 | 19,8 | 87,9% |
| V3 | 116 | 342 | -3,7% | 41 | 35,3 | 82,8% |
| V2 | 116 | 425 | -1,4% | 51 | 44,0 | 54,3% |
| V1 | 116 | 419 | 0,0% | 74 | 63,8 | 22,4% |
| G1 | 176 | 326 | 0,0% | 46 | 26,1 | 19,9% |
| G2 | 176 | 316 | 2,3% | 23 | 13,1 | 50,0% |
| G3 | 176 | 302 | 5,1% | 14 | 8,0 | 74,4% |
| G4 | 176 | 264 | 8,7% | 2 | 1,1 | 89,2% |
| G5 | 177 | 163 | 14,4% | 5 | 2,8 | 94,4% |
| Verlierer | 580 | 361 | - | 196 | 33,8 | 65,9% |
| Gewinner | 881 | 274 | - | 90 | 10,2 | 65,6% |
| Gesamt | 1461 | 318 | - | 286 | 19,6 | 65,7% |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Anteil am eigenen Budget gewesen wäre, den das Krankenhaus bei einer sofortigen Umstellung der Vergütung auf den LBFW (der sogenannten „Spontankonvergenz“) hinzugewonnen oder verloren hätte.⁵ Dieser Wert drückt unter Berücksichtigung aller an der Konvergenz beteiligten 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.⁶ Bezeichnet werden diese Gruppen mit „V“ für Verlierer beziehungsweise „G“ für Gewinner und einer Kennzahl von eins bis fünf, je nachdem wie groß der (relative) Abstand vom LBFW ist. „5“ markiert den größten Abstand.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Gruppe V5, also diejenigen Verlierer mit dem größten Abstand zum LBFW, mindestens 11,4% ihres Budgets bei Spontankonvergenz hätten abgeben müssen. Umgekehrt hätten die deutlichsten Gewinner, die Gruppe G5, mindestens 14,4% an Budget hinzugewonnen. Hingegen bewegt sich die Gruppe G1 in einem Korridor zwischen 0,0% und 2,3% Abweichung vom LBFW; die Verlierergruppe V1 liegt sogar noch näher am Referenzwert mit einer maximalen Abweichung vom LBFW von lediglich 1,4%. Tendenziell sind die Gewinnerhäuser, gemessen an der Bettenzahl, kleiner als die Verlierer (Tabelle 17-2).

5 Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“ / B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“.

6 An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

17.2.3 Annäherung an den LBFW

Gemessen daran, dass das in Abbildung 17–1 gezeichnete Idealbild der Konvergenz lediglich eine Annäherung an den LBFW zulässt, sei es von oben oder von unten, ist es überraschend, dass nur für circa zwei Drittel der Häuser im Verlauf der drei Jahre von 2006 bis 2008 überhaupt eine Bewegung in Richtung auf den LBFW konstatiert werden kann. Etwas mehr als ein Drittel der Häuser hat sich hingegen vom LBFW entfernt. Dabei besteht interessanterweise kein Unterschied zwischen der Gewinner- und der Verliererseite.

Die Neigung, sich vom LBFW zu entfernen, ist umso größer, je näher die Häuser ursprünglich bereits am Gravitationspunkt waren. Bei der Gruppe V1 hat sich weniger als ein Viertel, bei der Gruppe G1 sogar nur knapp ein Fünftel der Häuser in die richtige Richtung entwickelt. Dies mag freilich auch damit zusammenhängen, dass Krankenhäuser bei der Konvergenz quasi über das Ziel hinausschießen, indem sie von Gewinnern zu Verlierern werden und sich dabei – gewissermaßen auf der anderen Seite – weiter vom LBFW entfernen. Tatsächlich lässt sich feststellen, dass circa 20% der Häuser ihren Status wechseln, also von Verlierern zu Gewinnern werden oder umgekehrt. Naturgemäß ist der Anteil der Statuswechsler in den mittleren Gruppen G1 und V1 besonders hoch, doch gab es durchaus auch solche Häuser, die sich von starken Gewinnern in Verlierer verwandelten oder von deutlichen Verlierern in Gewinner.

Ruft man sich das Idealbild der Konvergenz vor Augen, so muss es verwundern, dass fast ein Fünftel der betrachteten Krankenhäuser einen solchen Statuswechsel vollzieht.

17.3 Allgemeine Budgetentwicklung

17.3.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

17

Das Gesamtbudget eines Krankenhauses setzt sich aus einer Vielzahl von Teilbudgets zusammen, von denen nicht alle Teil der Vereinbarung nach den vorliegenden Formularen der AEB sind. Hierbei seien beispielhaft Ausbildung, Zentren und Schwerpunkte oder auch psychiatrische Fachabteilungen genannt, die ja nicht über DRGs vergütet werden. Im Folgenden werden die Budgets aus den Komponenten DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte betrachtet. Damit ist der weitest- aus größte Teil der Gesamtbudgets erfasst. Sonstige Entgelte sind Entgelte, für die keine bundesweit vereinbarten Bewertungsrelationen oder Preise existieren. Zusatzentgelten hingegen können ergänzend zu DRGs in Abrechnung gebracht werden.

Die betrachteten Budgets sind 2007 gegenüber dem Vorjahr um 2,9% angestiegen. 2008 lag der Anstieg bei 5,1%. Für den hier betrachteten Zwei-Jahres-Zeitraum bedeutet dies ein Anwachsen der Budgets um 8,1%. Dies kommt für die betrachtete Teilmenge aller deutschen Krankenhäuser einem Budgetzuwachs in Höhe von 3 462 Mio. € gleich. Dabei haben alle Gruppen Budgetzuwächse erfahren. Im Sinne der Konvergenz fielen die Zuwächse bei den Gewinnern höher aus als bei den

Tabelle 17-3

Budgets für die Vergütung nach DRG, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach Konvergenzverlierern und -gewinnern (V5 bis G5)

| Gruppe | absolut (in Mio. €) | | | Veränderung (in %) | | |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------|--------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2007 zu 2006 | 2008 zu 2007 | 2008 zu 2006 |
| V5 | 2 570,4 | 2 572,5 | 2 606,6 | 0,1 | 1,3 | 1,4 |
| V4 | 4 846,6 | 4 906,4 | 5 032,6 | 1,2 | 2,6 | 3,8 |
| V3 | 3 847,6 | 3 917,3 | 4 073,3 | 1,8 | 4,0 | 5,9 |
| V2 | 5 033,2 | 5 156,6 | 5 409,6 | 2,5 | 4,9 | 7,5 |
| V1 | 5 218,3 | 5 318,6 | 5 588,4 | 1,9 | 5,1 | 7,1 |
| G1 | 5 303,6 | 5 471,7 | 5 740,1 | 3,2 | 4,9 | 8,2 |
| G2 | 5 070,7 | 5 242,9 | 5 534,4 | 3,4 | 5,6 | 9,1 |
| G3 | 4 638,3 | 4 804,3 | 5 129,4 | 3,6 | 6,8 | 10,6 |
| G4 | 4 008,3 | 4 197,9 | 4 495,7 | 4,7 | 7,1 | 12,2 |
| G5 | 2 263,9 | 2 444,9 | 2 653,0 | 8,0 | 8,5 | 17,2 |
| Verlierer | 21 516,1 | 21 871,3 | 22 710,4 | 1,7 | 3,8 | 5,6 |
| Gewinner | 21 284,8 | 22 161,8 | 23 552,7 | 4,1 | 6,3 | 10,7 |
| gesamt | 42 800,9 | 44 033,1 | 46 263,1 | 2,9 | 5,1 | 8,1 |

Krankenhaus-Report 2010

WldO

Verlierern und sind erwartungsgemäß umso höher, je weiter die entsprechende Gruppe vom LBFW entfernt lag. Zwischen 2006 und 2007 sind die Budgets der Gewinnergruppen um 2 268 Mio. € gewachsen. Dies entspricht einem Plus von 10,7%. Bei den Verlierern hatten umgekehrt die weit vom LBFW entfernt liegenden Krankenhäuser vergleichsweise geringe Budgetzuwächse zu verzeichnen. Insgesamt betrug der Budgetanstieg der Verliererhäuser 1 194 Mio € oder 5,6% (Tabelle 17-3).

Dass die Konvergenzverlierer überhaupt Budgetzuwächse aufwiesen, ist zum einen der allgemeinen Budgetentwicklung geschuldet. Neben der allgemeinen Entwicklung des Orientierungswerts LBFW⁷ resultieren sie z. B. aus der TVöD-Berichtigungsrate, der TVöD-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.⁸

7 „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. 2007)

8 Geregelt in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntG 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%, 2007 bei 0,40% und für 2008 bei 0,64%.

Zum anderen spielen in diesem Zusammenhang die Vereinbarung von Leistungsveränderungen eine wichtige Rolle, die in den betrachteten Jahren durchgängig positiv waren. Sowohl Gewinner- als auch Verliererhäuser tendieren dazu, mehr Leistungen zu vereinbaren als im Jahr zuvor. So lässt sich im Jahr 2008 bei mehr als 70 % der Krankenhäuser ein Anstieg der vereinbarten Leistung feststellen. Hingegen vereinbarten immer weniger Häuser geringere Leistungen als im Vorjahr; 2008 waren dies nur noch etwa 15 %.

Das Volumen der vereinbarten Mehrleistungen ist in den Jahren 2006 bis 2008 durchgängig gestiegen. Wurden für die betrachtete Teilmenge der bundesdeutschen Krankenhäuser im Jahr 2006 noch 480 Mio € für Mehrleistungen vereinbart, waren es 2008 bereits 1 286 Mio €. Letzterer Wert entspricht bezogen auf das Gesamtbudget 2007 einer Budgeterhöhung von +3,0 % allein aus Mehrleistungen. Der Anstieg der Eurobeträge für die vereinbarten 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 33 % im Jahr 2005 über 50 % im Jahr 2006 und 65 % im Jahr 2007 auf 80 % im Jahr 2008 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts an⁹, was wiederum den Anreiz für Krankenhäuser stetig erhöht, Mehrleistungen zu vereinbaren (Tabelle 17–4).

Im Ergebnis führen vereinbarte Mehrleistungen zu sinkenden hausindividuellen Basisfallwerten. Dies ist auch sachlogisch, weil im Zuge von Mengenausweitungen die Kosten für die Krankenhäuser nicht proportional steigen, sondern lediglich in Höhe der variablen Kosten. Gemeinhin geht man im Krankenhausbereich von 35 % variablen Kosten aus. Der sinkende Basisfallwert ist somit lediglich ein Ausdruck für den mengenbedingten Rückgang der Stückkosten.¹⁰

Vereinbarte Leistungsveränderungen erklären damit nicht nur Budgetveränderungen im Zeitverlauf, sondern haben auch einen starken Einfluss auf die Konvergenz, da sie den BFW beeinflussen. Vereinbarte Mehrleistungen bei Konvergenzgewinnern wirken der Konvergenz entgegen, während sie bei Verlierern zu einer zusätzlichen Annäherung an den LBFW führen. Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs hat genau die entgegengesetzte Wirkung.

9 Mehrleistungen gehen in das Leistungsgestütze zu 100 % ein, während das Krankenhausbudget vor Konvergenz nur anteilig erhöht wird. Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 Bewertungsrelationen (BR), so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 34,7\%$ (2006). Im Rahmen der Konvergenz gegen den LBFW erfolgt die Restfinanzierung, sodass am Ende die Mehrleistungen 2006 zu 50 % Eingang finden. Dieses Beispiel beschränkt sich hier 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. So erklärt es sich auch, dass der Saldo der Umverteilungsbeträge zwischen Gewinnern und Verlierern in Phasen von Mehrleistungsvereinbarungen positiv ist (s. o.).

10 vgl. Leber/Wolff S. 92ff.

Tabelle 17-4

Vereinbarte Leistungsveränderungen 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile

| Gruppe | Vereinbarte Leistungs- veränderung (inkl. Konvergenzanteil) | | | Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungs- veränderung | | | Anteil der Krankenhäuser mit negativer Leistungs- veränderung | | |
|------------------|---|--------------|---------------|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| | absolut (in Mio. €) | | | (in %) | | | (in %) | | |
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 |
| V5 | -4,0 | 39,6 | 78,5 | 32,8 | 56,9 | 60,3 | 40,5 | 25,9 | 23,3 |
| V4 | 32,9 | 99,0 | 131,4 | 49,1 | 65,5 | 68,1 | 29,3 | 22,4 | 18,1 |
| V3 | 38,5 | 71,1 | 127,1 | 62,1 | 63,8 | 72,4 | 17,2 | 17,2 | 16,4 |
| V2 | 72,7 | 103,8 | 132,6 | 51,7 | 67,2 | 78,4 | 24,1 | 19,8 | 16,4 |
| V1 | 24,4 | 73,8 | 177,9 | 50,9 | 61,2 | 76,7 | 22,4 | 21,6 | 14,7 |
| G1 | 73,3 | 101,1 | 140,1 | 62,5 | 71,0 | 74,4 | 16,5 | 13,1 | 13,1 |
| G2 | 68,6 | 106,9 | 171,0 | 62,5 | 72,7 | 79,0 | 10,8 | 10,8 | 9,7 |
| G3 | 59,9 | 73,1 | 143,5 | 58,5 | 64,2 | 72,2 | 15,9 | 13,1 | 11,9 |
| G4 | 66,0 | 67,2 | 124,3 | 64,2 | 71,0 | 78,4 | 10,2 | 13,1 | 9,7 |
| G5 | 47,7 | 44,9 | 59,6 | 49,7 | 55,4 | 54,8 | 18,1 | 18,1 | 23,2 |
| Verlierer | 164,6 | 387,3 | 647,5 | 49,3 | 62,9 | 71,2 | 26,7 | 21,4 | 17,8 |
| Gewinner | 315,5 | 393,1 | 638,5 | 59,5 | 66,9 | 71,7 | 14,3 | 13,6 | 13,5 |
| gesamt | 480,0 | 780,5 | 1286,0 | 55,4 | 65,3 | 71,5 | 19,2 | 16,7 | 15,2 |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

17.3.2 Budgetverteilung

Bei der Betrachtung der Budgets aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten machen DRGs den überwiegenden Teil des Budgets aus. Betrachtet man die DRGs gemeinsam mit den Entgelten für Jahresüberlieger, die ja ebenfalls nach DRGs – allerdings nach denjenigen des Vorjahres – vergütet werden, so hat man bereits zwischen 94% und 97% des gesamten Budgets erklärt. Aufgrund der Ausweitung der Kataloge für Zusatzentgelte ist deren Budgetanteil im Zeitverlauf von 2,0% auf 2,4% gestiegen. Der Anteil der sonstigen Entgelte ist im Zeitverlauf nahezu konstant geblieben, in der Folge gehen die Anteile für DRGs leicht zurück (Tabelle 17-5).

Tabelle 17-6 wählt einen etwas anderen Blickwinkel auf die Budgets: Statt der Entgeltart wird hier die Budgetstruktur nach Teilnahme an der Konvergenz betrachtet. Auch hier zeigt sich deutlich die Dominanz der gegen den LBFW konvergierenden DRGs und Überliegerentgelte. Aufschlussreich ist aber auch hier wieder die Unterscheidung der oben gebildeten Gruppen. Der stärkere Rückgriff der Verliererhäuser auf Zusatzentgelte zeigt sich ebenso bei der vergleichsweise höheren Bedeutung der gegen einen bundesweiten Preis konvergierenden Budgetbestandteile, wengleich der jeweilige Anteil am Gesamtbudget mit knapp 2% (bei den Verlierern) beziehungsweise etwa 1% (bei den Gewinnern) sehr gering bleibt.

Aufschlussreich ist auch jener Bereich, für den hausindividuelle Preise vereinbart werden, bei dem also gar keine Konvergenz wirkt. Bei den Gewinnern machen

die hausindividuellen Preise – gemessen an ihrem Anteil am Budget – nur etwas über 2% aus. Bei den Verliererhäusern liegt der entsprechende Anteil bei etwa 4%; besonders ausgeprägt ist er bei den stärksten Verlierern, der Gruppe V5, in einer Größenordnung zwischen 6,5% und 6,8%.

Tabelle 17-5

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

| Gruppe | DRG | | | Jahresüberlieger | | | Sonstige Entgelte | | | Zusatzentgelte | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|----------------|------------|------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 |
| V5 | 90,6 | 90,6 | 90,2 | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 5,5 | 5,2 | 5,4 | 2,5 | 2,8 | 2,9 |
| V4 | 91,4 | 90,7 | 90,5 | 2,7 | 2,8 | 2,7 | 3,1 | 3,3 | 3,3 | 2,8 | 3,1 | 3,5 |
| V3 | 93,7 | 93,4 | 92,8 | 2,2 | 2,2 | 2,4 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 2,4 | 2,6 | 2,9 |
| V2 | 93,2 | 92,8 | 92,6 | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 2,1 | 2,1 | 2,0 | 2,9 | 3,2 | 3,4 |
| V1 | 92,1 | 92,5 | 91,9 | 2,1 | 2,0 | 2,3 | 2,9 | 2,3 | 2,3 | 2,9 | 3,2 | 3,6 |
| G1 | 94,7 | 94,7 | 94,4 | 2,1 | 2,0 | 2,2 | 1,7 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,7 | 1,8 |
| G2 | 94,9 | 94,8 | 94,6 | 2,1 | 2,0 | 2,1 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,3 | 1,4 | 1,6 |
| G3 | 94,5 | 94,6 | 94,4 | 2,2 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 1,1 | 1,2 | 1,3 |
| G4 | 95,8 | 95,6 | 95,4 | 2,0 | 1,9 | 2,1 | 1,3 | 1,4 | 1,3 | 0,9 | 1,0 | 1,1 |
| G5 | 94,9 | 94,8 | 94,4 | 1,6 | 1,6 | 1,7 | 2,6 | 2,6 | 2,9 | 1,0 | 1,0 | 1,1 |
| Verlierer | 92,3 | 92,1 | 91,7 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 2,9 | 2,7 | 2,7 | 2,7 | 3,0 | 3,3 |
| Gewinner | 94,9 | 94,9 | 94,7 | 2,0 | 2,0 | 2,1 | 1,9 | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 1,3 | 1,4 |
| gesamt | 93,6 | 93,5 | 93,2 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 2,4 | 2,3 | 2,3 | 2,0 | 2,2 | 2,4 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 17-6

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile 2005 bis 2007 (in %)

| Gruppe | Konvergenz gegen LBFW | | | Konvergenz gegen bundesweiten Preis | | | keine Konvergenz: hausindividuelle Preise | | |
|------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------------------------------|------------|------------|---|------------|------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 |
| V5 | 92,0 | 92,1 | 91,7 | 1,3 | 1,5 | 1,6 | 6,7 | 6,5 | 6,8 |
| V4 | 94,1 | 93,5 | 93,2 | 1,6 | 1,9 | 2,2 | 4,3 | 4,6 | 4,6 |
| V3 | 95,9 | 95,6 | 95,2 | 1,4 | 1,6 | 1,9 | 2,7 | 2,9 | 2,9 |
| V2 | 95,0 | 94,7 | 94,6 | 1,7 | 2,0 | 2,1 | 3,3 | 3,3 | 3,2 |
| V1 | 94,2 | 94,5 | 94,2 | 1,7 | 2,0 | 2,2 | 4,1 | 3,5 | 3,6 |
| G1 | 96,7 | 96,7 | 96,6 | 1,1 | 1,2 | 1,3 | 2,2 | 2,1 | 2,1 |
| G2 | 97,0 | 96,8 | 96,7 | 0,7 | 0,9 | 1,0 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| G3 | 96,7 | 96,7 | 96,6 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 2,6 | 2,5 | 2,5 |
| G4 | 97,8 | 97,5 | 97,5 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 1,6 | 1,7 | 1,7 |
| G5 | 96,4 | 96,4 | 96,1 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 3,0 | 3,1 | 3,3 |
| Verlierer | 94,4 | 94,2 | 94,0 | 1,6 | 1,8 | 2,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| Gewinner | 96,9 | 96,9 | 96,8 | 0,8 | 0,9 | 1,0 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| gesamt | 95,7 | 95,5 | 95,4 | 1,2 | 1,3 | 1,5 | 3,1 | 3,1 | 3,1 |

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

17.3.3 Ausgleiche für Vorjahre

Im Rahmen der Budgetverhandlungen werden auch die Ausgleiche zur Korrektur von Budgetüber- und -unterschreitungen der vorangegangenen Jahre vereinbart. Mindererlöse werden grundsätzlich zu 20 % ausgeglichen und Mehrerlöse zu 65 %. Allerdings weichen die anzuwendenden Ausgleichssätze für bestimmte Konstellationen ab: So sind zum Beispiel Mehrerlöse aufgrund geänderter Codierung immer zu 100 % an die Kostenträger zurückzuführen, da dieser Erlösausweitung gar keine reale Leistungsveränderung zugrunde liegt. Für besonders sachkostenintensive Leistungen wie Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte verbleibt im Falle von Mehrleistungen ein größerer Anteil im Krankenhaus – hier sind nur 25 % zurückzuzahlen. Im Umkehrschluss erfolgt aber auch kein Ausgleich für Mindererlöse.

Insgesamt belaufen sich die (im Saldo negativen) Ausgleiche auf ein Volumen von –829 Mio. €. Bei den Verliererhäusern werden –525,7 Mio. € fällig, wohingegen bei den Gewinnern in der Summe negative Ausgleiche von –303,3 Mio. € in Anrechnung zu bringen sind. Diese Beträge weisen zunächst auf einen zunehmenden Umfang an Budgetüberschreitungen in den jeweiligen Vorjahren hin. Unter vereinfachter Verwendung des allgemeinen Ausgleichssatzes für Mehrleistungen i. H. v. 65% würden allein die –829,0 Mio. € vereinbarten Ausgleiche im Jahr 2008 auf 1 275,4 Mio. € Budgetüberschreitung in den Vorjahren hindeuten (Tabelle 17–7).

Nicht nur die Summen für vereinbarte Ausgleiche, auch die Zahl der Krankenhäuser mit Budgetüberschreitungen ist kontinuierlich gestiegen. Dieser Anstieg ist insbesondere bei den Verliererhäusern ausgeprägt, allerdings ausgehend von einem

Tabelle 17–7

Ausgleiche 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile

| Gruppe | Ausgleiche | | | Anteil der Krankenhäuser mit im Saldo positiven Ausgleichen | | | Anteil der Krankenhäuser mit im Saldo negativen Ausgleichen | | |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| | absolut (in Tsd. €) | | | (in %) | | | (in %) | | |
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 |
| V5 | 6 986 | –52 248 | –67 815 | 70,7 | 52,6 | 37,1 | 25,0 | 45,7 | 59,5 |
| V4 | –53 406 | –128 069 | –149 183 | 62,1 | 44,0 | 25,0 | 36,2 | 54,3 | 71,6 |
| V3 | –50 213 | –84 034 | –96 016 | 48,3 | 38,8 | 31,0 | 45,7 | 55,2 | 64,7 |
| V2 | 2 939 | –109 461 | –126 255 | 57,8 | 43,1 | 28,4 | 40,5 | 54,3 | 68,1 |
| V1 | –3 878 | –57 912 | –86 410 | 56,9 | 44,0 | 44,0 | 35,3 | 49,1 | 53,4 |
| G1 | –5 539 | –85 895 | –87 053 | 53,4 | 42,0 | 31,8 | 44,3 | 55,1 | 64,2 |
| G2 | –57 401 | –108 234 | –74 417 | 39,2 | 34,1 | 35,8 | 60,2 | 64,2 | 63,1 |
| G3 | –28 947 | –71 884 | –73 762 | 44,9 | 35,8 | 26,7 | 50,6 | 62,5 | 71,6 |
| G4 | –6 170 | –37 951 | –43 350 | 47,2 | 38,1 | 35,8 | 50,6 | 57,4 | 60,2 |
| G5 | –58 302 | –36 442 | –24 743 | 46,9 | 40,7 | 44,1 | 49,7 | 57,1 | 52,5 |
| Verlierer | –97 572 | –431 725 | –525 679 | 59,1 | 44,5 | 33,1 | 36,6 | 51,7 | 63,4 |
| Gewinner | –156 360 | –340 407 | –303 326 | 46,3 | 38,1 | 34,8 | 51,1 | 59,3 | 62,3 |
| gesamt | –253 931 | –772 132 | –829 006 | 51,4 | 40,7 | 34,2 | 45,3 | 56,3 | 62,8 |

vergleichsweise niedrigen Niveau. Hatte 2006 nur etwas mehr als ein Drittel der Verlierer negative Ausgleiche, die ja für in der Vergangenheit erbrachte Mehrleistungen stehen, so waren es zwei Jahre danach schon zwei Drittel. Sie hatten damit mit den Gewinnerhäusern gleichgezogen. Der Anteil der Häuser mit positiven Ausgleichen ist entsprechen spiegelbildlich gesunken. Zwischen den einzelnen Gruppen ergeben sich zwar deutliche Unterschiede, diese folgen jedoch keiner erkennbaren Systematik.

17.4 Entwicklung der Basisfallwerte

In der Konvergenzphase sind Mehrleistungen in erheblichem Umfang vereinbart worden. Für die Budgetverhandlungen auf Einzelhausebene setzt § 4 KHEntgG verbindliche Vorgaben, wie die Kostendegression bei Mehrleistungen umzusetzen ist. In der Folge wurden die Basisfallwerte der Einzelhäuser entsprechend abgesenkt (s. o.). Auf Ebene der Verhandlungen von Landesbasisfallwerten bestand dagegen dieser „Automatismus“ nicht: Der entsprechende § 10 (KHEntgG) schreibt die prozentuale Anrechnung von Mehrleistungen nicht fest und es erfolgt anders als auf Hausebene eine Verrechnung mit der allgemeinen Kostenentwicklung. Zudem sieht der Paragraph lediglich eine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vor und schließt anders als in den Einzelhausverhandlungen CMI-Steigerungen aus.

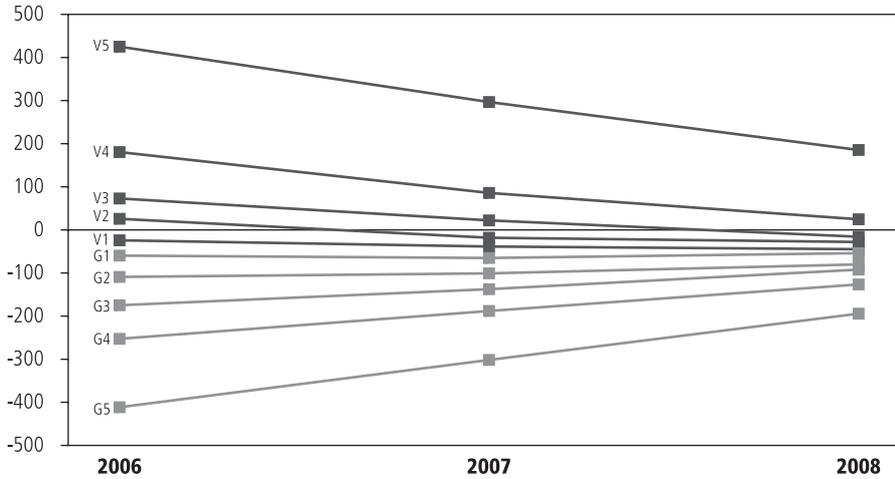
In der Konsequenz sind die LBFW den Preisniveaus auf Hausebene nicht gefolgt und so sind Landesbasisfallwerte und der Durchschnitt der hausindividuellen Basisfallwerte auseinandergedriftet. Diese Entwicklung wird als „Divergenzeffekt“ bezeichnet. 2008 liegen die Landesbasisfallwerte deutlich oberhalb des Durchschnitts der hausindividuellen Basisfallwerte. Basierend auf dem hier verwendeten Sample von Häusern lässt sich eine Abweichung von knapp 50 € feststellen, in dieser Höhe beläuft sich die Differenz zwischen den Basisfallwerten ohne Ausgleiche (oA) und den Landesbasisfallwerten ohne Ausgleiche und ohne Kappung (oAoK)¹¹. Würde die Vergütung der Krankenhäuser mit dem Ende der Konvergenzphase von den hausindividuellen Basisfallwerten auf den Landesbasisfallwert angehoben, so beliefe sich der zusätzliche Mittelzufluss an die hier betrachteten Krankenhäuser auf etwa 784 Mio. € (Abbildung 17–2).

Die Konvergenz der Basisfallwerte macht dennoch Fortschritte: Wenngleich sich einzelne Häuser vom LBFW wegbewegen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt, ist insgesamt doch eine Entwicklung in die vorgesehene Richtung zu beobachten. Dementsprechend hat sich die Spannweite zwischen

¹¹ Der Kappungsbetrag beschreibt den Absenkungsbetrag, der notwendig ist, damit die Anwendung der Obergrenzenregelung nicht zu Mehrausgaben führt (vgl. Tabelle 17–1). Denn geschonte Häuser vollziehen nicht den rechnerischen Konvergenzschritt, sondern nur den bis zu einem Höchstsatz. Im Ergebnis ist das rechnerische Mittel aller Hausbasisfallwerte höher als der LBFW, gegen den konvergiert wurde. Bei idealtypischer Konvergenz und ohne den Einfluss von Leistungsveränderungen sorgt der LBFW mit Kappung dafür, dass als rechnerisches Ergebnis über alle Häuser der LBFW ohne Kappung resultiert. Letzterer ist der LBFW, der für die Konvergenz verwendet ist nur das Instrument, um den tatsächlichen zu erreichen.

Abbildung 17-2

Abweichung der BFW¹ vom LBFW² für die untersuchten Gruppen; 2006 bis 2008



¹ohne Ausgleich; ²ohne Ausgleich, ohne Kappung

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

der Gruppe G5 und V5, also zwischen den beiden äußersten Gruppen, abermals deutlich reduziert. Hatte sie 2006 noch 837,40 € betragen, so sank sie 2007 auf 598,40 € und ging bis 2008 weiter bis auf 381,10 € zurück.

17.5 Fazit

Eine Betrachtung der Budgetentwicklung der Krankenhäuser über die vergangenen drei Jahre zeigt markante Zugewinne. Allein im Jahr 2008, in dem die finanziellen Engpässe der Krankenhäuser die Berichterstattungen und die Diskussionen dominierten, sind die Budgets um 5,1% angestiegen. Dies entspricht einem absoluten Anstieg um fast 2,2 Mrd. €, wobei das Ausmaß des Zugewinns noch unterzeichnet wird, da in der vorliegenden Untersuchung nur ein – allerdings umfangreiches – Sample an Krankenhäusern betrachtet wurde.

Ein Großteil dieses Budgetanstiegs geht auf die Vereinbarung von Leistungssteigerungen zurück, die sich im Zeitraum 2006 bis 2008 außerordentlich dynamisch entwickelt. In der Summe wurden in den drei Jahren 2,5 Mrd. € vereinbart, davon 1,3 Mrd. € allein in 2008.

Auch infolge dieser dynamischen Leistungsausweitung ergibt sich zum Abschluss der Konvergenzphase eine weitere Anhebung der Krankenhausbudgets. Aus dem finalen Sprung der tatsächlichen Preisniveaus für Krankenhausleistungen auf den Landesbasisfallwert resultiert ein Preisanstieg von 50,- € je Bewertungsrelation, dies entspricht für die hier untersuchten Krankenhäuser einer Summe von 780 Mio. €. Im Rahmen des Konvergenzprozesses sind im Saldo bereits

372,5 Mio. € geflossen, die auch in Teilen auf die Divergenz zwischen tatsächlichem Vergütungsniveau und Landesbasisfallwerten zurückzuführen sind. Diese Problematik hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, den Konvergenzprozess um ein Jahr zu verlängern, aber spätestens 2010 wird der Preis- und Budgetsprung durch die Krankenhäuser realisiert.

Unterdessen hat sich in den drei hier betrachteten Jahren die Konvergenz der individuellen Basisfallwerte fortgesetzt, auch wenn sich einzelne Häuser vom LBFW entfernen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt. Dessen ungeachtet bewegt sich das gesamte Feld in die vorgesehene Richtung. Die Spannweite bezüglich der Abweichungen vom LBFW hat sich erneut deutlich verringert.

17.6 Literatur

- Burmann S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 6: 30–35.
- 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 2007; 4: 425–7.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.), Bonn 2005.
- Heimig F. „G-DRGs 2005“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig F. „G-DRGs 2006“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- Heimig F. „G-DRGs 2007“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2006.
- Heimig F. „G-DRGs 2008“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2007.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. Gesundheit und Gesellschaft 2008, 12: 17–19.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum G-DRG-System 2009. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Vergesellschaft 2009; 47–83.
- Leclerque G, Friedrich J: Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 229–240.
- 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 2008; 393–471.
- Krankenhaus-Report 2008/2009. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2007. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008. Stuttgart: Schattauer 2009; 359–433.

18 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2007

Ute Bölt

Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2007 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 20–22).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2007 and provides an overview of the structural and financial situation of German hospitals, their organisational units, staff and equipment and the services rendered. The survey is carried out annually since 1991. The DRG statistics, the diagnosis statistics for hospital patients as well as data on rehabilitation facilities can be found in separate chapters (see chapters 20–22).

18.1 Vorbemerkung

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes liefert vielfältige Informationen über das Volumen und die Struktur des Leistungsangebots sowie über die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Seit 1991 umfasst die jährlich durchgeführte Vollerhebung die Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet. Das Erhebungsprogramm gliedert sich in die Grunddaten der Krankenhäuser, den Kostennachweis der Krankenhäuser und die Diagnosen der Krankenhauspatienten.¹ Die

¹ Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Krankenhausstatistik enthält die Fachserie 12 (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 – Diagnosis Related Groups Statistics) ergänzt seit 2005 die Krankenhausdiagnosestatistik um Angaben zu Operationen und medizinischen Prozeduren bei stationären Patienten. Gegenstand der folgenden Betrachtung sind die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser. Eine ausführliche Darstellung der Krankenhausdiagnosestatistik enthält Kapitel 20, Ergebnisse der DRG-Statistik werden in Kapitel 21 präsentiert und Kapitel 22 ist den Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gewidmet.

Rechtsgrundlage ist die 1990 in Kraft getretene und im Jahr 2001 erstmalig novellierte Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung war erforderlich geworden, um die Krankenhausstatistik an die Entwicklungen im Bereich der stationären Versorgung anzupassen.² Mit einer geänderten Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten (Wegfall der Ausbildungsstätten-Umlage) und der neu hinzugekommenen gesonderten Erfassung von Aufwendungen für den Ausbildungsfonds³ ab 2007 wird den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen. Weitere durch Art. 4b des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 24. März 2009 vorgenommene Änderungen der KHStatV (neue Erhebungsmerkmale in Bezug auf Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus) kommen erstmals bei der Erhebung für das Berichtsjahr 2009 zum Tragen.

Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 16 im Krankenhaus-Report 2008/2009 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2007 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 18.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 18.3). Dabei wird die sachliche, personelle und fachlich-medizinische Ausstattung der Krankenhäuser dargestellt. Im Weiteren werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen präsentiert (Abschnitt 18.4). Es folgt eine Darstellung der Entwicklung speziell im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser (Abschnitt 18.5). Abschließend wird auf die im Zusammenhang mit Krankenhausleistungen entstandenen Kosten (Abschnitt 18.6) eingegangen.

sind seit 2002 ausschließlich digital und kostenlos im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes (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, S. 291–310.

3 Aufwendungen für den Ausbildungsfonds gem. §17a Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

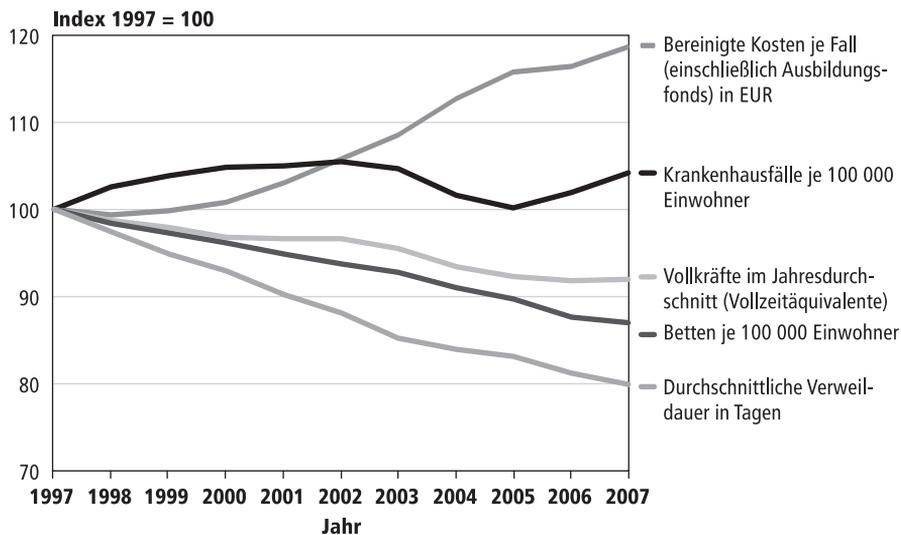
18.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2007, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, bietet Tabelle 18–1⁴. Die kompletten Ergebnisse für die Jahre 1997 bis 2007 finden sich im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 18–a und 18–b). Zu den grundlegenden Kennzahlen von Krankenhausleistungen gehören auf der Angebotsseite die Anzahl der Einrichtungen, Betten und Beschäftigten. Unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme stellen die Anzahl der vollstationären Krankenhausaufenthalte und die durchschnittliche Verweildauer wesentliche Kennzahlen dar. Sie werden ergänzt durch die Höhe der bereinigten, d.h. um die Aufwendungen für nicht stationäre Leistungen geminderten Kosten.

Um einen Eindruck von der kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklung der einzelnen Indikatoren zu gewinnen, wird der Überblick um einen Vorjahres-, 5- und 10-Jahres-Vergleich erweitert. Ergänzend stellt Abbildung 18–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

Abbildung 18–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser 1997–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

⁴ Die Veränderungsdaten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 18-1

Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser

| Gegenstand der Nachweisung | Berichtsjahr | | | Veränderung 2007 gegenüber | |
|--|--------------|------------|------------|----------------------------|-------|
| | 2007 | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 |
| | | | Anzahl | | in % |
| Krankenhäuser | 2 087 | 2 104 | 2 221 | 2 258 | -6,0 |
| Aufgestellte Betten | | | | | |
| – Anzahl | 506 954 | 510 767 | 547 284 | 580 425 | -7,4 |
| – je 100 000 Einwohner | 616 | 620 | 664 | 707 | -7,1 |
| Krankenhaushfälle | | | | | |
| – Anzahl | 17 178 573 | 16 832 883 | 17 432 272 | 16 429 031 | -1,5 |
| – je 100 000 Einwohner | 20 883 | 20 437 | 21 135 | 20 023 | -1,2 |
| Berechnungs- und Belegungstage in 1 000 | 142 893 | 142 251 | 159 937 | 171 837 | -10,7 |
| Durchschnittliche Verweildauer in Tagen | 8,3 | 8,5 | 9,2 | 10,5 | -9,3 |
| Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent | 77,2 | 76,3 | 80,1 | 81,1 | -3,5 |
| Personal | | | | | |
| – Beschäftigte am 31. 12. (Kopfzahl) | 1 067 287 | 1 064 377 | 1 112 421 | 1 124 870 | -4,1 |
| – Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) | 792 299 | 791 914 | 833 541 | 861 548 | -4,9 |
| darunter: – Ärztlicher Dienst | 126 000 | 123 715 | 112 763 | 105 618 | 11,7 |
| – Nichtärztlicher Dienst | 666 299 | 668 200 | 720 778 | 755 930 | -7,6 |
| darunter: – Pflegedienst | 298 325 | 299 328 | 327 384 | 341 138 | -8,9 |
| – med.-techn. Dienst | 123 774 | 122 620 | 124 567 | 124 500 | -0,6 |
| – Funktionsdienst | 86 216 | 84 964 | 84 094 | 80 708 | 2,5 |
| Bereinigte Kosten (einschl. Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR | 60 449 733 | – | – | – | X |
| Bereinigte Kosten je Fall (einschl. Ausbildungsfonds) in EUR | 3 519 | – | – | – | X |
| Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR | 59 810 431 | 58 080 678 | 54 715 328 | 48 684 650 | 9,3 |
| Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall in EUR | 3 482 | 3 450 | 3 139 | 2 963 | 10,9 |

– = nichts vorhanden

X = grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

18.3 Die Ressourcen der Krankenhäuser

Das Angebot der Krankenhäuser setzt sich aus einer sachlichen, einer personellen und einer fachlich-medizinischen Komponente zusammen. Die sachliche Ausstattung wird neben der Einrichtungszahl vor allem durch die Anzahl der aufgestellten Betten sowie die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 18.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe 18.3.2). Aussagen über die Verteilung der Ressourcen nach Disziplinen sind auf Basis der Bettenzahl nach Fachabteilungen möglich. Besondere Bedeutung kommt im dienstleistungsorientierten Krankenhausbetrieb der personellen Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu. Darüber hinaus stellen Krankenhäuser wichtige Arbeitgeber im Gesundheitswesen dar und fungieren als Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe (siehe 18.3.3).

18.3.1 Sachliche Ausstattung

Die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt war auch im Jahr 2007 weiter rückläufig: Am 31.12.2007 gab es mit 2 087 Krankenhäusern in Deutschland 17 Einrichtungen (0,8%) weniger als ein Jahr zuvor. Gegenüber 1997 ging die Zahl der Krankenhäuser um 171 (7,6%) 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 507 000 Krankenhausbetten gab es rund 4 000 Betten (0,7%) weniger als im Vorjahr. Im Vergleich zu 1997 mit gut 580 000 nachgewiesenen Krankenhausbetten entspricht dies einem Abbau von 73 500 Betten oder 12,7%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Betten-dichte je 100 000 Einwohner verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2007 durchschnittlich 616 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung; das sind vier Betten (0,6%) weniger als 2006 und 91 Betten (12,9%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Die Krankenhausdichte sank im Vergleich zum Vorjahr geringfügig auf 2,5 Krankenhäuser je 100 000 Einwohner. (siehe Tabelle 18–2)

Im regionalen Vergleich ist die Krankenhausdichte in den neuen Bundesländern mit maximal 2,1 Krankenhäusern (Sachsen-Anhalt) 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 von vier Bundesländern, in denen im Vergleich zum Vorjahr geringfügig mehr Krankenhausbetten gezählt wurden, setzte sich der Trend zum Bettenabbau auch im Jahr 2007 weiter fort. Alleine in Nordrhein-Westfalen wurden 1 107 Betten abgebaut und die Zahl der im Saarland aufgestellten Betten sank um 6,6%. Gemessen an der Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner erhöhte

Tabelle 18-2

Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser 2007 nach Ländern

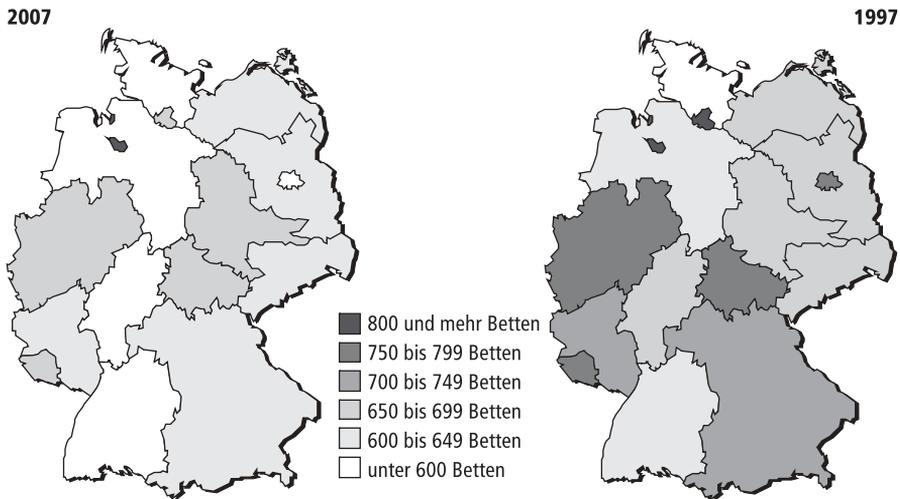
| Bundesland | Krankenhäuser insgesamt | | Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner | | Bettenauslastung | | Fallzahl je 100 000 Einwohner | | Durchschnittliche Verweildauer | |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|--|-------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | in % | in % | Anzahl | in % | in Tagen | in % |
| Deutschland | 2087 | -0,8 | 616 | -0,6 | 77,2 | 1,2 | 20 883 | 2,2 | 8,3 | -1,6 |
| Baden-Württemberg | 297 | 0,3 | 558 | -0,8 | 74,5 | 1,1 | 18 230 | 2,1 | 8,3 | -1,7 |
| Bayern | 375 | -1,6 | 607 | -0,6 | 76,8 | 1,4 | 20 802 | 2,6 | 8,2 | -1,7 |
| Berlin | 71 | -1,4 | 576 | -1,4 | 82,0 | 1,6 | 20 695 | 1,3 | 8,3 | -1,1 |
| Brandenburg | 47 | 0,0 | 604 | 0,1 | 79,1 | -0,0 | 20 567 | 2,0 | 8,5 | -1,8 |
| Bremen | 14 | 0,0 | 819 | -3,3 | 77,7 | 4,1 | 29 488 | 1,9 | 7,9 | -1,2 |
| Hamburg | 46 | -2,1 | 683 | -0,1 | 78,9 | 3,8 | 22 862 | 1,2 | 8,6 | 2,4 |
| Hessen | 180 | 0,6 | 579 | 0,3 | 76,4 | -0,5 | 19 610 | 1,3 | 8,2 | -1,5 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 33 | -2,9 | 611 | 1,6 | 80,0 | -0,8 | 23 188 | 1,9 | 7,7 | -1,0 |
| Niedersachsen | 197 | -1,0 | 528 | -1,2 | 81,1 | 1,8 | 18 867 | 2,3 | 8,3 | -1,6 |
| Nordrhein-Westfalen | 432 | -1,1 | 688 | -0,7 | 75,7 | 1,1 | 22 258 | 2,1 | 8,5 | -1,8 |
| Rheinland-Pfalz | 99 | 0,0 | 631 | -0,2 | 72,9 | 1,5 | 20 863 | 2,8 | 8,1 | -1,5 |
| Saarland | 25 | -3,8 | 656 | -6,0 | 83,8 | 7,9 | 24 666 | 3,1 | 8,1 | -1,7 |
| Sachsen | 80 | -2,4 | 625 | -0,9 | 79,6 | 0,7 | 21 886 | 1,6 | 8,3 | -1,7 |
| Sachsen-Anhalt | 50 | 0,0 | 690 | 0,6 | 77,8 | 0,4 | 23 872 | 4,1 | 8,2 | -3,0 |
| Schleswig-Holstein | 97 | 1,0 | 550 | 0,3 | 80,9 | 1,6 | 19 374 | 2,0 | 8,4 | -0,1 |
| Thüringen | 44 | -2,2 | 695 | 0,0 | 77,7 | 1,2 | 23 411 | 3,5 | 8,4 | -2,2 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 18–2

Bettendichte im Ländervergleich 1997 und 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wildo

sich die Bettendichte in Sachsen-Anhalt um 0,6%. Gleichwohl verfügte Bremen im Jahr 2007 mit durchschnittlich 819 Betten je 100 000 Einwohner weiterhin über die höchste Bettendichte, gefolgt von Thüringen (695 Betten) und Sachsen-Anhalt (690 Betten). Abbildung 18–2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung im Vergleich zu 1997. Den stärksten Rückgang innerhalb der vergangenen zehn Jahre verzeichnete Berlin: Dort lag die Bettendichte im Jahr 2007 um 25% unter der von 1997.

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 (20 883 Fälle) liegende Anzahl der Krankenhausauffälle (29 488 je 100 000 Einwohner) deutlich. Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote⁵ getroffen werden (siehe Tabelle 18–3). Werte über 100% besagen, dass die Krankenhäuser eines Bundeslandes mehr Patienten behandelten, als Patienten des jeweiligen Bundeslandes in vollstationärer Behandlung waren. Dies ist insbesondere bei den Stadtstaaten der Fall. So verfügten die Krankenhäuser Bremens 2007 mit 139,1% über die höchste Versor-

5 Die Versorgungsquote in der Krankenhausstatistik wird auf Basis der durchschnittlichen Anzahl vollstationär belegter Betten pro Tag ermittelt. Weil für jeden vollstationären Patienten pro Tag, den er in der Einrichtung verbringt, ein Bett belegt wird, kann ein Tag mit einem belegten Bett gleichgesetzt werden. Die Summe der Berechnungs- und Belegungstage wird – jeweils für Wohn- und Behandlungsort – durch die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr dividiert. Aus der Relation zwischen den belegten Betten nach Wohn- und Behandlungsort ergibt sich die Versorgungsquote.

Tabelle 18-3

Versorgungsquote der Krankenhäuser nach Ländern 2007

| Bundesland | Wohnort des Patienten | Behandlungs-ort des Patienten | Absolute Differenz | Versorgungs- quote | Anteil im eigenen Land behandelter Patienten |
|------------------------|--|-------------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| | Anzahl belegter Betten pro Tag ¹⁾ | | | in % | |
| Deutschland | 398 807 | 400 240 | x | x | x |
| Baden-Württemberg | 44 445 | 45 784 | 1 339 | 103,0 | 94,8 |
| Bayern | 58 680 | 60 148 | 1 468 | 102,5 | 96,5 |
| Berlin | 14 910 | 16 429 | 1 518 | 110,2 | 95,7 |
| Brandenburg | 13 923 | 12 473 | -1 449 | 89,6 | 84,1 |
| Bremen | 3 104 | 4 317 | 1 213 | 139,1 | 89,7 |
| Hamburg | 7 594 | 9 411 | 1 817 | 123,9 | 87,9 |
| Hessen | 28 408 | 27 758 | -650 | 97,7 | 89,4 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 8 546 | 8 427 | -119 | 98,6 | 93,7 |
| Niedersachsen | 37 201 | 35 002 | -2 200 | 94,1 | 87,5 |
| Nordrhein-Westfalen | 94 756 | 94 589 | -167 | 99,8 | 96,7 |
| Rheinland-Pfalz | 20 235 | 19 459 | -776 | 96,2 | 85,4 |
| Saarland | 5 867 | 5 960 | 93 | 101,6 | 91,6 |
| Sachsen | 21 340 | 21 445 | 106 | 100,5 | 95,9 |
| Sachsen-Anhalt | 13 777 | 13 341 | -436 | 96,8 | 91,5 |
| Schleswig-Holstein | 13 378 | 13 050 | -328 | 97,6 | 86,0 |
| Thüringen | 12 643 | 12 647 | 3 | 100,0 | 92,1 |

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 2010

WIdO

ungsquote, gefolgt von Hamburg (123,9%) und Berlin (110,2%). 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-Westfalen und Bayern bevorzugten zu 96,7% bzw. 96,5% eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im eigenen Land. Demgegenüber ließen sich nur 84,1% der Brandenburger und 85,4% 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 2007 verfügte ein Krankenhaus über durchschnittlich 243 Betten; das sind 14 Betten weniger als die durchschnittliche Krankenhausgröße zehn Jahre zuvor (257 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 329 im Jahr 1997 auf 407 im Jahr 2007. Das entspricht einer Zu-

nahme des Anteils von 14,6% im Jahr 1997 um 4,9 Prozentpunkte auf 19,5% im Jahr 2007. Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe zeigt sich, dass es zwar mehr kleine Krankenhäuser gibt, deren durchschnittliche Größe jedoch immer weiter abnimmt. Mit 19 Betten verfügte ein Krankenhaus dieser Größenklasse im Durchschnitt über drei Betten weniger als 1997. Leicht zugenommen (+ 0,8 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 1997 um insgesamt ein Fünftel (226 Krankenhäuser) zurückgegangen ist.

Der Anteil sehr großer Krankenhäuser (800 und mehr Betten) lag 2007 nahezu unverändert bei 4,1% (1997: 4,2%); zugleich stieg die Durchschnittsgröße der Krankenhäuser in dieser Größenklasse auf 1203 Betten (1997: 1191). Trotz des Rückgangs der Zahl dieses Krankentyps um acht Einrichtungen (–8,5%) standen in den sehr großen Krankenhäusern mehr als ein Fünftel (20,4%) aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,5% aller Betten. Tabelle 18–4 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen nach Krankenhausgröße und macht u. a. deutlich, dass die durchschnittliche Bettenauslastung mit zunehmender Krankenhausgröße tendenziell steigt, die durchschnittliche Verweildauer dagegen sinkt.

Erneut stieg die durchschnittliche Bettenauslastung⁶ bezogen auf alle Krankenhäuser von 76,3% im Jahr 2006 auf 77,2% im Jahr 2007 an. Eine Bettenauslastung von 85% gilt in vielen Bundesländern als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung⁷. Die Abweichung von Soll und Ist im Jahr 2007 entspricht rund 46000 Krankenhausbetten. Die geringste Bettenauslastung (64,9%) hatten Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten aufzuweisen, die höchste (80,7%) Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings differiert die Bettenauslastung nach Fachabteilungen erheblich (siehe 18.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankentragstruktur vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 1997 bis 2007 um 171 Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 200 (+47,6%) auf 620 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (–14,0%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (–26,3%). Abbildung 18–3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztable 18–d im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

6 Die durchschnittliche Bettenauslastung pro Tag ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage im Zähler und der Summe der aufgestellten Betten multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr im Nenner.

7 Krankenhausplanung der Länder gem. § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Vgl. hierzu zum Beispiel: Vierunddreißigste Fortschreibung des Krankenhausplans des Freistaates Bayern, Stand 1. Januar 2009, veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 19 vom 8. Mai 2009; Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, veröffentlicht vom Hessischen Sozialministerium.

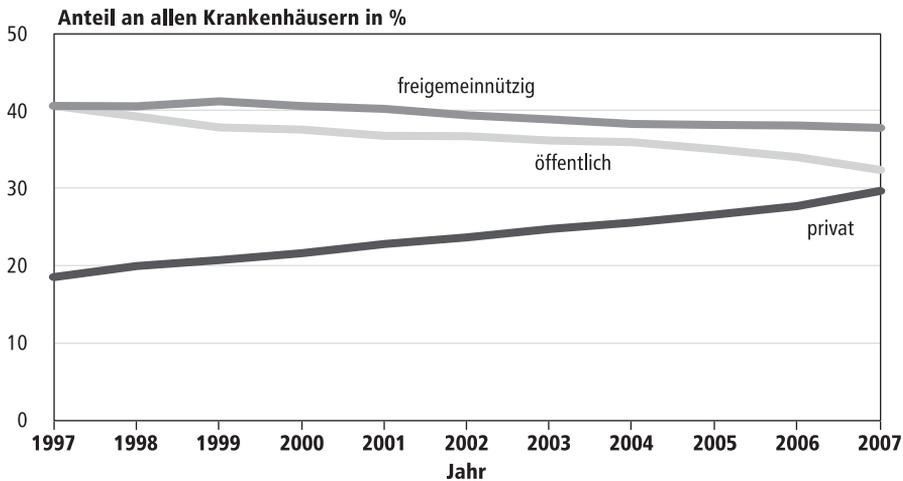
Tabelle 18-4
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2007

| Bettengrößenklasse/ Art des Trägers | Krankenhäuser insgesamt | | Aufgestellte Betten | | Aufgestellte Betten je 100000 Einwohner | | Bettenauslastung | | Fallzahl | | Fallzahl je 100000 Einwohner | | Durchschnittliche Verweildauer | |
|--|----------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr | 2007 | Verände- rung zum Vorjahr |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Krankenhäuser insgesamt | 2 087 | -0,8 | 506 954 | -0,7 | 616 | -0,6 | 77,2 | 1,2 | 17 178 573 | 2,1 | 20 883 | 2,2 | 8,3 | -1,6 |
| KH bis 49 Betten | 407 | 2,3 | 7 572 | 3,2 | 9 | 3,3 | 64,9 | -0,8 | 2 100 28 | 6,0 | 255 | 6,2 | 8,5 | -3,4 |
| KH mit 50 bis 99 Betten | 264 | -3,3 | 19 354 | -3,1 | 24 | -3,0 | 73,3 | 0,8 | 5 295 79 | -0,1 | 644 | -0,0 | 9,8 | -2,2 |
| KH mit 100 bis 149 Betten | 302 | -0,3 | 36 995 | -0,4 | 45 | -0,2 | 74,2 | 0,9 | 11 082 85 | 1,8 | 1 347 | 1,9 | 9,0 | -1,2 |
| KH mit 150 bis 199 Betten | 208 | -5,5 | 35 903 | -5,6 | 44 | -5,5 | 74,8 | 1,9 | 11 791 37 | -3,5 | 1 433 | -3,4 | 8,3 | -0,3 |
| KH mit 200 bis 299 Betten | 326 | -0,6 | 79 578 | -0,6 | 97 | -0,4 | 76,1 | 1,0 | 2 612 288 | 2,4 | 3 176 | 2,5 | 8,5 | -1,9 |
| KH mit 300 bis 399 Betten | 203 | 1,0 | 69 613 | 0,9 | 85 | 1,0 | 77,4 | 0,9 | 2 361 352 | 3,6 | 2 871 | 3,7 | 8,3 | -1,7 |
| KH mit 400 bis 499 Betten | 131 | -1,5 | 58 258 | -0,9 | 71 | -0,7 | 77,6 | 1,1 | 1 953 598 | 3,1 | 2 375 | 3,2 | 8,4 | -2,8 |
| KH mit 500 bis 599 Betten | 96 | 2,1 | 52 545 | 2,5 | 64 | 2,6 | 77,1 | 1,1 | 1 870 325 | 4,2 | 2 274 | 4,3 | 7,9 | -0,6 |
| KH mit 600 bis 799 Betten | 64 | -4,5 | 43 654 | -2,7 | 53 | -2,6 | 78,8 | 1,2 | 1 564 800 | 0,5 | 1 902 | 0,6 | 8,0 | -2,0 |
| KH mit 800 und mehr Betten | 86 | -1,1 | 103 482 | -0,8 | 126 | -0,7 | 80,7 | 1,8 | 3 789 184 | 2,0 | 4 606 | 2,2 | 8,0 | -1,1 |
| Öffentliche Krankenhäuser | 677 | -5,6 | 250 345 | -4,1 | 304 | -4,0 | 78,9 | 1,3 | 8 697 755 | -0,6 | 10 573 | -0,5 | 8,3 | -2,2 |
| - in privatrechtlicher Form | 380 | 3,5 | 133 957 | 2,5 | 163 | 2,6 | 77,5 | 1,1 | 4 804 914 | 3,7 | 5 841 | 3,8 | 7,9 | -0,0 |
| - in öffentlich-rechtlicher Form | 297 | -15,1 | 116 388 | -10,7 | 141 | -10,6 | 80,5 | 1,7 | 3 892 841 | -5,5 | 4 732 | -5,4 | 8,8 | -3,9 |
| - rechtlich unselbstständig | 161 | -26,8 | 54 319 | -21,2 | 66 | -21,1 | 79,5 | 0,2 | 1 755 576 | -14,2 | 2 134 | -14,1 | 9,0 | -8,0 |
| - rechtlich selbstständig | 136 | 4,6 | 62 069 | 1,1 | 75 | 1,2 | 81,4 | 3,1 | 2 137 266 | 3,1 | 2 598 | 3,2 | 8,6 | 1,1 |
| Freigemeinnützige Krankenhäuser | 790 | -1,6 | 177 632 | -1,4 | 216 | -1,3 | 75,3 | 1,0 | 5 970 324 | 1,2 | 7 258 | 1,3 | 8,2 | -1,6 |
| Private Krankenhäuser | 620 | 6,2 | 78 977 | 13,5 | 96 | 13,7 | 76,2 | 1,9 | 2 510 494 | 15,3 | 3 052 | 15,4 | 8,7 | 0,3 |

Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 18–3
Krankenhäuser nach der Trägerschaft 1997–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

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. 2007 verfügte eine Privatklinik über durchschnittlich 127 Betten. Freigemeinnützige Krankenhäuser waren mit 225 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 370 Betten fast 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 veränderter 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

8 Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg, Umwandlung in eine GmbH mit Wirkung vom 2. Januar 2006 und Übernahme von 95 % der Geschäftsanteile durch die Rhön-Klinikum AG (Hessische Staatskanzlei: Initiativen/Verwaltungsreform/Privatisierung).

9 Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz – UMG) vom 10. September 2008, GVBl. 2008, S. 205. Das am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetz enthält die Option, die rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Universitätsmedizin GmbH) umzuwandeln – ggf. auch mit Beteiligung privaten Kapitals an dieser GmbH. Einzelheiten zum Formwechsel regelt § 25.

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 2007 erlauben tendenzielle Aussagen über die Entwicklungen in diesem Bereich.

Mit 380 von insgesamt 677 öffentlichen Krankenhäusern wurde im Jahr 2007 mehr als die Hälfte (56,1%) in privatrechtlicher Rechtsform geführt, 2002 war es nur gut ein Viertel (28,3%). Gegenüber 2006 gab es 13 Einrichtungen bzw. 3,5% mehr in privatrechtlicher Rechtsform. Demgegenüber sank die Anzahl der Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Form im Vergleich zum Vorjahr um 53 Häuser bzw. 15,1%. Der Wechsel in privatrechtliche Rechtsformen (z. B. GmbH) bei öffentlichen Krankenhäusern schreitet auch in 2007 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 18–4 die prozentuale Verteilung der Träger- und Rechtsformen der Krankenhäuser im Jahr 2007.

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 31.12.2007 in den deutschen Krankenhäusern 9 610 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 342 Geräte (3,7%). Vor allen Dingen bei den Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (+9,7%) und den Koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+7,2%) sind Zuwachsraten zu verzeichnen, während die Zahl der Tele-Kobalt-Therapiegeräte deutlich (–16,1%) zurückgegangen ist, weil bei der Behandlung von Tumor-Leiden zunehmend andere Verfahren zum Einsatz kommen. Tabelle 18–5 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

18.3.2 Angebot nach Fachabteilungen

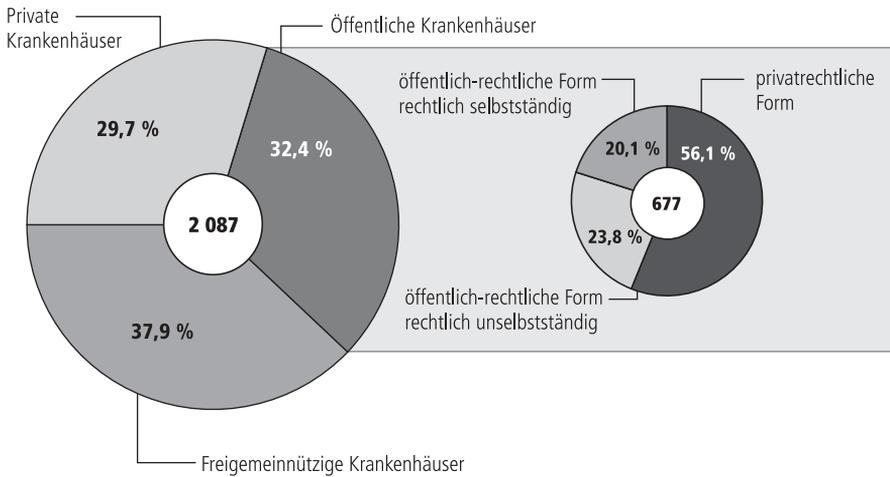
Über die fachlich-medizinische Struktur der Krankenhäuser gibt das Fachabteilungsspektrum Auskunft. Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärztinnen und Ärzten ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Tabelle 18–6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen der Fachabteilungen für das Jahr 2007¹⁰.

10 Änderung der Fachabteilungsgliederung 2007: Die bis einschließlich 2006 als Darunter-Position in der Hauptabteilung „Innere Medizin“ nachgewiesene „Klinische Geriatrie“ ist 2007 eine eigenständige Hauptabteilung „Geriatrie“. Dies wirkt sich auf verschiedene Kennzahlen (Nutzungsgrad und Verweildauer) aus; bei Vorjahresvergleichen sind die Angaben (2007) für die Innere Medizin und die Geriatrie zusammenzurechnen.

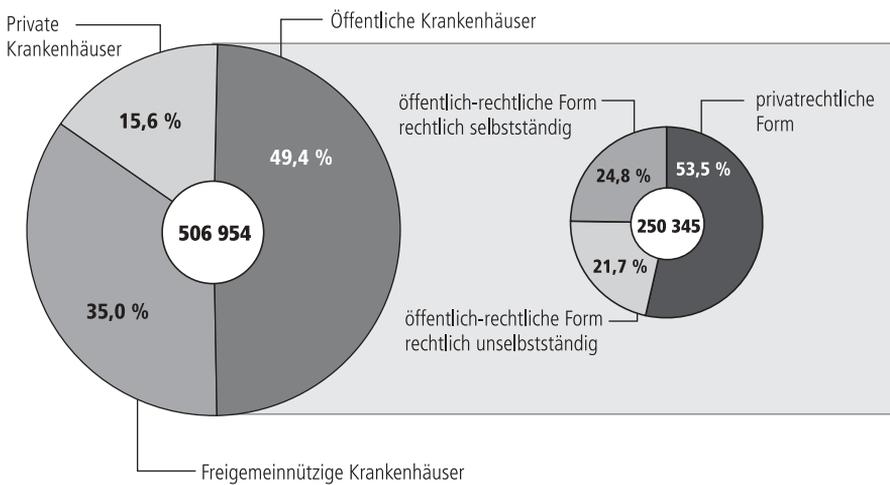
Abbildung 18-4

Trägerstruktur und Rechtsform bei öffentlichen Krankenhäusern 2007

Anteil der Krankenhäuser in Deutschland in Prozent



Anteil der Betten in Deutschland in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Auf Fachabteilungsebene blieben nur wenige Bereiche vom Bettenabbau verschont. Alleine in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurde die Hälfte (1913) der im Vergleich zum Vorjahr abgebauten Betten (3813) eingespart. Diese Entwicklung folgt aus einer seit 1997 bis 2006 rückläufigen Zahl der Geburten allgemein und damit auch der Krankenhausentbindungen. Aber es gab auch Bereiche mit zunehmender Bettenkapazität. So stieg die Zahl der aufgestellten Betten in der Herz-

Tabelle 18–5

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2007

| Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung | 2007 | Veränderung zum Vorjahr |
|---|--------------|----------------------------|
| | Anzahl | in % |
| Insgesamt | 9 610 | 3,7 |
| Computer-Tomographen | 1 308 | 2,7 |
| Dialysegeräte | 4 630 | 4,2 |
| Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte | 624 | 1,5 |
| Gamma-Kameras | 609 | 0,8 |
| Herz-Lungen-Maschinen | 361 | 3,7 |
| Kernspin-Tomographen | 659 | 5,9 |
| Koronarangiographische Arbeitsplätze | 637 | 7,2 |
| Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger | 358 | 1,1 |
| Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET) | 79 | 9,7 |
| Stoßwellenlithotripter | 319 | 2,6 |
| Tele-Kobalt-Therapiegeräte | 26 | -16,1 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

chirurgie um 3,6 % gegenüber 2006. In allen psychiatrischen Fachabteilungen gab es 2007 mehr Betten als im Jahr zuvor; am deutlichsten war der Bettenzuwachs im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin (+5,3 %). Die mit Abstand meisten Betten (52,8 %) waren in den Fachabteilungen für Innere Medizin (157 000) und Chirurgie (111 000) aufgestellt. Hier wurden 60,6 % aller vollstationären Behandlungsfälle versorgt.

Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 61,8 % in der Augenheilkunde bis 88,4 % in der Geriatrie. Trotz des massiven Bettenabbaus in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe lag die Bettenauslastung mit 62,7 % nur geringfügig über dem Vorjahresniveau (62,4 %). In den psychiatrischen Fachabteilungen waren die Betten zu mehr als 90 % ausgelastet.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung variierte zwischen knapp vier Tagen in der Augenheilkunde und sechzehn Tagen in der Geriatrie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,3 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit 41,8 Tagen fünfmal so lange.

Abbildung 18–2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte nach Bundesländern. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. In achtzehn von einundzwanzig ausgewiesenen Fachabteilungen (ohne „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“) lag die Bettendichte in Bremen über dem Bundesdurchschnitt, in 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 (siehe Tabelle 18–7).

Tabelle 18-6
Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2007

| Fachabteilungsbezeichnung | Fachabteilungen insgesamt | | Nutzungsgrad der Betten in % | Fallzahl | durchschnittliche Verweildauer in Tagen |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------|---|
| | Anzahl | Aufgestellte Betten | | | |
| Fachabteilungen insgesamt | 8 494 | 506 954 | 77,2 | 17 178 573 | 8,3 |
| – Allgemeine Fachabteilungen | | | | | |
| Augenheilkunde | 333 | 5 259 | 61,8 | 334 142 | 3,6 |
| Chirurgie | 1 280 | 110 521 | 73,6 | 3 935 669 | 7,5 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 969 | 37 897 | 62,7 | 1 766 040 | 4,9 |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 755 | 11 784 | 63,9 | 588 165 | 4,7 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 117 | 4 727 | 77,8 | 176 099 | 7,6 |
| Herzchirurgie | 68 | 3 948 | 86,3 | 113 439 | 11,0 |
| Innere Medizin | 1 352 | 157 274 | 79,4 | 6 474 457 | 7,0 |
| Geriatric | 193 | 10 599 | 88,4 | 211 270 | 16,2 |
| Kinderchirurgie | 76 | 1 920 | 61,9 | 116 501 | 3,7 |
| Kinderheilkunde | 370 | 19 685 | 67,7 | 952 258 | 5,1 |
| Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie | 196 | 2 205 | 67,1 | 96 525 | 5,6 |
| Neurochirurgie | 165 | 6 531 | 83,4 | 220 029 | 9,0 |
| Neurologie | 387 | 20 357 | 83,6 | 726 485 | 8,5 |
| Nuklearmedizin | 111 | 920 | 62,4 | 52 552 | 4,0 |
| Orthopädie | 409 | 23 956 | 73,9 | 721 188 | 9,0 |
| Plastische Chirurgie | 131 | 2 010 | 64,2 | 69 895 | 6,7 |
| Strahlentherapie | 159 | 3 220 | 71,3 | 90 969 | 9,2 |
| Urologie | 513 | 15 264 | 73,2 | 713 272 | 5,7 |
| Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten | 218 | 4 741 | 74,0 | 138 791 | 9,2 |

Tabelle 18–6

Fortsetzung

| Fachabteilungsbezeichnung | Fachabteilungen insgesamt | | Aufgestellte Betten | | Nutzungsgrad der Betten | | Fallzahl | | durchschnittliche Verweildauer | |
|---|---------------------------|--|---------------------|--|-------------------------|--|----------|--|--------------------------------|--|
| | Anzahl | | Anzahl | | in % | | Anzahl | | in Tagen | |
| – Psychiatrische Fachabteilungen | | | | | | | | | | |
| Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 133 | | 5 183 | | 91,5 | | 41 482 | | 41,8 | |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 408 | | 53 169 | | 92,5 | | 752 103 | | 23,9 | |
| Psychotherapeutische Medizin | 151 | | 5 784 | | 92,6 | | 48 182 | | 40,6 | |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Tabelle 18-7
Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2007

| 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 | 616 | 558 | 607 | 576 | 604 | 819 | 683 | 579 | 611 | 528 | 688 | 631 | 656 | 625 | 690 | 550 | 695 |
| – Allgemeine Fachabteilungen | 538 | 483 | 530 | 505 | 531 | 723 | 605 | 505 | 534 | 460 | 601 | 560 | 595 | 548 | 606 | 451 | 619 |
| Augenheilkunde | 6 | 7 | 6 | 9 | 4 | 12 | 10 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 10 | 7 | 7 | 5 | 6 |
| Chirurgie | 134 | 125 | 140 | 117 | 129 | 150 | 145 | 125 | 111 | 123 | 150 | 148 | 127 | 128 | 139 | 112 | 140 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 46 | 48 | 44 | 37 | 45 | 57 | 40 | 45 | 44 | 40 | 52 | 52 | 39 | 46 | 48 | 35 | 48 |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 14 | 14 | 13 | 11 | 14 | 30 | 16 | 14 | 18 | 13 | 15 | 17 | 14 | 13 | 18 | 8 | 16 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 6 | 5 | 7 | 5 | 4 | 8 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 2 | 5 | 7 | 8 | 5 | 11 |
| Herzchirurgie | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 12 | 9 | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 4 | 7 |
| Innere Medizin | 191 | 169 | 191 | 174 | 178 | 240 | 170 | 169 | 201 | 165 | 215 | 202 | 214 | 212 | 227 | 161 | 220 |
| Geriatric | 13 | 2 | 3 | 32 | 25 | 36 | 42 | 23 | 1 | 5 | 22 | 4 | 15 | 4 | 11 | 16 | 18 |
| Kinderchirurgie | 2 | 2 | 3 | 3 | – | 6 | 5 | 2 | 7 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 |
| Kinderheilkunde | 24 | 22 | 22 | 22 | 27 | 40 | 28 | 18 | 33 | 19 | 27 | 22 | 29 | 30 | 37 | 17 | 30 |
| Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 8 | 4 | 1 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Neurochirurgie | 8 | 6 | 8 | 10 | 7 | 16 | 13 | 7 | 11 | 9 | 8 | 7 | 11 | 6 | 10 | 10 | 10 |
| Neurologie | 25 | 23 | 21 | 23 | 28 | 28 | 32 | 29 | 27 | 24 | 25 | 24 | 45 | 22 | 27 | 22 | 30 |
| Nuklearmedizin | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Orthopädie | 29 | 26 | 33 | 25 | 29 | 53 | 13 | 29 | 26 | 21 | 31 | 31 | 34 | 31 | 27 | 29 | 43 |
| Plastische Chirurgie | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | – | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | – |
| Strahlentherapie | 4 | 4 | 3 | 4 | 6 | 5 | 5 | 3 | 7 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 2 | 7 |

Tabelle 18-7

Fortsetzung

| Fachabteilungsbezeichnung | Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|--------|--------|-------------|--------|---------|--------|------------------------|---------------|---------------------|-----------------|----------|---------|----------------|--------------------|-----------|
| | Deutschland | Baden-Württemberg | Bayern | Berlin | Brandenburg | Bremen | Hamburg | Hessen | Mecklenburg-Vorpommern | Niedersachsen | Nordrhein-Westfalen | Rheinland-Pfalz | Saarland | Sachsen | Sachsen-Anhalt | Schleswig-Holstein | Thüringen |
| Urologie | 19 | 16 | 18 | 14 | 17 | 12 | 21 | 18 | 18 | 16 | 22 | 22 | 21 | 19 | 23 | 12 | 22 |
| Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten | 6 | 5 | 6 | 5 | 8 | 8 | 43 | 6 | 5 | 1 | 3 | 7 | 11 | 7 | 5 | 7 | 4 |
| – Psychiatrische Fachabteilungen | 78 | 75 | 77 | 71 | 72 | 96 | 78 | 74 | 77 | 68 | 87 | 71 | 61 | 77 | 83 | 100 | 76 |
| Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 6 | 5 | 4 | 5 | 8 | 7 | 6 | 7 | 11 | 7 | 6 | 4 | 4 | 9 | 13 | 9 | 11 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 65 | 61 | 53 | 62 | 64 | 86 | 67 | 63 | 62 | 58 | 78 | 60 | 56 | 64 | 64 | 78 | 64 |
| Psychotherapeutische Medizin | 7 | 9 | 21 | 5 | – | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 7 | – | 5 | 7 | 12 | 1 |

– = nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5 aber größer Null

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen hatten Schleswig-Holstein und Bremen 2007 eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte. Während im Bundesdurchschnitt 78 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung zur Verfügung standen, waren es in Schleswig-Holstein 100 und in Bremen 96 Betten je 100 000 Einwohner. Demgegenüber bildete das Saarland mit lediglich 61 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung das Schlusslicht.

18.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2007 waren knapp 1,1 Mio. Personen in den Krankenhäusern beschäftigt. 136 000 Beschäftigte waren als hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen tätig; 931 000 Beschäftigte (darunter 73 000 Schüler und Auszubildende) waren dem nichtärztlichen Dienst zuzurechnen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen erneut um 2 600 (+2,0%) Beschäftigte, während die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen annähernd gleich blieb. 13,6% des ärztlichen und 43,3% des nichtärztlichen Personals sind teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Um den Auswirkungen unterschiedlicher Beschäftigungsmodelle (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung) und kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse angemessen Rechnung zu tragen, wird zusätzlich zur Kopfzahl am Erhebungsstichtag 31.12. des Jahres die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) erhoben. Die Krankenhausstatistik verwendet für diese Größe den Begriff Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Insgesamt gab es rund 792 000 Vollkräfte, von denen 126 000 im ärztlichen Dienst und gut 298 000 im Pflegedienst arbeiteten. Die Gesamtzahl der Vollkräfte blieb gegenüber dem Vorjahr nahezu konstant, die Anzahl ärztlicher Vollkräfte nahm sogar um 1,8% zu.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen über das Geschlecht und den Beschäftigungsumfang der Beschäftigten. 40,3% der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2007 Frauen (siehe Tabelle 18–8). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine weitere Zunahme um 0,9 Prozentpunkte, gegenüber 1997 sogar um 7,8 Prozentpunkte. Mit steigender Hierarchiestufe nahm der Frauenanteil an den Krankenhausärzten jedoch deutlich ab: Während annähernd jede zweite Assistenzarztstelle (49,6%) von einer Frau besetzt wurde, war es bei den Oberärzten nur noch jede vierte Stelle (23,5%). Der Frauenanteil an den leitenden Ärzten lag bei nur noch 8,4%.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch der Beschäftigungsumfang: 1997 waren 13,9% der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 2007 war es bereits jede vierte Frau (25,7%). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 2,5% auf 5,5%. Insgesamt gab es knapp 19 000 (13,6%) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2007 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Mit 858 000 Beschäftigten (ohne Schüler und Auszubildende) lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter gut fünf Mal höher als die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten (393 000) waren im Pflegedienst tätig (45,8%). An zweiter Stelle

Tabelle 18-8
Frauen- und Teilzeitanteil 1997 bis 2007

| Jahr | Hauptamtliche Ärzte ¹⁾ | | | | Nichtärztliches Personal ²⁾ | | | | |
|-------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------------------------|
| | Insgesamt | darunter Frauen | Frauen-anteil | Teilzeit-anteil | Insgesamt | darunter Frauen | Frauen-anteil | Teilzeit-anteil | Teilzeit-beschäftigte insgesamt |
| | Anzahl | Anzahl | in % | Anzahl | Anzahl | Anzahl | in % | Anzahl | Anzahl |
| 1997 | 106338 | 34579 | 32,5 | 6,2 | 918078 | 4790 | 80,5 | 31,9 | 292892 |
| 1998 | 108367 | 35464 | 32,7 | 6,8 | 911216 | 5325 | 80,4 | 32,8 | 298516 |
| 1999 | 109888 | 36278 | 33,0 | 7,5 | 903155 | 6024 | 80,3 | 33,5 | 302541 |
| 2000 | 111580 | 37106 | 33,3 | 7,6 | 897401 | 6177 | 80,4 | 34,7 | 311730 |
| 2001 | 113593 | 38572 | 34,0 | 8,3 | 899420 | 6908 | 80,4 | 36,0 | 324099 |
| 2002 | 116061 | 40334 | 34,8 | 10,6 | 907871 | 9217 | 79,7 | 36,9 | 335262 |
| 2003 | 118486 | 42170 | 35,6 | 12,2 | 890122 | 10926 | 79,9 | 38,6 | 343725 |
| 2004 | 129817 | 48609 | 37,4 | 12,3 | 868048 | 11987 | 80,1 | 40,3 | 349404 |
| 2005 | 131115 | 50004 | 38,1 | 13,1 | 859709 | 12829 | 80,1 | 41,8 | 359248 |
| 2006 | 133649 | 52598 | 39,4 | 13,7 | 858088 | 13867 | 80,1 | 42,9 | 367694 |
| 2007 | 136267 | 54963 | 40,3 | 13,6 | 858151 | 14118 | 80,1 | 43,3 | 371767 |

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.

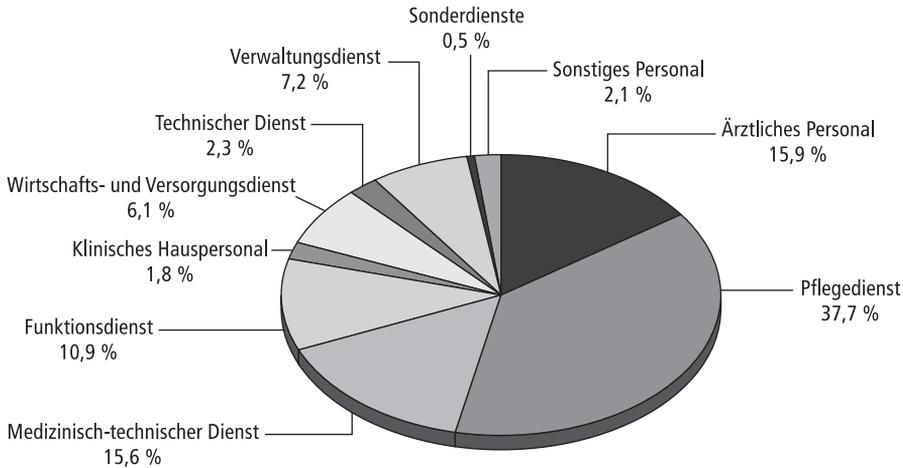
²⁾ Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 18–5

Personalstruktur der Krankenhäuser 2007 (Vollkräfte)


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Krankengymnasten, Apothekenpersonal, Logopäden) mit 18,5% und der Funktionsdienst (z. B. Operationsdienst, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankentransportdienst) mit 12,5%.

Der Frauenanteil beim nichtärztlichen Personal war 2007 mit 80,1% annähernd doppelt so hoch wie der Anteil weiblicher Beschäftigter beim ärztlichen Personal (40,3%). Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (86,4%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 93,7% und 84,2%. Der Anteil teilzeit- und geringfügig Beschäftigter ist im nichtärztlichen Bereich im Vergleich zu den hauptamtlichen Ärzten und Ärztinnen dreimal so hoch: 43,3% im Jahr 2007. Zehn Jahre zuvor waren es gerade mal 31,9%.

Zusammenfassend gibt Abbildung 18–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2007. Als Grundlage wurden die 792 000 Vollkräfte gewählt.

Die Personalstruktur variierte je nach Krankenhausträger. Bei den Krankenhäusern öffentlicher Träger gehörten 16,2% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren dies lediglich 15,4%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (40,6%) und mit 35,6% bei den öffentlichen Krankenhäusern am niedrigsten (siehe auch Zusatztablette 18–c im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Der regionale Vergleich der Personalausstattung deutscher Krankenhäuser basiert auf einer Kennzahl, der sog. Personalbelastungszahl. Dazu wird die Zahl der vollstationären Berechnungs- und Belegungstage ins Verhältnis zur Anzahl der Vollkräfte gesetzt. Weil für jeden vollstationären Behandlungstag, den ein Patient in

Tabelle 18-9
Anzahl der durchschnittlich zu betreuenden belegten Betten je Vollkraft im Jahr 2007 (Personalbelastungszahl)¹⁾

| Bundesland | Personal insgesamt | | darunter vom ärztlichen Dienst ³⁾ | | darunter vom Pflegedienst | | Personal insgesamt | | ärztlichen Dienst ³⁾ | | darunter vom Pflegedienst | | med.-techn. Dienst | |
|--|--------------------|-------|--|-------|---------------------------|-------|--------------------|------|---------------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|
| | 180 | 1 134 | 479 | 1 155 | 456 | 939 | 0,4 | 0,4 | 1,4 | 0,8 | 1,3 | 0,8 | 0,8 | -0,5 |
| Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Betten ²⁾ | | | | | | | | | | | | | | |
| Deutschland | 180 | 1 134 | 479 | 1 155 | 456 | 939 | 0,4 | 0,4 | 1,4 | 0,8 | 1,3 | 0,8 | 0,8 | -0,5 |
| Baden-Württemberg | 159 | 1 022 | 456 | 939 | 456 | 939 | -0,0 | -0,0 | -2,3 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | -1,3 |
| Bayern | 176 | 1 127 | 478 | 1 140 | 478 | 1 140 | 0,4 | 0,4 | -0,9 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | -2,3 |
| Berlin | 161 | 870 | 472 | 900 | 472 | 900 | 1,3 | 1,3 | -0,4 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 |
| Brandenburg | 220 | 1 316 | 524 | 1 623 | 524 | 1 623 | 3,2 | 3,2 | -2,2 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 6,7 |
| Bremen | 158 | 967 | 406 | 1 120 | 406 | 1 120 | -0,3 | -0,3 | -3,1 | -0,3 | 0,0 | -0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Hamburg | 174 | 938 | 446 | 1 136 | 446 | 1 136 | 1,9 | 1,9 | 1,0 | 0,3 | 2,2 | 0,3 | 2,2 | 2,2 |
| Hessen | 181 | 1 192 | 465 | 1 227 | 465 | 1 227 | 1,3 | 1,3 | -1,1 | 0,0 | 3,6 | 0,0 | 0,0 | 3,6 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 177 | 1 047 | 488 | 1 028 | 488 | 1 028 | 0,8 | 0,8 | -1,2 | 0,4 | 0,9 | 0,4 | 0,9 | 0,9 |
| Niedersachsen | 179 | 1 168 | 480 | 1 145 | 480 | 1 145 | -0,0 | -0,0 | -2,1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | -1,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 191 | 1 196 | 493 | 1 254 | 493 | 1 254 | 0,2 | 0,2 | -1,0 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | -0,1 |
| Rheinland-Pfalz | 181 | 1 224 | 468 | 1 285 | 468 | 1 285 | 0,7 | 0,7 | -0,4 | 0,7 | -1,0 | 0,7 | 0,7 | -1,0 |
| Saarland | 166 | 1 146 | 435 | 1 156 | 435 | 1 156 | 1,4 | 1,4 | 0,9 | 1,9 | 2,9 | 1,9 | 1,9 | 2,9 |
| Sachsen | 196 | 1 199 | 500 | 1 327 | 500 | 1 327 | -0,9 | -0,9 | -2,9 | -0,6 | -0,9 | -0,6 | -0,6 | -0,9 |
| Sachsen-Anhalt | 186 | 1 259 | 464 | 1 106 | 464 | 1 106 | 0,4 | 0,4 | -0,6 | 0,4 | 1,0 | 0,4 | 0,4 | 1,0 |
| Schleswig-Holstein | 187 | 1 122 | 513 | 1 097 | 513 | 1 097 | 1,8 | 1,8 | -0,9 | 3,8 | -5,1 | 3,8 | 3,8 | -5,1 |
| Thüringen | 196 | 1 233 | 509 | 1 275 | 509 | 1 275 | -1,8 | -1,8 | -3,4 | -0,6 | -4,6 | -0,6 | -0,6 | -4,6 |

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 nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

der Einrichtung verbringt, auch ein Bett belegt wird, spricht man hier von der Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Betten¹¹. Tabelle 18–9 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2007 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Patienten betrauten Personalgruppen.

Die Kennzahl variiert je nach Personalgruppe. Dabei ist für den besonders betreuungsintensiven Pflegedienst eine im Vergleich zum ärztlichen Dienst oder zum medizinisch-technischen Dienst niedrige Kennzahl charakteristisch. Während eine Vollkraft im Pflegedienst im Bundesdurchschnitt 479 Betten betreute, waren andere Vollkräfte für mehr als doppelt so viele Betten zuständig (ärztlicher Dienst: 1 134 Betten, medizinisch-technischer Dienst: 1 154 Betten).

Im regionalen Vergleich sind erhebliche Unterschiede erkennbar: Die wenigsten Betten hatten 2007 ärztliche Vollkräfte in den Stadtstaaten zu versorgen (in Berlin 870 Betten, in Hamburg 938 und in Bremen 957 Betten). Ein Grund für die niedrigen Werte in Berlin und Hamburg ist möglicherweise die Personalbindung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung und Lehre, deren relative Bedeutung innerhalb der Krankenhauslandschaft der Stadtstaaten grundsätzlich höher ist. Ein Krankenhausarzt in Brandenburg hingegen hatte die mit Abstand meisten Betten (1 316) zu betreuen, gefolgt von Sachsen-Anhalt (1 259 Betten) und Thüringen (1 233 Betten). Auch die Pflegekräfte in den neuen Bundesländern waren für deutlich mehr Betten zuständig als das Pflegepersonal im Bundesdurchschnitt (479). Spitzenreiter ist Brandenburg mit 524 Betten; es folgen Thüringen mit 509 und Sachsen mit 500 Betten. Die wenigsten Betten (406) hatte eine Pflegekraft in Bremen zu betreuen.

18.4 Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Das vielfältige Spektrum der Behandlungsformen im Krankenhaus geht weit über die klassische vollstationäre, d. h. ganztägige Behandlung hinaus und umfasst auch teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachte Leistungen. Diese ineinander greifenden Behandlungsformen werden in der Krankenhausstatistik in unterschiedlicher Tiefe abgebildet, wobei der herkömmlichen vollstationären Behandlung das Hauptinteresse gilt.

18.4.1 Vollstationäre Behandlungen

Im Berichtsjahr 2007 wurden 17,2 Mio. vollstationär behandelte Patienten¹² gezählt. Das sind knapp 350 000 oder 2,1 % mehr als im Vorjahr, in dem erstmals eine Umkehr des seit 2002 beobachteten Trends rückläufiger Fallzahlen festgestellt

11 Die Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Betten hat gegenüber der Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu versorgenden Fälle den Vorteil, dass der Zeitfaktor mit berücksichtigt wird.

12 Die Fallzahl in den Grunddaten der Krankenhäuser ermittelt sich aus der Summe der vollstationären Aufnahmen (Patientenzugang) und der Summe der Entlassungen aus vollstationärer Behandlung einschließlich der Sterbefälle (Patientenabgang) im Berichtsjahr, dividiert durch 2.

wurde. Möglicherweise ist diese Trendwende durch die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen, haben Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Zahl der Krankenhausfälle¹³. 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 2007 ergab sich eine altersstandardisierte Rate von 20 003 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner¹⁴. Damit lag die standardisierte Fallzahl um 1,8 % über der des Vorjahres (19651). Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 20 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2007 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage¹⁵ stieg gegenüber dem Vorjahr geringfügig um 642 000 oder 0,5 % an. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2007 durchschnittlich 8,3 Tage¹⁶. Dies waren 0,2 Tage weniger als im Vorjahr und 2,1 Tage weniger als 1997.

18.4.2 Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen

Um der zunehmenden Bedeutung von nicht rein vollstationären Behandlungsformen in Krankenhäusern gerecht zu werden, werden seit 2002 neben den vollstationären Behandlungen auch einzelne Merkmale im Bereich der teil-, vor- und nachstationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik detaillierter erfasst.¹⁷

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden erfordert. Sie wird vorwiegend in einer Tages- oder Nachtambulanz angeboten. Die Patientinnen und Patienten verbringen dabei nur den entsprechenden Tagesabschnitt mit der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. 2007 wurden in den Krankenhäusern insgesamt 675 000 teilstationäre Behandlungen¹⁸ durchgeführt. Dies waren 8,2 % mehr als im Jahr zuvor. Mehr als die Hälfte

13 Vgl. die ausführliche Darstellung der Modellrechnungen der Krankenhausfälle für 2020 und 2030 in „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“.

14 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ (Ergebnis der letzten Volkszählung).

15 Berechnungstage sind die Tage, für die tagesgleiche Pflegesätze (Basispflegesatz, Abteilungspflegesatz oder teilstationäre Pflegesätze) in Rechnung gestellt (berechnet) werden. Unter einem Belegungstag wird ein Tag verstanden, an dem ein aufgestelltes Bett von einem Patienten bzw. einer Patientin vollstationär belegt wurde. Innerhalb des pauschalierten Entgeltsystems ist der Belegungstag das Äquivalent zum Begriff des Berechnungstags innerhalb der Bundespflegesatzverordnung.

16 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

17 Vor Inkrafttreten der Ersten Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

18 Die Fallzählung (Anzahl der Behandlungen) hängt von der Art der Abrechnung teilstationärer Leistungen ab: Sind für teilstationäre Leistungen, die über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG (Krankenhausentgeltgesetz) abgerechnet werden, fallbezogene Entgelte vereinbart worden, zählt

te (56,0%) aller teilstationären Behandlungen erfolgte in der Inneren Medizin. Innerhalb dieses Fachbereichs entfiel ein gutes Drittel (38,5%) aller Behandlungen auf das Teilgebiet Nephrologie (z. B. Dialyse), weitere 21,8% 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 2,7 Mio. Behandlungsfälle im Jahr 2007 gezählt, 447 000 bzw. 19,7% mehr als 2006. Vorstationäre Behandlungen wurden 2007 besonders häufig in den Fachabteilungen Chirurgie (32,6%), Innere Medizin (23,5%) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,3%) durchgeführt.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit insgesamt 781 000 Behandlungen stieg ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 11,0%. Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (39,4%), gefolgt von der Inneren Medizin mit 14,3%.

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2007 um annähernd 4,2 Mio. Fälle.

18.4.3 Ambulante Operationen

Seit 2002 wird in der Krankenhausstatistik darüber hinaus auch die Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus erfasst. Nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen, und zwar in dem Umfang, der in einem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe festgelegt ist.

Knapp zwei Drittel aller Krankenhäuser (62,7%) führten im Jahr 2007 rund 1,6 Mio. ambulante Operationen durch. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der ambulant operierten Patientinnen und Patienten um 125 000 bzw. 8,3%. Die dynamische Entwicklung dieses Leistungsbereichs macht den Wandel im Leistungsspektrum der Krankenhäuser deutlich. Die traditionell strikte Trennung von stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung in Deutschland wird dadurch nach und nach aufgebrochen (siehe Tabelle 18–10).

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 BPfIV (Bundespfllegesatzverordnung), die mit einem gesonderten Pfllegesatz abgerechnet werden.

Tabelle 18–10

Behandlungsformen 2007

| Gegenstand der Nachweisung | Berichtsjahr | | | Veränderung 2007 gegenüber | |
|--------------------------------------|--------------|------------|------------|----------------------------|------|
| | 2007 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 |
| | Anzahl | | | in % | |
| Behandlungsfälle¹⁾ | | | | | |
| – vollstationär | 17 178 573 | 16 832 883 | 16 539 398 | 2,1 | 3,9 |
| – teilstationär | 675 082 | 623 657 | 527 213 | 8,2 | 28,1 |
| – vorstationär | 2 714 169 | 2 266 670 | 1 965 027 | 19,7 | 38,1 |
| – nachstationär | 781 197 | 703 488 | 654 277 | 11,1 | 19,4 |
| Ambulante Operationen | 1 638 911 | 1 513 716 | 1 371 708 | 8,3 | 19,5 |

¹⁾ Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

18.5 Psychiatrische Krankenhäuser

Von insgesamt 2 087 Krankenhäusern im Jahr 2007 waren 239 (11,5%) psychiatrische Einrichtungen mit insgesamt 38 800 Betten (7,7% aller Krankenhausbetten), in denen 508 000 Patientinnen und Patienten ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch und neurologisch behandelt wurden¹⁹.

Im Vergleich zu 1997 hat sich die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser um 39 Einrichtungen erhöht. Zugenommen hat vor allem die Zahl kleiner und mittlerer Häuser mit weniger als 100 bzw. 100 bis 199 Betten, die zusammen mehr als zwei Drittel (69,5%) aller psychiatrischen Krankenhäuser ausmachten. Die Zahl der aufgestellten Betten lag 2007 um 700 unter der Bettenzahl von 1997 (39 500). Die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung sank von 198 Betten im Jahr 1997 auf nur noch 162 Betten im Jahr 2007. Während des gesamten Betrachtungszeitraums lag die durchschnittliche Bettenauslastung der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich über der allgemeiner Krankenhäuser (80,4% in 1997, 2007 nur noch 76,0%) und erreichte im Jahr 2007 mit 91,5% ihren bislang höchsten Wert. Allein gegenüber dem Vorjahr stieg die Bettenauslastung nochmals um einen Prozentpunkt. Die als Indikator einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung angestrebte Bettenauslastung von 85% wird in den psychiatrischen Krankenhäusern seit 1997 regelmäßig überschritten.

Die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage lag mit 12,9 Mio. 2007 noch (+678 000) über dem Ergebnis des Jahres 1997. Zugleich stieg die Zahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten um 166 800 (+48,9%) auf 508 000.

¹⁹ Betrachtungszeitraum sind die Berichtsjahre 1997 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.

Dies führte zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten um 29,2%: Dauerte im Jahr 1997 der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus durchschnittlich 36 Tage, waren es 2007 nur noch 25,5 Tage.

Die Zahl der in den psychiatrischen Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte hat im Vergleich zum Vorjahr um 200 zugenommen. Betrachtet man die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre in den einzelnen Beschäftigtengruppen, wird eine Veränderung der Personalstruktur im Vergleich zu 1997 deutlich. Die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte ging im Zeitraum 1997 bis 2007 um 1 300 von 44 000 auf rund 42 700 zurück. Allein im Pflegedienst, in dem mehr als die Hälfte (55,5%) der nichtärztlichen Vollkräfte beschäftigt ist, war ein Rückgang um 1 100 auf verbleibende 23 700 Kräfte zu verzeichnen. Dies führt zu einer gestiegenen Personalbelastung der Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern. War eine Pflegevollkraft 1997 im Jahresdurchschnitt noch für 495 belegte Betten zuständig, so waren es im Jahr 2007 bereits 546 Betten. Demgegenüber nahm die Zahl der ärztlichen Vollkräfte seit 1997 um 1 050 auf 5 200 Beschäftigte zu. Dadurch sank die Zahl der Betten, die eine ärztliche Vollkraft im Jahresdurchschnitt zu versorgen hatte, von 2 949 im Jahr 1997 auf 2 486 belegte Betten im Jahr 2007 (siehe Tabelle 18–11).

18.6 Kosten der Krankenhäuser

Der mehrfache Wechsel des Kostenermittlungsprinzips²⁰ im Rahmen des Kostennachweises der Krankenhäuser seit 1991 hat zur Folge, dass ein Vergleich der Krankenhauskosten über einen längeren Zeitraum nur auf der Basis der bereinigten Kosten²¹ möglich ist. Diese Vergleichbarkeit wird 2007 durch die geänderte Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten²², mit der den tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen wird, eingeschränkt. So führt die neu hinzugekommene gesonderte Erhebung der „Aufwendungen für den Ausbildungsfonds“²³ zu einer Erhöhung sowohl der Brutto-Gesamt-

20 Seit 2002 werden die Kosten der Krankenhäuser (wie schon in den Jahren 1991 bis 1995) wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Bei dieser Art der Kostenermittlung werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die Kosten für nichtstationäre Leistungen (z. B. für Ambulanz, Forschung und Lehre, wahlärztliche Leistungen) bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Demgegenüber erfolgte in den Jahren 1996 bis 2001 die Kostenermittlung nach dem Nettoprinzip, wodurch ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z. B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich ist. Der 10-Jahres-Vergleich (Ergebnisse des Berichtsjahres 1997) ist deshalb nur in Bezug auf bereinigte Kosten möglich.

21 Die bereinigten Kosten ergeben sich als Differenz aus den Gesamtkosten und den Abzügen für bspw. wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz etc.

22 Die Erhebung der Ausbildungsstätten-Umlage ist weggefallen; die Kosten der Ausbildungsstätten setzen sich nur noch aus Personal- und Sachkosten zusammen. Neu hinzugekommen ist ab 2007 die gesonderte Erhebung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.

23 Die in zahlreichen Bundesländern eingerichteten Ausbildungsfonds werden durch Einzahlungen aller Krankenhäuser gebildet; die in den Fonds angesammelten Mittel dienen der Finanzierung der Ausbildungsbudgets der Krankenhäuser.

Tabelle 18-11

Eckdaten der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder neurologischen Betten*

| Gegenstand der Nachweisung | 2007 | 2006 | 2005 | 2001 | 2000 | 1999 | 1998 | 1997 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Anzahl der Krankenhäuser | 239 | 235 | 234 | 196 | 194 | 192 | 195 | 200 |
| Krankenhäuser mit ... Betten | | | | | | | | |
| – unter 100 | 100 | 97 | 95 | 72 | 70 | 70 | 73 | 80 |
| – 100–199 | 66 | 65 | 64 | 50 | 51 | 49 | 47 | 41 |
| – 200–499 | 67 | 67 | 68 | 66 | 65 | 65 | 65 | 68 |
| – 500 und mehr | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 | 8 | 10 | 11 |
| Aufgestellte Betten | 38 785 | 38 481 | 38 869 | 36 438 | 36 537 | 36 322 | 37 859 | 39 511 |
| Bettenauslastung | 91,5 | 90,5 | 89,4 | 89,0 | 88,5 | 88,2 | 86,1 | 85,1 |
| Stationär beh. Patienten | 508 028 | 493 430 | 494 808 | 422 728 | 400 735 | 377 885 | 360 014 | 341 263 |
| Berechnungs-/Belegungstage | 12 949 568 | 12 706 439 | 12 683 673 | 11 831 520 | 11 836 216 | 11 689 440 | 11 899 976 | 12 271 729 |
| Durchsch. Verweild. in Tagen | 25,5 | 25,8 | 25,6 | 28,0 | 29,5 | 30,9 | 33,1 | 36,0 |
| Vollkräfte im Jahresdurchschnitt | 47 884 | 47 673 | 48 230 | 46 475 | 46 369 | 45 750 | 47 102 | 48 188 |
| davon: – Ärztliches Personal | 5 209 | 5 156 | 5 119 | 4 301 | 4 261 | 4 049 | 4 112 | 4 158 |
| – Nichtärztliches Personal | 42 676 | 42 517 | 43 112 | 42 174 | 42 108 | 41 701 | 42 990 | 44 031 |
| davon: – Pflegedienst | 23 699 | 23 727 | 24 063 | 24 024 | 24 011 | 23 690 | 24 326 | 24 781 |
| dari: in der Psychiatrie tätig | 21 793 | 21 980 | 22 433 | 22 581 | 22 690 | 22 278 | 22 743 | 23 441 |
| – Med.-tech. Dienst | 6 406 | 6 193 | 6 154 | 5 300 | 5 217 | 5 137 | 5 134 | 5 238 |
| – Funktionsdienst | 2 314 | 2 298 | 2 353 | 2 291 | 2 278 | 2 214 | 2 282 | 2 326 |
| – Übriges Personal | 10 257 | 10 299 | 10 541 | 10 559 | 10 602 | 10 660 | 11 248 | 11 686 |

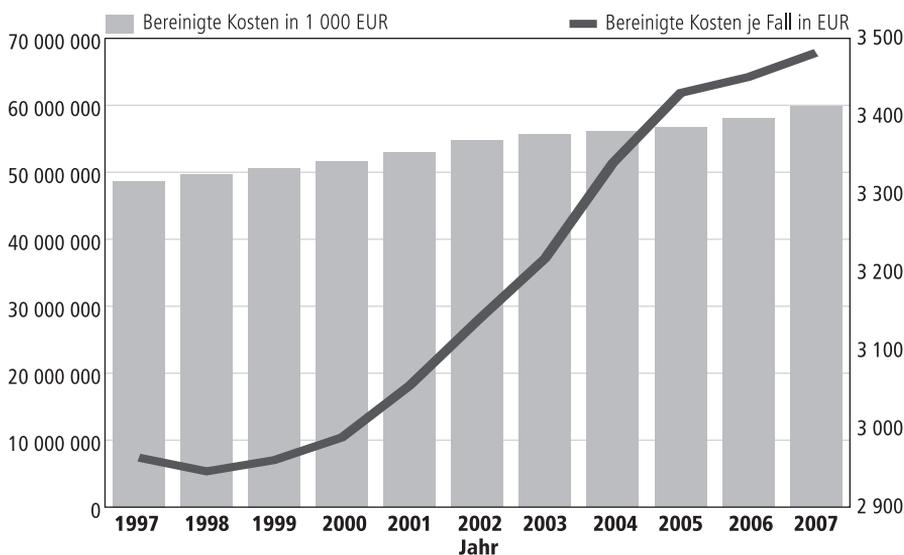
* Die Abgrenzung zwischen Allgemeinen und Sonstigen Krankenhäusern ab dem Jahr 2005 entspricht wieder der bis einschließlich Berichtsjahr 2001 geltenden Regelung, d.h.: Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten werden wieder zu den Allgemeinen Krankenhäusern gezählt. Zu den Sonstigen Krankenhäusern gehören seit 2005 (neben den Reinen Tages- und Nachtkliniken) nur noch Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 18–6

Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Krankenhausfall 1997–2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

kosten als auch der bereinigten Kosten der Krankenhäuser. Bei der Betrachtung der langfristigen Entwicklung der Krankenhauskosten bleiben deshalb die erstmalig im Jahr 2007 erhobenen Aufwendungen für den Ausbildungsfonds unberücksichtigt.

Die Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Fall seit 1997 ist in Abbildung 18–6 dargestellt (siehe auch Zusatztabelle 18–e im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de). Die zugrunde liegenden bereinigten Kosten des Jahres 2007 i. H. v. 59,8 Mrd. Euro setzen sich zusammen aus den Kosten der Krankenhäuser insgesamt (68,1 Mrd. Euro) zuzüglich der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten i. H. v. 0,5 Mrd. Euro) und abzüglich der Abzüge (8,7 Mrd. Euro). Ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds ergeben sich bei 17,2 Mill. vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten durchschnittliche Kosten von 3 482 Euro je Behandlungsfall.

Einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten des Jahres 2007 nach Kostenarten gibt Tabelle 18–12. Die Kosten der Krankenhäuser insgesamt lagen bei 68,1 Mrd. Euro. Hieran hatten die Personalkosten mit 41,9 Mrd. Euro einen Anteil von 61,6%. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst alleine machten zusammen einen Anteil von 60,4% an den gesamten Personalkosten aus. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Personalkosten der Krankenhäuser um 1,7%. Deutlich stärker, nämlich um 7,3%, nahmen die Sachkosten zu, die sich auf 25,7 Mrd. Euro beliefen. Knapp die Hälfte davon (12,2 Mrd. Euro) entfiel auf Kosten für den medizinischen Bedarf. Innerhalb dieser Kostenart hatten Arzneimittel mit 24,0% bzw. 2,9 Mrd. Euro den größten Anteil. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen.

Tabelle 18-12

Brutto-Gesamtkosten nach Kostenarten 2007

| Kostenart ¹⁾ | Insgesamt | | Anteil an den Brutto-Gesamt- kosten | Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr | Brutto-Kosten je vollstationären Fall | |
|--|-------------------|-------------|---|---|--|-------------------------------|
| | in 1000 EUR | in % | | | Fall | Berechnungs-/ Belegungstag |
| Personalkosten insgesamt | 41 929 684 | 60,6 | 1,7 | 2 441 | 293 | |
| Ärztlicher Dienst | 11 400 138 | 16,5 | 6,5 | 664 | 80 | |
| Pflegedienst | 13 915 564 | 20,1 | 0,2 | 810 | 97 | |
| Medizinisch-technischer Dienst | 5 603 142 | 8,1 | 1,4 | 326 | 39 | |
| Funktionsdienst | 4 049 848 | 5,9 | 1,6 | 236 | 28 | |
| Klinisches Hauspersonal | 416 198 | 0,6 | -5,9 | 24 | 3 | |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst | 1 709 007 | 2,5 | -4,9 | 99 | 12 | |
| Technischer Dienst | 835 351 | 1,2 | -1,4 | 49 | 6 | |
| Verwaltungsdienst | 2 736 698 | 4,0 | 0,5 | 159 | 19 | |
| Sonderdienste | 204 191 | 0,3 | -0,4 | 12 | 1 | |
| Sonstiges Personal | 325 124 | 0,5 | 3,8 | 19 | 2 | |
| Nicht zurechenbare Personalkosten | 734 423 | 1,1 | -6,7 | 43 | 5 | |
| Sachkosten insgesamt | 25 720 747 | 37,2 | 7,3 | 1 497 | 180 | |
| Lebensmittel | 1 417 365 | 2,0 | 4,7 | 83 | 10 | |
| Medizinischer Bedarf | 12 235 290 | 17,7 | 7,4 | 712 | 86 | |
| dar.: Arzneimittel | 2 936 970 | 4,2 | 7,5 | 171 | 21 | |
| Blut, Blutkonserven und -plasma | 733 299 | 1,1 | 11,8 | 43 | 5 | |
| Verband-, Heil-, Hilfsmittel | 239 160 | 0,3 | 1,7 | 14 | 2 | |
| Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente | 1 347 940 | 1,9 | 6,6 | 78 | 9 | |
| Narkose- und sonstiger OP-Bedarf | 1 467 731 | 2,1 | 8,4 | 85 | 10 | |
| Laborbedarf | 929 659 | 1,3 | 2,5 | 54 | 7 | |
| Wasser, Energie, Brennstoffe | 1 742 764 | 2,5 | 4,7 | 101 | 12 | |

Tabelle 18-12
Fortsetzung

| Kostenart ¹⁾ | Insgesamt | | Anteil an den Brutto-Gesamtkosten | | Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr | | Brutto-Kosten je vollstationären | |
|--|-------------------|--------------|-----------------------------------|-------------|---|------------|----------------------------------|--|
| | in 1 000 EUR | in % | in % | in % | Fall | in EUR | Berechnungs-/ Belegungstag | |
| Wirtschaftsbedarf | 2 408 750 | 3,5 | | 4,3 | 140 | 17 | | |
| Verwaltungsbedarf | 1 668 751 | 2,4 | | 8,2 | 97 | 12 | | |
| Zentrale Verwaltungsdienste | 558 084 | 0,8 | | 10,1 | 32 | 4 | | |
| Zentrale Gemeinschaftsdienste | 289 158 | 0,4 | | 31,9 | 17 | 2 | | |
| Versicherungen und sonstige Abgaben | 679 561 | 1,0 | | 3,2 | 40 | 5 | | |
| Pflegesatzfähige Instandhaltung | 3 037 170 | 4,4 | | 5,0 | 177 | 21 | | |
| Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter | 64 363 | 0,1 | | 8,3 | 4 | 0 | | |
| Sonstiges | 1 619 492 | 2,3 | | 18,8 | 94 | 11 | | |
| Zinsen und ähnliche Aufwendungen | 306 018 | 0,4 | | 16,6 | 18 | 2 | | |
| Steuern | 118 476 | 0,2 | | 18,5 | 7 | 1 | | |
| Kosten der Krankenhäuser insgesamt | 68 074 924 | 98,4 | | 3,9 | 3 963 | 476 | | |
| Kosten der Ausbildungsstätten | 480 265 | 0,7 | | X | 28 | 3 | | |
| Aufwendungen für den Ausbildungsfonds | 639 302 | 0,9 | | X | 37 | 4 | | |
| Brutto-Gesamtkosten | 69 194 491 | 100,0 | | 4,6 | 4 028 | 484 | | |
| Abzüge insgesamt | 8 744 758 | 12,6 | | 8,0 | 509 | 61 | | |
| Ambulanz | 2 891 209 | 4,2 | | 8,2 | 168 | 20 | | |
| Wissenschaftliche Forschung und Lehre | 2 330 457 | 3,4 | | 4,7 | 136 | 16 | | |
| Sonstige Abzüge | 3 523 092 | 5,1 | | 10,0 | 205 | 25 | | |
| Bereinigte Kosten | 60 449 733 | 87,4 | | 4,1 | 3 519 | 423 | | |

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.

X = grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Tabelle 18-13

Brutto-Gesamtkosten je vollstationären Behandlungsfall 2007 nach Ländern

| Bundesland | Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser ¹⁾ | | | | | | | | | | | Abzüge | Bereinigte Kosten |
|------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------|------------|------------------------------|--------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------|----------------------|
| | Insgesamt | Kosten der Ausbildungsstätten | Aufwendungen für den Ausbildungsfonds | zusammen | | | Kosten der Krankenhäuser | | | Steuern | | | |
| | | | | zusammen | zusammen | zusammen | Personalkosten ²⁾ | Sachkosten | Zinsen u. ähnliche Aufwendungen | darunter ärztlicher Dienst | darunter medizin. Bedarf | | |
| in EUR | | | | | | | | | | | | | |
| Deutschland | 4 028 | 28 | 37 | 3 963 | 2 441 | 664 | 810 | 1 497 | 712 | 18 | 7 | 509 | 3 519 |
| Baden-Württemberg | 4 485 | 29 | 79 | 4 377 | 2 783 | 745 | 885 | 1 569 | 781 | 17 | 8 | 737 | 3 748 |
| Bayern | 4 044 | 24 | 54 | 3 967 | 2 452 | 636 | 828 | 1 491 | 729 | 16 | 7 | 422 | 3 622 |
| Berlin | 4 723 | 34 | 49 | 4 640 | 2 714 | 795 | 795 | 1 901 | 805 | 15 | 9 | 795 | 3 927 |
| Brandenburg | 3 284 | 29 | 3 | 3 252 | 1 912 | 547 | 700 | 1 306 | 590 | 23 | 10 | 142 | 3 142 |
| Bremen | 4 244 | 32 | 38 | 4 174 | 2 749 | 756 | 914 | 1 404 | 705 | 18 | 3 | 450 | 3 794 |
| Hamburg | 5 130 | 41 | 24 | 5 065 | 2 876 | 876 | 874 | 2 103 | 930 | 84 | 1 | 894 | 4 236 |
| Hessen | 4 009 | 26 | 55 | 3 928 | 2 376 | 626 | 822 | 1 529 | 729 | 18 | 5 | 404 | 3 605 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 3 450 | 14 | - | 3 436 | 2 062 | 602 | 662 | 1 349 | 672 | 16 | 10 | 364 | 3 087 |
| Niedersachsen | 4 139 | 32 | 77 | 4 030 | 2 545 | 674 | 836 | 1 462 | 694 | 17 | 6 | 611 | 3 528 |
| Nordrhein-Westfalen | 3 969 | 29 | - | 3 941 | 2 446 | 665 | 817 | 1 473 | 677 | 16 | 6 | 575 | 3 394 |
| Rheinland-Pfalz | 3 797 | 25 | 70 | 3 702 | 2 380 | 641 | 814 | 1 299 | 628 | 18 | 5 | 402 | 3 396 |
| Saarland | 4 282 | 46 | 79 | 4 156 | 2 589 | 657 | 925 | 1 551 | 739 | 16 | 1 | 400 | 3 881 |
| Sachsen | 3 423 | 24 | 6 | 3 393 | 1 961 | 559 | 683 | 1 408 | 694 | 6 | 19 | 232 | 3 191 |
| Sachsen-Anhalt | 3 661 | 21 | 4 | 3 636 | 2 221 | 610 | 742 | 1 401 | 706 | 8 | 6 | 307 | 3 355 |
| Schleswig-Holstein | 3 984 | 52 | 44 | 3 888 | 2 323 | 657 | 797 | 1 536 | 743 | 23 | 6 | 499 | 3 485 |
| Thüringen | 3 507 | 6 | - | 3 501 | 2 152 | 626 | 689 | 1 323 | 655 | 23 | 2 | 301 | 3 206 |

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 2010

Wido

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%.

Bei der Ermittlung der bereinigten Kosten der Krankenhäuser im Jahr 2007 unter Berücksichtigung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds erhöhen sich die Brutto-Gesamtkosten um 0,6 Mrd. Euro. Die um den nichtstationären Anteil (die Abzüge) bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) betragen 60,4 Mrd. Euro. Setzt man die bereinigten Kosten in Beziehung zur Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle, so entstanden den Krankenhäusern 2007 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 3 519 Euro je Fall.

Die Höhe der bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) je Krankenhausfall variiert zwischen den Bundesländern. Die Stadtstaaten Hamburg und Berlin rangierten mit 4 236 Euro und 3 927 Euro auf den Spitzenpositionen. 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 3 881 Euro je Fall die höchsten Kosten auf. Am niedrigsten waren sie in Mecklenburg-Vorpommern (3 087 Euro) und Brandenburg (3 142 Euro).

Zusätzlich zur regionalen Betrachtung der bereinigten Kosten stellt Tabelle 18–13 die (Brutto-)Gesamtkosten nach Kostenarten dar. So hatten die Krankenhäuser Brandenburgs mit durchschnittlich 1 912 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall. In Hamburg betragen demgegenüber die Personalkosten je Fall 2 876 Euro. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1 299 Euro in Rheinland-Pfalz an. Im Vergleich dazu lagen die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern um 61,9% höher bei 2 103 Euro.

This page intentionally left blank

19 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Kranken- hauspatienten 2007

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 2007. 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 2007 waren dies insgesamt 17,57 Millionen Patienten, damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich erneut angestiegen. Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

The hospital diagnosis statistics reflect all inpatient cases in Germany. This article describes the 2007 results. These official statistics is carried out annually since 1993 and include all hospitals in Germany. Hospitals are obliged to disclose information. All inpatients who were discharged from hospital in the respective year are registered. In 2007, this applied to 17.57 million patients altogether. Again the number of patients has increased.

The diagnosis data are described by specific indicators such as main diagnosis, age, sex, average length of stay and department. Some of the data are standardised in order to be able to describe morbidity according to age and sex. Thus demographic effects can be eliminated and it is possible to make statements independently from the actual age and sex structure of the population.

19

19.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahrs 2007 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 19, 20 und 21).

Im Rahmen der Diagnosestatistik werden alle im Laufe des Berichtsjahres aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten¹ sowie die im Krankenhaus Verstorbenen erfasst. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Patienten wird jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall nachgewiesen (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Angaben zur Diagnosestatistik entnehmen die Krankenhäuser der vorhandenen Patientendokumentation.

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche anstellen zu können, werden die Ergebnisse der Diagnosestatistik teilweise alters- und geschlechtsstandardisiert. Mit Hilfe der Standardisierung werden die Ergebnisse um den demographischen Effekt bereinigt. Dies erlaubt bevölkerungsunabhängige intertemporale und interregionale Vergleiche zwischen strukturell verschiedenen Gesamtheiten. Dadurch können Veränderungen beim Auftreten bestimmter Krankheiten aus rein epidemiologischer Sicht beurteilt werden, ohne dass die Ergebnisse durch sich verändernde Bevölkerungsstrukturen verzerrt werden. Genauer: Mit dieser Methode kann gezeigt werden, ob sich das Risiko jedes Einzelnen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, erhöht hat oder nicht. Beispiel: Wenn im Vergleich zu 1995 heute mehr Menschen in Deutschland über 80 Jahre alt sind, treten in dieser Altersklasse auch mehr Krankheiten auf.² Gleichzeitig hat sich aber trotz der steigenden Anzahl der Erkrankungen (bedingt durch die größere Bevölkerungsgruppe in diesem Alter) das Risiko des Einzelnen daran zu erkranken nicht erhöht.

19.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2007 wurden insgesamt fast 17,6 Millionen vollstationäre Krankenhausfälle in der Krankenhausdiagnosestatistik erfasst. Es handelt sich hierbei um alle Krankenhausfälle inklusive Sterbe- und Stundenfälle einschließlich gesunder Neugeborener. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle seit 2005 wieder zugenommen hat. In den Jahren 2000 bis 2002 gab es zunächst einen Anstieg um fast 200 000 Fälle. Diesem Anstieg jedoch folgte ein Rückgang um über 300 000 Fälle in den darauffolgenden drei Jahren. Seit dem Berichtsjahr 2005 steigt die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle wieder: Dieser Anstieg ist zwischen 2005 und 2006 zunächst nur sehr leicht um gut 100 000 Fälle ausgefallen und liegt nun mit einer Steigerung um über 425 000

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.

Fälle deutlich über dem Vorjahresniveau. Diese neuere Entwicklung betrifft sowohl die Männer als auch die Frauen.

Bezogen auf die Fälle je 100 000 Einwohner bedeutet dies einen Anstieg um 535 Fälle auf 21 270 Fälle je 100 000 Einwohner, wobei es im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern einen Anstieg um 2,5% und bei den Frauen um 2,7% gab.

Ob es sich bei diesen Daten um Effekte der demographischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten³: Zwischen 2000 und 2007 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle sowohl insgesamt zurückgegangen (um 1,4%) als auch bei den jeweiligen Geschlechtern rückläufig. Allerdings ist auch die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle parallel zu den absoluten Zahlen seit zwei Jahren ansteigend. Zwischen 2007 und 2006 liegt dieser Anstieg bei 1,8%.

Zwischen 2000 und 2007 ist die Zahl der Behandlungsfälle bei Frauen sogar um 2,5% auf 21 589 gesunken, die der Männer um 0,8% auf 17 990 Behandlungsfälle. Dabei ist die Veränderung der standardisierten Behandlungsfälle verglichen mit den Vorjahren unterschiedlich stark ausgefallen. Bei den Frauen ist diese Rate bis 2005 kontinuierlich mit größer werdendem Niveau zurückgegangen und ist seitdem wieder ansteigend, wohingegen sie bei den Männern unterschiedlich ausfällt. Zwischen 2002 und 2003 ist sie bspw. um 1,1% zurückgegangen, im darauffolgenden Jahr jedoch wieder um 0,7% gestiegen.

Zu beachten ist hierbei, dass ein direkter Vergleich zwischen Männern und Frauen nur bedingt möglich ist, da Frauen von Natur aus wegen Schwangerschaft und Geburt häufiger im Krankenhaus behandelt werden.

Ein weiterer wichtiger Indikator für Aspekte wie mögliche Einsparpotenziale und Effizienz in Krankenhäusern ist die Verweildauer. Sie dient gleichermaßen als Ansatzpunkt für die Qualität der stationären Versorgung. Viele Datennutzer erwarten wie auch in den Jahren zuvor einen Rückgang der Verweildauer in den Krankenhäusern. Insbesondere die Notwendigkeit 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 fast 1,5 Tage auf zuletzt durchschnittlich 8,3 Tage im Jahr 2007 gesunken. Für den Berichtsraum 2000 bis 2007 bedeutet dies, dass sich immer noch kein Sättigungseffekt eingestellt hat und der Wert von durchschnittlich 8,3 Tagen Verweildauer im Jahr 2007 den geringsten Wert seit Erstellung der Statistik darstellt. Prognosen, ob es auch in Zukunft zu einem weiteren Rückgang der Verweildauer kommt, können an dieser Stelle nicht mit belastbaren Daten abgegeben werden. Daher wird dieser Entwicklung bei künftigen Datenanalysen eine besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, ein weiteres Indiz für die Bestätigung der These, dass weitere Einsparpotenziale zu erwarten sind, heranzuziehen. Die Entwicklung der Anzahl der Kurzlieger (1 bis 3 Tage im Krankenhaus) ist scheinbar eng mit der Entwicklung der Verweildauer verknüpft, da sie einen konträren Verlauf aufweist. Das bedeutet, dass die Anzahl der Kurzlieger automatisch steigt, wenn die Verweildauer sinkt. Diese Entwicklung ist deutlich innerhalb der letzten Jahre zu sehen. Dies ist auch beim Vergleich der Jahre 2007 und 2006 zu beobachten: Die Zahl der

3 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“, ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 19-1
Kennzahlen der Patienten im Überblick

| Gegenstand der Nachweisung | Berichtsjahr | | | | | | | Veränderung 2007 zu | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|----------|----------|---------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2007 ¹⁾ | 2006 ¹⁾ | 2005 ¹⁾ | 2004 ¹⁾ | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 |
| | Anzahl | | | | | | | | | | | | | | |
| | in % | | | | | | | | | | | | | | |
| Behandlungsfälle insgesamt²⁾ | 17568576 | 17142476 | 17033775 | 17233624 | 17313222 | 17363164 | 17259596 | 17187527 | 2,5 | 3,1 | 1,9 | 1,5 | 1,2 | 1,8 | 2,2 |
| – Männer | 8188483 | 7995913 | 7923621 | 7968271 | 7907222 | 7899881 | 7813749 | 7754764 | 2,4 | 3,3 | 2,8 | 3,6 | 3,7 | 4,8 | 5,6 |
| – Frauen | 9379967 | 9146276 | 9110081 | 9265287 | 9405898 | 9462283 | 9445553 | 9432580 | 2,6 | 3,0 | 1,2 | -0,3 | -0,9 | -0,7 | -0,6 |
| Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter | 17497527 | 17078512 | 16970819 | 17159213 | 17244171 | 17295691 | 17183495 | 17109205 | 2,5 | 3,1 | 2,0 | 1,5 | 1,2 | 1,8 | 2,3 |
| – Männer | 8149525 | 7960327 | 7889241 | 7929456 | 7871052 | 7864729 | 7774416 | 7713291 | 2,4 | 3,3 | 2,8 | 3,5 | 3,6 | 4,8 | 5,7 |
| – Frauen | 9348002 | 9118185 | 9081578 | 9229757 | 9373119 | 9430962 | 9409079 | 9395914 | 2,5 | 2,9 | 1,3 | -0,3 | -0,9 | -0,6 | -0,5 |
| Behandlungsfälle je 100000 Einwohner³⁾ | 21270 | 20735 | 20580 | 20799 | 20897 | 20969 | 20869 | 20817 | 2,6 | 3,4 | 2,3 | 1,8 | 1,4 | 1,9 | 2,2 |
| – Männer | 20228 | 19744 | 19553 | 19652 | 19507 | 19510 | 19332 | 19227 | 2,5 | 3,5 | 2,9 | 3,7 | 3,7 | 4,6 | 5,2 |
| – Frauen | 22270 | 21685 | 21564 | 21897 | 22226 | 22363 | 22336 | 22333 | 2,7 | 3,3 | 1,7 | 0,2 | -0,4 | -0,3 | -0,3 |
| Behandlungsfälle je 100000 Einwohner (standardisiert)^{3)a)} | 20003 | 19651 | 19629 | 19962 | 20030 | 20213 | 20230 | 20293 | 1,8 | 1,9 | 0,2 | -0,1 | -1,0 | -1,1 | -1,4 |
| – Männer | 17990 | 17753 | 17744 | 17992 | 17859 | 18051 | 18066 | 18130 | 1,3 | 1,4 | -0,0 | 0,7 | -0,3 | -0,4 | -0,8 |
| – Frauen | 21589 | 21144 | 21122 | 21549 | 21821 | 22015 | 22057 | 22134 | 2,1 | 2,2 | 0,2 | -1,1 | -1,9 | -2,1 | -2,5 |
| Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)^{b)} | 52,8 | 52,5 | 52,1 | 51,9 | 52,7 | 52,3 | 51,8 | 51,3 | 0,6 | 1,4 | 1,8 | 0,2 | 1,0 | 2,0 | 2,9 |
| – Männer | 52,0 | 51,6 | 51,2 | 51,0 | 51,9 | 51,3 | 50,8 | 50,3 | 0,8 | 1,5 | 1,9 | 0,2 | 1,3 | 2,3 | 3,4 |
| – Frauen | 53,5 | 53,2 | 52,9 | 52,7 | 53,5 | 53,1 | 52,7 | 52,2 | 0,6 | 1,2 | 1,6 | 0,1 | 0,8 | 1,6 | 2,6 |
| Altersspezifische Rate je 100000 Einwohner^{c)} | | | | | | | | | | | | | | | |
| – unter 15 Jahre | 15810 | 15427 | 15284 | 14678 | 11386 | 11381 | 11559 | 11748 | 2,5 | 3,4 | 7,7 | 38,9 | 38,9 | 36,8 | 34,6 |
| – 15 bis unter 45 Jahre | 12634 | 12361 | 12348 | 12783 | 13512 | 13835 | 13969 | 14146 | 2,2 | 2,3 | -1,2 | -6,5 | -8,7 | -9,6 | -10,7 |

Tabelle 19-1
Fortsetzung

| Gegenstand der Nachweisung | Berichtsjahr | | | | | | | Veränderung 2007 zu | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2007 ¹⁾ | 2006 ¹⁾ | 2005 ¹⁾ | 2004 ¹⁾ | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 |
| | Anzahl | | | | | | | | | | | | | | |
| - 45 bis unter 65 Jahre | 19339 | 19319 | 19498 | 20319 | 21372 | 21735 | 21802 | 21879 | 0,1 | -0,8 | -4,8 | -9,5 | -11,0 | -11,3 | -11,6 |
| - 65 bis unter 85 Jahre | 42622 | 41772 | 41971 | 42775 | 43665 | 43467 | 43049 | 42781 | 2,0 | 1,6 | -0,4 | -2,4 | -1,9 | -1,0 | -0,4 |
| - 85 Jahre und mehr | 63964 | 61604 | 61171 | 59913 | 61838 | 62305 | 61067 | 59980 | 3,8 | 4,6 | 6,8 | 3,4 | 2,7 | 4,7 | 6,6 |
| Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) | 8,3 | 8,4 | 8,6 | 8,6 | 9,0 | 9,3 | 9,4 | 9,7 | -1,2 | -3,5 | -3,5 | -7,8 | -10,3 | -11,6 | -14,4 |
| Stundenfälle innerhalb eines Tages | 493400 | 493861 | 506891 | 606418 | 687725 | 730578 | 740280 | 777404 | -0,1 | -2,7 | -18,6 | -28,3 | -32,5 | -33,3 | -36,5 |
| Kurzlieger (1 bis 3 Tage) | 5944592 | 5631308 | 5401207 | 5406254 | 5262823 | 5072670 | 4896539 | 4710656 | 5,6 | 10,1 | 10,0 | 13,0 | 17,2 | 21,4 | 26,2 |
| Sterbefälle | 395169 | 389339 | 392715 | 384805 | 404526 | 399519 | 391408 | 399413 | 1,5 | 0,6 | 2,7 | -2,3 | -1,1 | 1,0 | -1,1 |
| Erfassungsgrad (in %) | 99,4 | 98,9 | 100,0 | 100,0 | 100,1 | 99,6 | 99,6 | 99,6 | 0,5 | -0,6 | -0,6 | -0,7 | -0,2 | -0,2 | -0,2 |

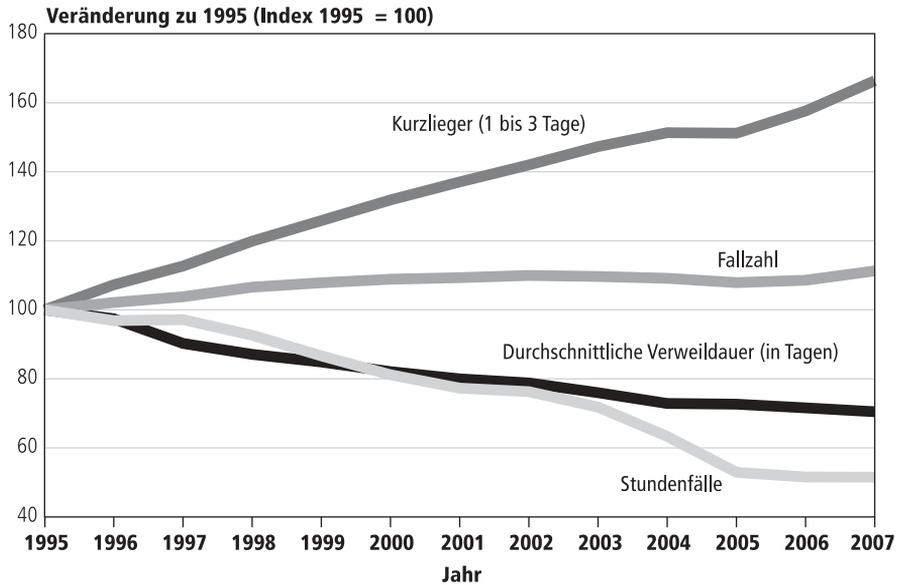
1) Ab Berichtsjahr 2003 einschließlich gesunder Neugeborener.
 2) Behandlungsfälle einschließlich der Patienten mit unbekanntem Geschlecht.
 3) Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“.
 4) Durchschnittsalter 2000 bis 2002 auf Basis einer 10-prozentigen Stichprobe.
 5) Ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 19–1

Kennzahlen im Zeitvergleich 1995–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Kurzlieger ist parallel zur Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer um 5,6% auf über 5,9 Millionen gestiegen (Tabelle 20–1).

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich somit ein uneinheitliches Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle steigt, die Verweildauer hingegen konnte nach einer Stagnation in den Jahren 2004/2005 wieder gesenkt werden, parallel dazu ist die Zahl der Kurzlieger angestiegen. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklungen direkte Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben (bspw. in Form einer Verschiebung dorthin). In welchem Maße dies geschehen ist, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (vgl. Abbildung 19–1).

19.3 Strukturdaten der Krankenhauspatienten

Sowohl in den Grunddaten und der DRG-Statistik als auch in der Diagnosestatistik wird die Anzahl der entlassenen Patienten ermittelt. Alle Statistiken werden unabhängig voneinander erhoben. Im direkten Vergleich der Diagnosestatistik mit den Grunddaten hat sich gezeigt, dass es in den Jahren 2000 bis 2002 immer eine leichte Untererfassung in den Diagnosedaten gab, die bei 0,4% lag. Lag die Übereinstimmung im Berichtsjahr 2004 noch bei 100%, ist sowohl im Berichtsjahr 2006 (98,9%) als auch 2007 (99,4%) eine leichte Untererfassung in der Diagnosestatistik zu finden.

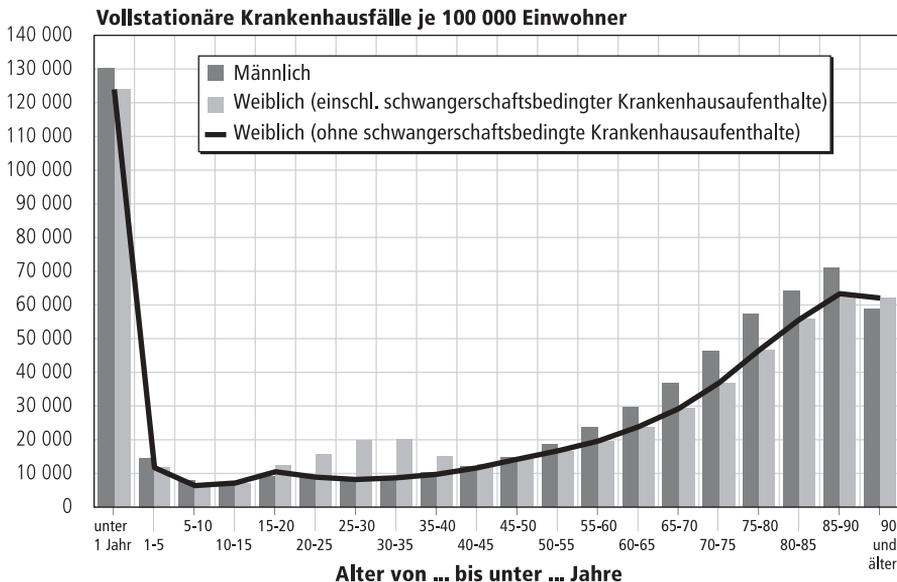
19.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2007 waren von den rund 17,57 Millionen Behandlungsfällen 8,19 Millionen männlichen und rund 9,38 Millionen weiblichen Geschlechtes. Die Männer haben demnach einen Anteil von 46,6% und die Frauen von 53,4%. Bezogen auf die standardisierte Bevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durchschnittlich 17990 Männer und 21 589 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengenommen wurden 20003 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 352 Fälle je 100 000 Einwohner bzw. 1,8% mehr als noch im Vorjahr.

Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich weiter erhöht. Im Jahr 2007 lag es bei 52,8 Jahren, wobei die Frauen mit 53,5 Jahren um 1,5 Jahre älter als die Männer waren. Der Grund hierfür ist der höhere Anteil der Frauen in den hohen Altersgruppen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Behandlungshäufigkeit mit dem Alter steigt. So wurden bspw. in der Gruppe der 15- bis 45-Jährigen 12 634 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, wohingegen es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen 63 964 Personen waren, also über fünfmal so viel.

Die Entwicklung der altersspezifischen Rate je 100 000 Einwohner seit dem Jahre 2000 ist uneinheitlich: Bei den unter 15-Jährigen ist diese Rate zunächst bis 2002 um 3,1% zurückgegangen, seitdem aber ist ein leichter Anstieg der Behandlungsfälle zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen hingegen ist

Abbildung 19–2
Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WiDO

die Zahl bis 2006 kontinuierlich um 11,7% auf 19319 gesunken, zwischen 2007 und 2006 hingegen ganz leicht um 0,1% angestiegen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2007 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (siehe Abbildung 19–2). Bei den 15- bis 45-Jährigen zeigt sich zwar zunächst, dass mehr 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 (10 504 Frauen zu 9 066 Männern) und der über 90-Jährigen (62 039 Frauen zu 58 744 Männern) mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. Die größten Unterschiede sind in folgenden Altersgruppen zu finden: Zum einen wurden bei den 1- bis 5-Jährigen und bei den 5- bis 10-Jährigen 19,6% bzw. 19,8% weniger Mädchen als Jungen behandelt; zum anderen findet sich ein ähnliches Verhältnis auch in den Altersgruppen der 60- bis 65-, der 65- bis 70- und der 70- bis 75-Jährigen (19,6%, 20,6% und 20,3%).

Vergleicht man den Anteil der Absolutzahlen der Behandlungsfälle je Altersklasse, so zeigt sich auch hier, 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 bei ca. 52/53%. Lediglich in den Altersgruppen der 15- bis 45-Jährigen (verursacht durch schwangerschaftsbedingte Behandlungen) und der 75-Jährigen und älteren Patienten (verursacht durch den höheren Anteil der Frauen in den hohen Altersklassen) liegen die Zahlen der Männer unter denen der Frauen.

19.3.2 Verweildauer der Patienten

Seit dem Berichtsjahr 2003 wird die Fallzahl im Krankenhaus-Report 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.

2007 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 8,3 Tagen. Dies entspricht einem Rückgang um 0,1 Tag (–1,2%) im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt ist die Verweildauer seit dem Jahr 2000 um 14,4% gesunken.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es nur leichte Unterschiede: Männer lagen mit durchschnittlich 8,2 Tagen etwas kürzer im Krankenhaus als Frauen mit durchschnittlich 8,4 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 ungeachtet des Geschlechts die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern bis zur Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt und nur bei den Hochbetagten leicht abnimmt. Zudem ist nach einer Stagnation der durchschnittlichen Ver-

weildauer in den Jahren 2004/2005 bereits im zweiten Jahr hintereinander ein weiterer Rückgang der Verweildauer zu beobachten.

2007 verbrachten insgesamt über 5,94 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 33,8% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 32,9%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 0,9 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 bis zum Jahr 2007 um 26,2% gestiegen. Die Zahlen zeigen, dass es nach wie vor Ziel der Behandlungen ist, die Patienten früher als in den Vorjahren zu entlassen. Damit können sowohl die Kosten als auch die Belastung des eigenen Personals gesenkt werden.

Patienten, die zwar vollstationär aufgenommen werden, bei denen sich jedoch innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig ist bzw. die innerhalb des ersten Tages versterben, werden in der Krankenhausstatistik als Stundenfälle bezeichnet. 2007 gab es insgesamt knapp 493 400 Stundenfälle – dies sind 467 Fälle weniger als noch im Jahr zuvor. Verglichen mit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Stundenfälle damit um 36,5% gesunken (Tabelle 19–2).

Tabelle 19–2

Verweildauer der Patienten 2007

| Verweildauer in Tagen | Patienten | | | Berechnungs- und Belegungstage | | |
|--------------------------|-------------------|--------------|-----------|--------------------------------|--------------|-----------|
| | Anzahl | Anteil | kumuliert | Anzahl | Anteil | kumuliert |
| | | in % | | | in % | |
| Insgesamt | 17 568 576 | 100,0 | – | 146 087 727 | 100,0 | – |
| Stundenfall | 493 400 | 2,8 | 2,8 | 493 400 | 0,3 | 0,3 |
| 1 | 1 961 408 | 11,2 | 14,0 | 1 961 406 | 1,3 | 1,7 |
| 2 | 2 094 163 | 11,9 | 25,9 | 4 188 322 | 2,9 | 4,5 |
| 3 | 1 889 021 | 10,8 | 36,6 | 5 667 060 | 3,9 | 8,4 |
| 4 | 1 635 910 | 9,3 | 46,0 | 6 543 640 | 4,5 | 12,9 |
| 5 | 1 309 719 | 7,5 | 53,4 | 6 548 595 | 4,5 | 17,4 |
| 6 | 1 107 269 | 6,3 | 59,7 | 6 643 614 | 4,5 | 21,9 |
| 7 | 1 016 365 | 5,8 | 65,5 | 7 114 555 | 4,9 | 26,8 |
| 8–9 | 1 482 837 | 8,4 | 73,9 | 12 521 975 | 8,6 | 35,4 |
| 10–12 | 1 372 962 | 7,8 | 81,8 | 14 959 175 | 10,2 | 45,6 |
| 13–14 | 731 621 | 4,2 | 85,9 | 9 877 181 | 6,8 | 52,4 |
| 15–21 | 1 251 626 | 7,1 | 93,0 | 21 758 005 | 14,9 | 67,3 |
| 22–28 | 503 414 | 2,9 | 95,9 | 12 388 560 | 8,5 | 75,8 |
| 29–35 | 251 662 | 1,4 | 97,3 | 7 967 620 | 5,5 | 81,2 |
| 36–42 | 149 156 | 0,8 | 98,2 | 5 792 123 | 4,0 | 85,2 |
| 43–70 | 223 151 | 1,3 | 99,5 | 11 871 215 | 8,1 | 93,3 |
| 71–182 | 90 724 | 0,5 | 100,0 | 8 647 321 | 5,9 | 99,2 |
| 183–365 | 3 894 | 0,0 | 100,0 | 932 115 | 0,6 | 99,9 |
| 366 u. länger | 274 | 0,0 | 100,0 | 211 845 | 0,1 | 100,0 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

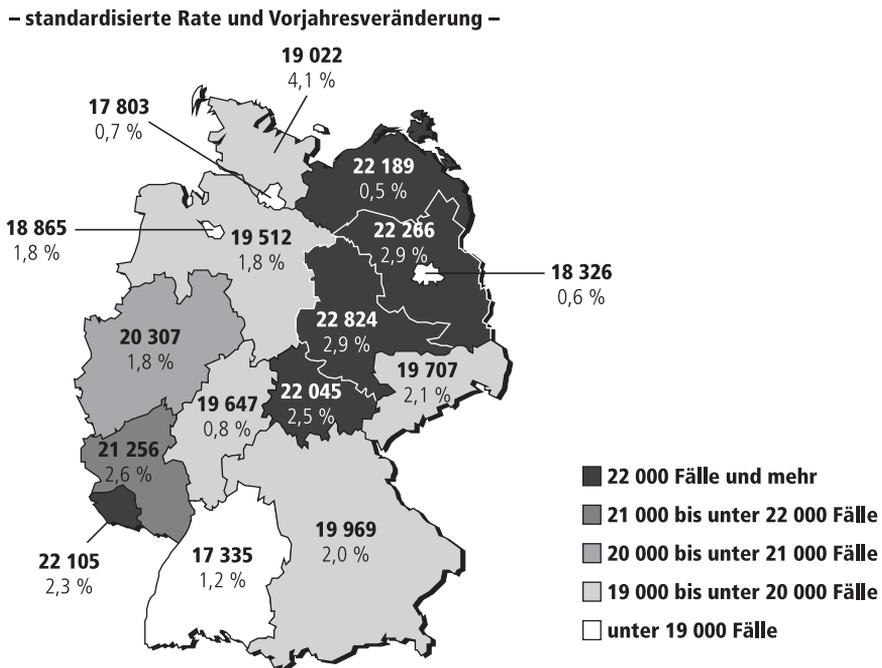
Insgesamt 395 169 Personen sind 2007 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen insgesamt (827 155) beträgt der Anteil 47,8%. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung darstellt, da beiden Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und 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 Wohnort im Ausland und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

19.3.3 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 geschlechtsstandar-

Abbildung 19–3

Patienten (einschl. Stundenfälle) je 100 000 Einwohner nach Bundesländern (Wohnort) 2007 – standardisierte Rate und Vorjahresveränderung



Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 19–3

Patienten nach Wohnort 2000 und 2007

| Wohnort des Patienten | Patienten ¹⁾²⁾ | Berechnungs- und Belegungstage ¹⁾²⁾ | Durchschnittliche Verweildauer ²⁾ |
|------------------------|---------------------------|---|---|
| | | Veränderung 2007/2000 in % | |
| Deutschland | -5,3 | -18,7 | -12,8 |
| Baden-Württemberg | -8,7 | -20,3 | -11,4 |
| Bayern | -8,2 | -22,5 | -14,4 |
| Berlin | -5,1 | -23,6 | -18,7 |
| Brandenburg | 1,3 | -14,5 | -13,4 |
| Bremen | -6,7 | -21,1 | -14,3 |
| Hamburg | -3,6 | -21,8 | -18,7 |
| Hessen | -3,1 | -16,1 | -12,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | -5,6 | -13,3 | -6,2 |
| Niedersachsen | -6,6 | -18,4 | -11,3 |
| Nordrhein-Westfalen | -3,9 | -17,9 | -13,1 |
| Rheinland-Pfalz | -4,8 | -15,8 | -10,0 |
| Saarland | -7,1 | -14,5 | -5,7 |
| Sachsen | -1,1 | -19,8 | -18,2 |
| Sachsen-Anhalt | -2,1 | -14,1 | -10,6 |
| Schleswig-Holstein | -9,6 | -16,4 | -6,2 |
| Thüringen | -0,3 | -15,6 | -13,9 |

¹⁾ Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“

²⁾ Ohne gesunde Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

disiert. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Bevölkerung der Bundesländer im Hinblick auf ihre Alters- und Geschlechtsstruktur voneinander unterscheidet. Hierzu wird eine einheitliche Bevölkerungsstruktur in Anlehnung an die Ergebnisse der Volkszählung von 1987 unterstellt, wodurch ein Vergleich der standardisierten Raten der Bundesländer ermöglicht wird. Die standardisierte Fallzahl sagt aus, wie viele Personen wegen einer bestimmten Krankheit vollstationär behandelt werden müssten, wenn die Altersstruktur der gewählten Standardbevölkerung von 1987 vorliegen würde (Abbildung 19–3 und Tabelle 19–3).

Im Vergleich zu 2000 verringerten sich sowohl die standardisierte Fallzahl als auch die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Verweildauer weiter. Insgesamt hat sich die Zahl der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Deutschland nach Wohnort von 2007 zu 2000 um 5,3 % verringert. Bis auf eine Ausnahme (Brandenburg) sind die Veränderungsdaten überall negativ, allerdings ist die Spannweite unterschiedlich groß.

Die größten Rückgänge sind in Schleswig-Holstein (-9,6 %), Baden-Württemberg (-8,7 %) und Bayern (-8,2 %) zu beobachten, die geringsten Rückgänge finden sich, wie auch in den Vorjahren, in drei ostdeutschen Ländern wieder: So liegen die

Zahlen in Sachsen mit $-1,1\%$, Thüringen mit $-0,3\%$ und Brandenburg mit einem Anstieg um $1,3\%$ deutlich unter den Veränderungsraten der übrigen Länder.

Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Die Rückgänge betragen zwischen $13,3\%$ (Mecklenburg-Vorpommern) und $23,6\%$ (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 zurückgegangen. Die Veränderungsrate der Verweildauer der Patientinnen und Patienten nach dem Wohnortprinzip variieren hierbei je nach Bundesland zwischen $-5,7\%$ im Saarland und $-18,7\%$ in Hamburg und Berlin. In drei von 16 Bundesländern ist die durchschnittliche Verweildauer um über 10% zurückgegangen.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 hat Sachsen-Anhalt mit 22 824 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle aufzuweisen, gefolgt von Brandenburg mit 22 266 und Mecklenburg-Vorpommern mit 22 189 Fällen. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (20 003 Fälle je 100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze werden hierbei von Baden-Württemberg (17 335 Fälle), Hamburg (17 803 Fälle) und Berlin (18 326 Fälle) belegt.

Der Vergleich der Berichtsjahre 2007 und 2006 zeigt unterschiedliche Veränderungsrate der standardisierten Rate der Krankenhausfälle zwischen den einzelnen Bundesländern. Grundsätzlich ist diese Zahl in allen Ländern angestiegen. In Schleswig-Holstein ($+4,1\%$), Sachsen-Anhalt und Brandenburg (mit jeweils $+2,9\%$) liegen sie am höchsten, in Mecklenburg-Vorpommern ($+0,5\%$), Berlin ($+0,6\%$) und Hamburg ($+0,7\%$) am niedrigsten.

19.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2007 galt die 10. Revision (ICD-10). Die Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben und als diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Terminus „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Daher ist diese genaue Definition wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 19-4).

Tabelle 19-4
Patienten nach Diagnosekapiteln 2007

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | Patientinnen und Patienten | | | | Patientinnen und Patienten | | | |
|----------|--|----------------------------|----------------|------------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|------------------------------------|----------|
| | | Insgesamt ¹⁾ | | Männlich | Weiblich | Insgesamt | | Männlich | Weiblich |
| | | Anzahl | | je 100 000 Einwohner ²⁾ | | Anzahl | | je 100 000 Einwohner ²⁾ | |
| | Insgesamt | 17568576 | 8188483 | 9379967 | 21270 | 20228 | 21692 | 21692 | |
| A00-B99 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 483969 | 232841 | 251126 | 586 | 575 | 596 | 596 | |
| C00-D48 | Neubildungen | 1856121 | 918528 | 937590 | 2247 | 2269 | 2225 | 2225 | |
| D50-D90 | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 118966 | 48721 | 70245 | 144 | 120 | 167 | 167 | |
| E00-E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 473444 | 190537 | 282903 | 574 | 471 | 672 | 672 | |
| F00-F99 | Psychische und Verhaltensstörungen | 1093641 | 587627 | 506013 | 1325 | 1452 | 1202 | 1202 | |
| G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems | 678937 | 362392 | 316540 | 821 | 895 | 751 | 751 | |
| H00-H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 313552 | 133997 | 179552 | 379 | 331 | 426 | 426 | |
| H60-H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 147839 | 69516 | 78323 | 179 | 172 | 186 | 186 | |
| I00-I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems | 2627928 | 1383366 | 1244560 | 3185 | 3421 | 2958 | 2958 | |
| J00-J99 | Krankheiten des Atmungssystems | 1088890 | 597017 | 491871 | 1320 | 1478 | 1169 | 1169 | |
| K00-K93 | Krankheiten des Verdauungssystems | 1736084 | 863339 | 872742 | 2103 | 2135 | 2073 | 2073 | |
| L00-L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 239995 | 128186 | 111809 | 290 | 317 | 265 | 265 | |
| M00-M99 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 1523927 | 653080 | 870828 | 1845 | 1613 | 2067 | 2067 | |
| N00-N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems | 934813 | 397198 | 537615 | 1132 | 981 | 1276 | 1276 | |
| O00-O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 942250 | – | 942250 | 2237 | – | 2237 | 2237 | |
| P00-P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 174471 | 95687 | 78784 | 211 | 237 | 187 | 187 | |
| Q00-Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 106111 | 57268 | 48841 | 127 | 141 | 115 | 115 | |
| R00-R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 693522 | 315764 | 377755 | 839 | 779 | 897 | 897 | |
| S00-T98 | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 1709480 | 840184 | 869292 | 2065 | 2069 | 2062 | 2062 | |

Tabelle 19-4
Fortsetzung

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | Patientinnen und Patienten | | Patientinnen und Patienten | | Patientinnen und Patienten | |
|----------|--|----------------------------|----------|------------------------------------|-----------|----------------------------|----------|
| | | Insgesamt ¹⁾ | Männlich | Weiblich | Insgesamt | Männlich | Weiblich |
| | | Anzahl | | je 100.000 Einwohner ²⁾ | | | |
| Z00-Z99 | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen | 621 616 | 311 949 | 309 656 | 753 | 2 069 | 2 062 |
| U00-U99 | Schlüsselnummern für besondere Zwecke | 46 | 15 | 31 | 0 | 0 | 0 |
| | Ohne Diagnoseangabe | 2 974 | 1 271 | 1 641 | 2 | 2 | 3 |

¹⁾ Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Geschlecht

²⁾ Altersspezifische Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

19.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 19.3.1 erläuterte Entwicklung der Behandlungsfälle durchzieht nicht jedes Diagnosekapitel. Die Zahlen variieren zwischen den Kapiteln zum Teil erheblich.

Doch zunächst ist es hilfreich, eine Art Rangliste der Kapitel der ICD nach Behandlungsfällen zu erstellen. Wie im vorherigen Berichtsjahr auch waren die Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) die bedeutendsten Krankheiten in Deutschland: Über 2,62 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von 15 % an allen Kapiteln entspricht. Im Vergleich zu 1996 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 1,4 % erhöht.

An zweiter Stelle folgen Krankheiten des Kapitels C00 bis D48 (Neubildungen). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit insgesamt über 1,85 Millionen Fällen (10,6 % an allen Behandlungsfällen) die wichtigsten Diagnosen dar. Im Vergleich zu 1996 ist die Zahl um fast 3,1 % zurückgegangen. An dritter Stelle liegen Krankheiten des Verdauungssystems (K00 bis K93) mit fast 1,74 Millionen Fälle und einem Anteil von 9,9 % an allen Diagnosen. Im Gegensatz zu den beiden ersten genannten Diagnosen ist die Anzahl der Behandlungsfälle der Krankheiten des Verdauungssystems im Vergleich der Jahre 2007 und 1996 stark gestiegen, und zwar um 14,8 % (Tabelle 19–5).

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 86,3 % (1996: 364 344 Fälle und 2007: 678 937 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 64,5 % erhöht und auch die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 bis M99) stiegen um 43,5 % im Vergleich zum Jahr 1996 an.

Wichtiges Indiz für die Qualität der Krankenhausdiagnosestatistik ist die Anzahl und der Anteil derjenigen Fälle, die keine Diagnoseangabe beinhalten. 1996 wurden noch 50 165 Behandlungsfälle ohne Diagnoseangabe gezählt, was einem Anteil von 0,3 % entspricht. 2007 hingegen ist diese Zahl auf 2 974 gesunken und hat einen kaum mehr messbaren Anteil in Höhe von unter 0,017 %. 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. Trotzdem ist es auffällig, dass dieser geringe Wert der Fälle ohne Diagnoseangabe 2007 deutlich über dem Wert des Jahres 2006 von 509 Fällen liegt. Warum diese Zahl im Vergleich zum Vorjahr wieder deutlich angestiegen ist, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden. Allerdings war die Entwicklung dieser Zahl bereits in der Vergangenheit uneinheitlich.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate) hat sich bezogen auf 100 000 Einwohner in den Jahren 1996 und 2007 die Diagnose „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ um fast 70 % erhöht. Die Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99) haben in dieser Zeit um 69,1 % zugenommen. Starke Rückgänge von 39,0 % sind nur bei den Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) und den Krankheiten des Uroge-

Tabelle 19-5
Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln 2007 bis 1996

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | Patientinnen und Patienten ¹⁾ | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | 1999 | 1998 | 1997 | 1996 |
| | Insgesamt | 17 568 576 | 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 |
| A00-B99 | Infektöse und parasitäre Krankheiten | 483 969 | 451 116 | 415 410 | 412 958 | 409 155 | 393 817 | 352 785 | 329 936 | 308 892 | 300 425 | 297 099 | 294 135 |
| C00-D48 | Neubildungen | 1 856 121 | 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 |
| D50-D90 | Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 118 966 | 117 695 | 115 318 | 116 533 | 116 319 | 113 297 | 111 114 | 106 089 | 114 571 | 113 681 | 110 755 | 106 804 |
| E00-E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 473 444 | 471 375 | 463 384 | 469 626 | 486 261 | 486 438 | 505 019 | 491 764 | 472 992 | 477 270 | 463 022 | 457 752 |
| F00-F99 | Psychische und Verhaltensstörungen | 1 093 641 | 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 |
| G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems | 678 937 | 672 490 | 694 826 | 700 420 | 691 001 | 680 888 | 673 813 | 648 072 | 417 938 | 392 950 | 377 062 | 364 344 |
| H00-H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 313 552 | 313 861 | 310 195 | 332 250 | 369 288 | 393 315 | 405 155 | 420 426 | 432 201 | 432 012 | 442 975 | 439 507 |
| H60-H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 147 839 | 144 855 | 142 657 | 149 569 | 162 730 | 176 060 | 186 513 | 191 999 | 188 259 | 188 801 | 181 735 | 177 713 |
| I00-I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems | 2 627 928 | 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 |
| J00-J99 | Krankheiten des Atmungssystems | 1 088 890 | 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 |
| K00-K93 | Krankheiten des Verdauungssystems | 1 736 084 | 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 |
| L00-L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 239 995 | 233 276 | 228 294 | 232 012 | 241 431 | 242 721 | 243 799 | 241 796 | 246 789 | 243 277 | 234 007 | 229 583 |
| M00-M99 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 1 523 927 | 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 |
| N00-N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems | 934 813 | 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 |
| O00-O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 942 250 | 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 |
| P00-P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 174 471 | 1 67 686 | 162 561 | 144 749 | 108 409 | 108 058 | 109 323 | 114 560 | 111 406 | 111 827 | 115 726 | 118 428 |
| Q00-Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien | 106 111 | 103 253 | 107 273 | 112 094 | 117 737 | 123 906 | 126 115 | 131 469 | 121 586 | 123 005 | 126 497 | 127 312 |
| R00-R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a. n. k. | 693 522 | 653 688 | 601 540 | 558 054 | 537 788 | 551 863 | 535 504 | 536 781 | 681 024 | 673 106 | 633 428 | 571 506 |

Tabelle 19-5
Fortsetzung

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | Patientinnen und Patienten ¹⁾ | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| | | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 | 1999 | 1998 | 1997 | 1996 | |
| | | Anzahl | | | | | | | | | | | | |
| S00-T98 | Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen | 1 709 480 | 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 | |
| Z00-Z99 | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen | 621 616 | 617 430 | 656 960 | 629 841 | 325 464 | 296 366 | 288 861 | 109 298 | 182 251 | 181 915 | 179 999 | 165 648 | |
| Z38 | darunter: gesunde Neugeborene | 489 434 | 480 848 | 495 683 | 444 306 | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | Ohne Diagnoseangabe | 2 974 | 509 | 4 677 | 6 786 | 2 686 | 15 633 | 22 030 | 34 507 | 23 717 | 25 891 | 31 827 | 50 165 | |

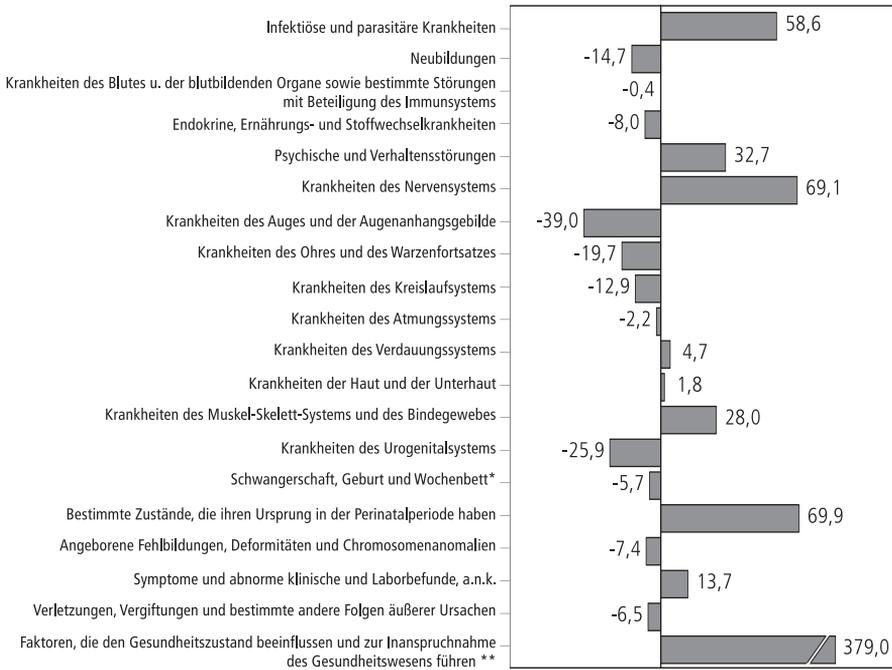
¹⁾ Berichtsjahre 1995–2003 ohne Z38; gesunde Neugeborene a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 19–4

Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 1996 zu 2007 – standardisierte Rate



* Standardisiert anhand der weiblichen Bevölkerung

** Einschließlich gesunde Neugeborene im Jahr 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

nitalsystems (N00 bis N99) mit 25,9% festzustellen. Im direkten Vergleich ist lediglich der Bereich der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50 bis D90) mit -0,4% nahezu konstant geblieben (Abbildung 19–4).

19.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2007 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38), sie wurde insgesamt 489 425 Mal gezählt. Dies ist damit zu begründen, dass zum ersten Mal mit dem Berichtsjahr 2004 die gesunden Neugeborenen erfasst wurden. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist somit noch nicht möglich.

Mit 335 191 Behandlungsfällen war die Herzinsuffizienz (I50) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 17 706 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor (31 745 Behandlungsfälle).

Bei den weiblichen Patienten war die Position „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38) die häufigste Diagnose. Auf sie entfallen über 243 500 Fälle. Mit

weitem Abstand folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in über 178 000 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Bei dieser Diagnose war das Durchschnittsalter der Patientinnen mit 80 Jahren am höchsten. Die Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) war in 147 000 Fällen der Behandlungsgrund, das Durchschnittsalter betrug 61 Jahre. Die Gallensteine (Cholelithiasis – K80) folgen mit rund 139 000 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren mit 57 Jahren jünger als die bisher genannten.

Bei den männlichen Patienten ergibt sich ein etwas anderes Bild: 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 233 000 Fällen Anlass für den stationären Aufenthalt der Männer waren. Damit ist die Zahl der Behandlungsfälle bei dieser Diagnose wieder angestiegen. Die Angina Pectoris war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden rund 178 000 Fälle behandelt.

Über alle Diagnosen hinweg liegt das Durchschnittsalter der Frauen bei 53,5 und das der Männer bei 52,8 Jahren (vgl. Tabelle 19–6).

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 mit 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 19–6

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007

| Rang | ICD-Pos. | Hauptdiagnose | Patienten | Durchschnittliche Verweildauer | Durchschnittliches Alter |
|---------------|----------|--|------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | | Anzahl | in Tagen | in Jahren |
| Männer | | | | | |
| | | Insgesamt | 8 188 483 | 8,2 | 52,8 |
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 245 838 | 3,8 | 0 |
| 2 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 233 278 | 8,6 | 44 |
| 3 | I20 | Angina pectoris | 177 595 | 5,2 | 65 |
| 4 | I50 | Herzinsuffizienz | 156 893 | 11,5 | 73 |
| 5 | K40 | Hernia inguinalis | 148 363 | 3,7 | 56 |
| 6 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 144 579 | 6,1 | 66 |
| 7 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 134 721 | 8,8 | 66 |
| 8 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 131 461 | 8,2 | 66 |
| 9 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 123 417 | 4,3 | 33 |
| 10 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 112 508 | 9,9 | 56 |
| 11 | I48 | Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 107 623 | 5,6 | 65 |

Tabelle 19–6

Fortsetzung

| Rang | ICD-Pos. | Hauptdiagnose | Patienten | Durchschnittliche Verweildauer | Durchschnittliches Alter |
|---------------|----------|--|------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | | Anzahl | in Tagen | in Jahren |
| Männer | | | | | |
| 12 | I63 | Hirnfarkt | 101 254 | 12,9 | 70 |
| 13 | G47 | Schlafstörungen | 100 469 | 1,9 | 55 |
| 14 | I70 | Atherosklerose | 100 213 | 12,6 | 68 |
| 15 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 91 773 | 10,5 | 70 |
| 16 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 89 424 | 8,6 | 69 |
| 17 | E11 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 89 347 | 13,9 | 67 |
| 18 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 77 865 | 8,3 | 51 |
| 19 | N20 | Nieren- und Ureterstein | 74 107 | 3,9 | 51 |
| 20 | G40 | Epilepsie | 72 789 | 6,3 | 44 |
| Frauen | | | | | |
| | | Insgesamt | 9 379 967 | 8,4 | 53,5 |
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 243 587 | 3,8 | 0 |
| 2 | I50 | Herzinsuffizienz | 178 298 | 11,8 | 80 |
| 3 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma) | 147 222 | 7,3 | 61 |
| 4 | K80 | Cholelithiasis | 138 965 | 6,9 | 57 |
| 5 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 128 371 | 12,2 | 69 |
| 6 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 120 880 | 6,1 | 70 |
| 7 | O70 | Dammiss unter der Geburt | 112 001 | 3,7 | 30 |
| 8 | S72 | Fraktur des Femurs | 110 330 | 17,4 | 79 |
| 9 | I63 | Hirnfarkt | 107 878 | 13,3 | 76 |
| 10 | I20 | Angina pectoris | 107 717 | 5,6 | 70 |
| 11 | I48 | Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 100 534 | 7,3 | 73 |
| 12 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 97 117 | 3,9 | 41 |
| 13 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 94 709 | 14,4 | 69 |
| 14 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 92 046 | 10,1 | 60 |
| 15 | D25 | Leiomyom des Uterus | 86 483 | 6,7 | 46 |
| 16 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 85 888 | 6,5 | 63 |
| 17 | E11 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 85 061 | 12,3 | 73 |
| 18 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 82 840 | 8,0 | 43 |
| 19 | R55 | Synkope und Kollaps | 82 049 | 5,8 | 64 |
| 20 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 78 962 | 9,8 | 75 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Die größten Übereinstimmungen anhand der absoluten Zahl der Behandlungsfälle ergeben sich demnach in den Kapiteln Krankheiten des Verdauungssystems (K00 bis K93), 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 bei der Diagnose „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96) vertreten. Hier liegt der Anteil mit 54,8% gut 6 Prozentpunkte über dem eigentlichen Bevölkerungsanteil. Klammert man das Kapitel Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus, dominieren Frauen am stärksten im Diagnosekapitel E00 bis E90 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten): Hier liegt ihr Anteil mit rund 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 rund 58% eher Frauen als Männer (Abbildung 19–5).

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 65-Jährige und über 65-Jährige.

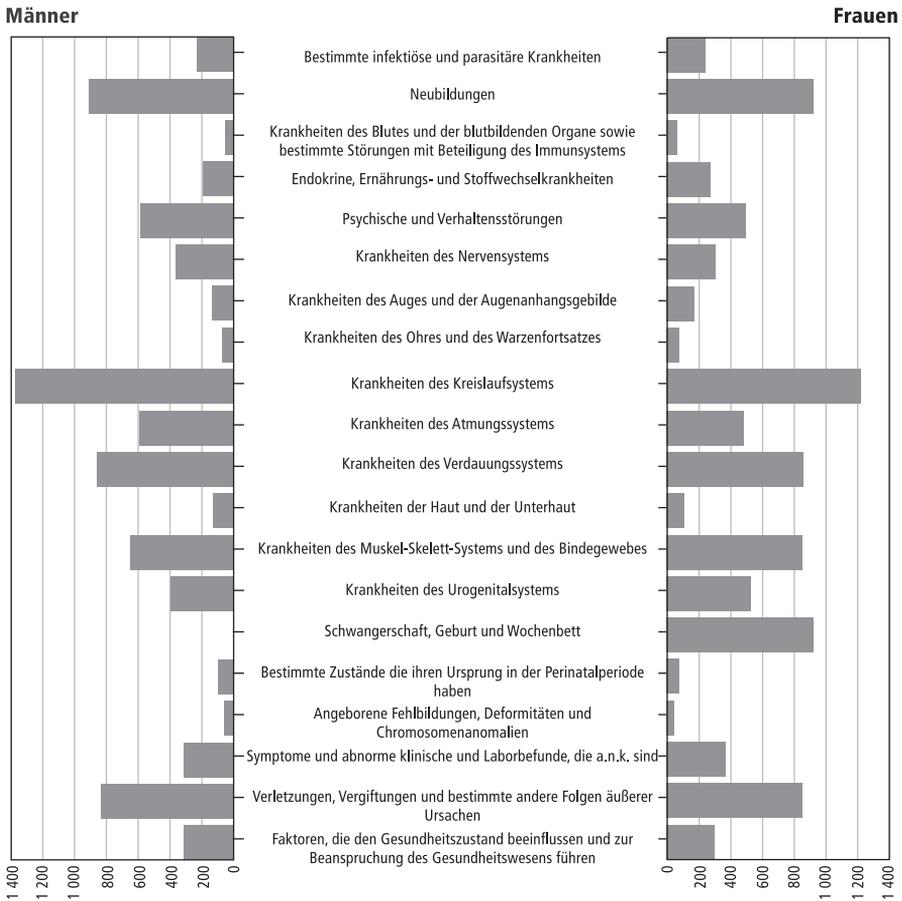
Sowohl bei den Mädchen wie auch bei den Jungen unter 15 Jahren wurde 2007 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (243 587 Fälle bei Mädchen und 245 838 bei Jungen). Mit weitem Abstand rangieren die Chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (35 309 Fälle bei Mädchen und 42 363 bei Jungen) und die Intrakraniellen Verletzungen (29 138 Fälle bei Mädchen und 38 428 bei Jungen) dahinter.

In der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen unterscheidet sich das Bild. Bei den Frauen dominieren deutlich die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt: Mit 111 897 Fällen steht hier der Dammriss unter der Geburt an erster Stelle. Dahinter liegen die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (68 774 Fälle) und die Spontangeburt eines Einlings (63 536 Fälle). Die Krankenhausaufenthalte der Männer dieser Altersgruppe sind dagegen hauptsächlich durch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (112 398 Fälle), Intrakranielle Verletzungen (43 672 Fälle) sowie Schizophrenie (38 039 Fälle) bedingt.

Die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (104 381 Fälle) sind es auch, die Männer im Alter zwischen 45 und 65 Jahren ins Krankenhaus bringen. Die Angina Pectoris liegt an zweiter Stelle (64 669 Fälle), gefolgt von der Chronischen ischämischen Herzkrankheit mit 51 254 Fällen. Bei den Frauen ist die Bösartige Neubildung der Brustdrüse in 66 678 Fällen verantwortlich für eine stationäre Behandlung. Die Cholelithiasis (45 724 Fälle) und das Leiomyom des Uterus (44 345 Fälle) liegen dahinter.

In der letzten hier erwähnten Altersgruppe (65 und älter) ist es die Herzinsuffizienz, die sowohl bei den Männern (129 620 Fälle) wie auch bei den Frauen (166 927 Fälle) die am meisten verbreitete Hauptdiagnose darstellt. Bei den Frauen liegt die Fraktur des Femurs mit 100 234 Fällen und der Hirninfarkt mit 93 374 Fällen dahinter. Bei den Männern sind es weitere Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems, die

Abbildung 19–5
 Patienten nach Diagnosekapiteln 2007 (Anzahl in 1 000)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

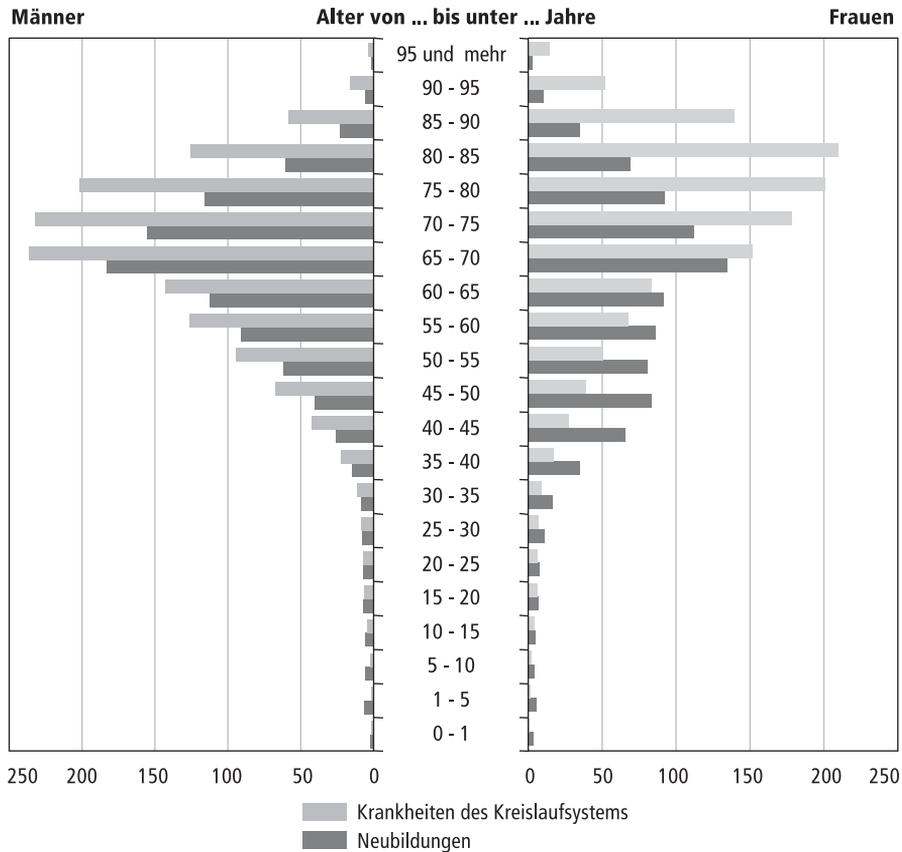
WIdO

einen Krankenhausaufenthalt vonnöten machen: Angina Pectoris (104 221 Fälle) und die Chronische ischämische Herzkrankheit (89 600 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 19–6).

Abbildung 19–6

Altersstruktur der Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen 2007 – Anzahl in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

19.4.3 Verweildauer bei bestimmten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäuser Behandelten sinkt insgesamt (vgl. Tabelle 19–7). Bezogen auf die Diagnosekapitel der ICD trifft diese Entwicklung fast ausnahmslos auf alle Bereiche zu. Lediglich bei Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen (S00 bis T98) ist die durchschnittliche Verweildauer konstant geblieben. Insgesamt betrug die Verweildauer im Jahr 2007 im Schnitt 8,3 Tage und liegt damit um 0,1 Tage unter dem Vorjahr. Verglichen mit dem Jahr 2000 beträgt der Rückgang sogar 1,4 Tage.

Die Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer über die Kapitel hinweg ist unterschiedlich. Die längste Verweildauer weisen nach wie vor die Psychischen und

Tabelle 19–7

Verweildauer der Patienten nach Diagnosekapiteln 2000–2007 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | Durchschnittliche Verweildauer | | | | | | | |
|----------|--|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 |
| | Insgesamt | 8,3 | 8,4 | 8,6 | 8,6 | 9,0 | 9,3 | 9,4 | 9,7 |
| A00-B99 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 7,8 | 7,9 | 8,0 | 8,0 | 8,2 | 8,5 | 8,8 | 9,1 |
| C00-D48 | Neubildungen | 8,7 | 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 | 7,7 | 7,9 | 8,2 | 8,1 | 8,4 | 8,8 | 9,0 | 9,3 |
| E00-E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 9,0 | 9,2 | 9,5 | 9,4 | 9,6 | 9,9 | 10,0 | 10,5 |
| F00-F99 | Psychische und Verhaltensstörungen | 20,8 | 20,9 | 20,8 | 21,4 | 22,8 | 22,7 | 22,6 | 23,8 |
| G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems | 7,2 | 7,3 | 7,4 | 7,3 | 7,9 | 8,2 | 8,6 | 9,3 |
| H00-H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 3,7 | 3,8 | 3,9 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 4,2 |
| H60-H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 5,4 | 5,7 | 5,7 | 5,8 | 6,0 | 6,3 | 6,5 | 6,7 |
| I00-I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems | 8,8 | 8,9 | 9,0 | 9,0 | 9,3 | 9,7 | 10,0 | 10,3 |
| J00-J99 | Krankheiten des Atmungssystems | 7,6 | 7,8 | 7,9 | 7,9 | 8,0 | 8,1 | 8,2 | 8,5 |
| K00-K93 | Krankheiten des Verdauungssystems | 7,2 | 7,4 | 7,5 | 7,5 | 7,8 | 8,1 | 8,3 | 8,5 |
| L00-L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 8,7 | 9,1 | 9,5 | 9,6 | 10,2 | 11,0 | 11,2 | 11,7 |
| M00-M99 | Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes | 9,0 | 9,3 | 9,5 | 9,7 | 10,0 | 10,7 | 11,0 | 11,5 |
| N00-N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems | 6,0 | 6,2 | 6,3 | 6,1 | 6,0 | 6,4 | 6,5 | 6,7 |
| O00-O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 4,6 | 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 | 10,0 | 10,3 | 10,4 | 11,4 | 13,7 | 14,1 | 13,9 | 14,0 |
| Q00-Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 6,3 | 6,5 | 6,6 | 6,7 | 6,9 | 7,2 | 7,3 | 7,5 |
| R00-R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 4,7 | 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 | 8,1 | 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* | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 3,7 | 4,3 | 4,7 | 5,0 |
| | Ohne Diagnose | 6,9 | 7,3 | 8,6 | 5,5 | 17,7 | 9,7 | 9,9 | 7,3 |

¹⁾ Ab Berichtsjahr 2003 einschließlich gesunder Neugeborener

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Verhaltensstörungen auf (F00 bis F99), hier betrug sie 20,8 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 10,0 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 (3,7) nach Hause gehen. Nur unwesentlich länger – nämlich 3,8 Tage – verblieben Personen im Krankenhaus, die aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99), behandelt wurden. Mit 4,6 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 (2007 zu 2006), 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 4,4% auf 8,7 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Bei einem Vergleich über die letzten sechs Jahre (2007 zu 2000) ergibt sich folgendes Bild: Bei allen Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu 2000 überall 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 31,9% gesenkt werden. Der Rückgang bei den Bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96), betrug 28,6%. Auch die Verweildauer bei den Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 bis L99) ist mit über 25,6% zurückgegangen.

Den geringsten Rückgang verzeichnen mit 6,5% die Neubildungen (C00 bis D48) und mit 10,4% die Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99).

Insgesamt wurden 65,5% der Patienten (über 11,5 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich dieser Anteil um 1,0 Prozentpunkte. Diese Patientengruppe verursachte 26,8% aller Berechnungs- und Belegungstage. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 85,9% der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen. Mit 52,4% fiel somit über die Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage in dieser Verweildauer an. Die Anzahl der Langlieger (mit einer Verweildauer von über einem Jahr) lag 2007 bei 274 (2006: 366) und ist damit gesunken.

19.4.4 Regionale Verteilung der Diagnosen

Im Folgenden werden die in den Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose auf Länderebene analysiert. Die Auswertung der Daten nach dem Wohnort und nicht nach dem Behandlungsort der Patienten gibt Aufschluss über die Anzahl der Einwohner eines Bundeslandes, die wegen bestimmter Erkrankungen vollstationär behandelt wurden. Sie ist damit wichtig für epidemiologische Aussagen. Der Wohnort der Patienten lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Behandlungsort zu, denn es ist gängige Praxis, dass sich Patienten auch

in anderen Bundesländern einer vollstationären Krankenhausbehandlung unterziehen.

Um den demografischen Effekt auszuschließen, werden auch hier die standardisierten Daten herangezogen. Demnach ließen sich die meisten Patienten je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt behandeln (22 824 Fälle je 100 000 Einwohner), auf den Plätzen zwei und drei folgen Brandenburg mit 22 266 Fällen und Mecklenburg-Vorpommern mit 22 189 Fällen (vgl. Tabelle 19–8). Bezogen auf diese Quote weist Baden-Württemberg mit 17 335 Fällen je 100 000 Einwohner den niedrigsten Wert auf und lag somit um 13,3 % unter dem Bundesdurchschnitt (20 003 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 3 208 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) auf und lagen damit um 21,3 % über dem Bundesdurchschnitt (2 644 Fälle). An zweiter Stelle liegt Thüringen mit 3 101 Patientinnen und Patienten (Abbildung 19–7).

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen (C00 bis D48) betrug 1 929 Fälle je 100 000 Einwohner. Baden-Württemberg (1 670 Fälle) und Niedersachsen (1 717 Fälle) lagen um 13,4 % und knapp 11 % unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 333 Fällen und Thüringen mit 2 221 Fällen je 100 000 Einwohner.

Rund 2 183 Patienten mussten sich im Jahr 2007 wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Sachsen-Anhalt behandeln lassen. Thüringen liegt mit 2 175 Patienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 1 917 wird insbesondere von den Ländern Hamburg (1 585) und Baden-Württemberg (1 620) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosengruppe sind Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99). Insgesamt neun Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 313 Patienten. Mit 1 602 Fällen je 100 000 Einwohner liegt Bremen an der Spitze und damit über 22 % über dem Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein (1 595) und das Saarland (1 591) liegen weit über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber stehen Baden-Württemberg und Hessen mit 13,3 % und 6,5 % unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland.

19.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2007

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 2007 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezogen, die im Jahr 2007 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden die 20 Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsdaten des Jahres 2007 gegen-

Tabelle 19-8
Patienten nach Krankheitsklassen und Wohnort je 100 000 Einwohner – standardisierte Rate

| ICD-Pos. | Diagnosekapitel | je 100 000 Einwohner ⁽¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-------------------------------------|-------------------|--------|--------|-------------|--------|---------|--------|------------------------|---------------|---------------------|-----------------|----------|---------|----------------|--------------------|-----------|
| | | 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 (standardisierte Rate) | 20 003 | 17 335 | 19 969 | 18 326 | 22 266 | 18 865 | 17 803 | 19 647 | 22 189 | 19 512 | 21 307 | 21 256 | 22 105 | 19 707 | 22 824 | 19 022 | 22 045 |
| A00-B99 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 583 | 494 | 571 | 488 | 681 | 532 | 540 | 552 | 740 | 563 | 613 | 721 | 770 | 619 | 768 | 479 | 655 |
| C00-D48 | Neubildungen | 1 929 | 1 670 | 1 881 | 1 876 | 2 333 | 1 875 | 1 796 | 1 900 | 2 135 | 1 717 | 2 039 | 2 025 | 2 160 | 2 039 | 2 176 | 1 803 | 2 221 |
| D50-D90 | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 126 | 117 | 116 | 125 | 155 | 117 | 112 | 121 | 168 | 123 | 130 | 120 | 127 | 132 | 152 | 123 | 130 |
| E00-E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 497 | 431 | 511 | 471 | 602 | 446 | 362 | 481 | 688 | 468 | 513 | 444 | 522 | 520 | 639 | 412 | 622 |
| F00-F99 | Psychische und Verhaltensstörungen | 1 313 | 1 138 | 1 254 | 1 351 | 1 322 | 1 602 | 1 302 | 1 228 | 1 474 | 1 262 | 1 442 | 1 315 | 1 591 | 1 233 | 1 414 | 1 595 | 1 284 |
| G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems | 747 | 570 | 737 | 639 | 814 | 672 | 679 | 716 | 855 | 701 | 859 | 852 | 968 | 675 | 768 | 721 | 978 |
| H00-H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde | 324 | 266 | 296 | 369 | 321 | 247 | 445 | 286 | 365 | 331 | 332 | 314 | 377 | 371 | 332 | 408 | 374 |
| H60-H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 170 | 144 | 151 | 131 | 235 | 157 | 143 | 181 | 246 | 192 | 175 | 169 | 195 | 167 | 241 | 127 | 178 |
| I00-I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems | 2 644 | 2 235 | 2 543 | 2 657 | 3 060 | 2 156 | 2 197 | 2 543 | 3 040 | 2 487 | 2 909 | 2 822 | 3 208 | 2 446 | 2 995 | 2 451 | 3 101 |
| J00-J99 | Krankheiten des Atmungssystems | 1 289 | 1 078 | 1 251 | 1 132 | 1 498 | 1 324 | 1 236 | 1 273 | 1 618 | 1 311 | 1 385 | 1 375 | 1 414 | 1 229 | 1 785 | 1 094 | 1 380 |
| K00-K93 | Krankheiten des Verdauungssystems | 1 917 | 1 620 | 1 872 | 1 792 | 2 042 | 1 723 | 1 585 | 1 893 | 2 032 | 1 896 | 2 106 | 2 064 | 2 135 | 1 888 | 2 183 | 1 743 | 2 175 |
| L00-L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 287 | 230 | 284 | 271 | 310 | 293 | 252 | 289 | 323 | 280 | 318 | 280 | 257 | 289 | 374 | 261 | 312 |
| M00-M99 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 1 632 | 1 353 | 1 766 | 1 366 | 1 841 | 1 598 | 1 491 | 1 575 | 1 531 | 1 636 | 1 786 | 1 765 | 1 503 | 1 443 | 1 638 | 1 683 | 1 710 |
| N00-N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems | 1 035 | 892 | 1 001 | 958 | 1 172 | 901 | 847 | 1 039 | 1 055 | 1 002 | 1 132 | 1 103 | 1 083 | 1 050 | 1 225 | 981 | 1 048 |
| O00-O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 2 685 | 2 573 | 2 546 | 2 285 | 2 877 | 2 522 | 2 209 | 2 800 | 2 912 | 2 760 | 2 805 | 2 823 | 2 512 | 2 778 | 2 891 | 2 618 | 2 851 |
| P00-P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 279 | 248 | 266 | 302 | 316 | 278 | 305 | 255 | 319 | 284 | 279 | 324 | 292 | 304 | 299 | 283 | 267 |
| Q00-Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 149 | 136 | 144 | 154 | 173 | 142 | 123 | 137 | 173 | 145 | 156 | 156 | 168 | 166 | 172 | 131 | 167 |
| R00-R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 786 | 704 | 871 | 467 | 743 | 691 | 616 | 845 | 811 | 778 | 784 | 981 | 1 043 | 774 | 989 | 732 | 772 |

Tabelle 19–8

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 |
| S00-T98 | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 1952 | 1756 | 2145 | 1667 | 2200 | 1863 | 1636 | 1844 | 2157 | 1944 | 1928 | 2000 | 1981 | 2064 | 2271 | 1874 | 2256 |
| Z00-Z99 | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen | 935 | 886 | 962 | 904 | 1011 | 917 | 956 | 990 | 1019 | 938 | 935 | 929 | 996 | 909 | 972 | 723 | 1012 |
| | Ohne Diagnoseangabe | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 15 | 3 | 0 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 0 | 14 | 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.

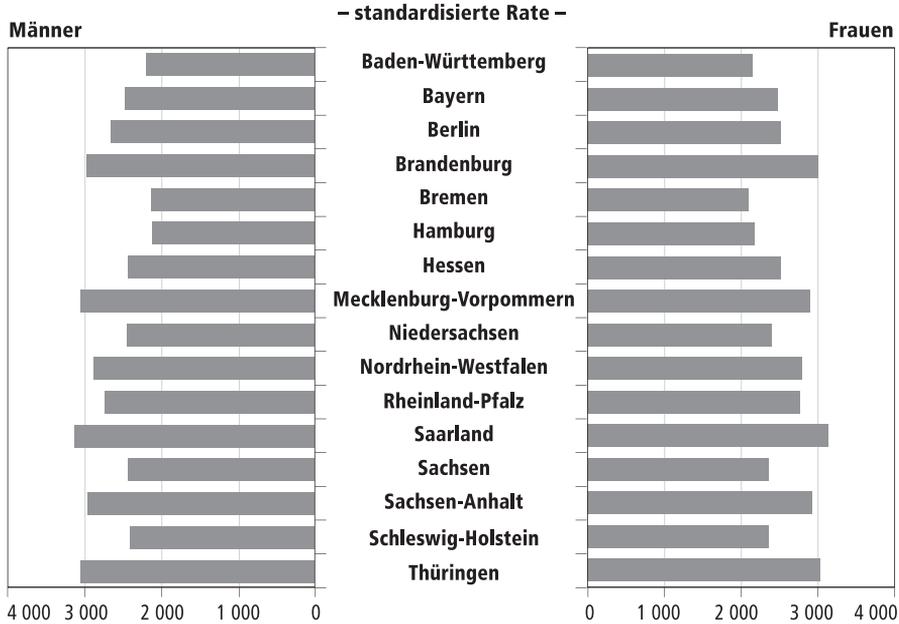
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 19–7

Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) mit Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bundesländern (Wohnort) 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

über 2001. Bei Interesse an allen Positionen auf dreistelliger oder vierstelliger Ebene können diese gegen Entgelt als Sonderauswertung beim Statistischen Bundesamt angefordert werden (gesundheitsstatistiken@destatis.de).

In Tabelle 19–9 werden die 20 Diagnosen mit den größten Veränderungsraten dargestellt. Auffällig dabei ist, dass sich besonders unter den Diagnosen mit dem stärksten Rückgang mehrere „sonstige“ Diagnosen aus dem Bereich „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ finden. Die Ursache für den Rückgang bei diesen Diagnosen kann unter anderem ein besseres Kodieren sein, wie es vor allem das DRG-Patientenklassifikationssystem erfordert.⁴ Entsprechend weisen wie im Jahr zuvor Krankenhausaufenthalte, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen (O00 bis O99), die größten Veränderungsraten auf. In der Liste der 20 Einzeldiagnosen mit den größten positiven Veränderungsraten seit 2001 gehörten im Jahr 2007 insgesamt elf der 20 Diagnosen zu diesem Diagnosekapitel.

Parallel zu den größten Rückgängen einiger Diagnosen aus dem Kapitel O00 bis O99 verzeichnen andere Diagnosen aus demselben Kapitel die größten Zuwächse:

⁴ Methodische Hintergründe darüber finden sich im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 8.

Tabelle 19-9
Die 20 Hauptdiagnosen mit den größten relativen Zuwächsen und Rückgängen 2007/2001*

| Rang | ICD-Pos. | Die 20 größten relativen Zuwächse 2007/2001 | Anzahl | | | | | | | | | | Veränderung in Prozent | | | | |
|------|----------|---|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------|-------|--------|--------|--|
| | | | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 | |
| 1 | O70 | Dammriss unter der Geburt | 112001 | 109393 | 110459 | 106387 | 82105 | 43820 | 3474 | 2,4 | -1,0 | 3,8 | 29,6 | 87,4 | 1161,4 | 3124,0 | |
| 2 | O71 | Sonstige Verletzungen unter der Geburt | 34212 | 33954 | 33551 | 30576 | 22991 | 11248 | 1174 | 0,8 | 1,2 | 9,7 | 33,0 | 104,4 | 858,1 | 2814,1 | |
| 3 | Z01 | Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose | 10447 | 8374 | 7980 | 7415 | 5425 | 2847 | 694 | 24,8 | 4,9 | 7,6 | 36,7 | 90,6 | 310,2 | 1405,3 | |
| 4 | P08 | P08 Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht | 11602 | 9694 | 8555 | 5512 | 1576 | 753 | 840 | 19,7 | 13,3 | 55,2 | 249,7 | 109,3 | -10,4 | 1281,2 | |
| 5 | O69 | Komplikationen bei Werten und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen | 19413 | 19974 | 19940 | 20015 | 15887 | 8688 | 1611 | -2,8 | 0,2 | -0,4 | 26,0 | 82,9 | 439,3 | 1105,0 | |
| 6 | Z45 | Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes | 22144 | 20449 | 19429 | 13447 | 8306 | 4760 | 2629 | 8,3 | 5,2 | 44,5 | 61,9 | 74,5 | 81,1 | 742,3 | |
| 7 | M42 | Osteochondrose der Wirbelsäule | 33819 | 28769 | 24073 | 17571 | 8927 | 5741 | 4832 | 17,6 | 19,5 | 37,0 | 96,8 | 55,5 | 18,8 | 599,9 | |
| 8 | O75 | Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert | 11653 | 11185 | 11222 | 10006 | 9209 | 7193 | 1841 | 4,2 | -0,3 | 12,2 | 8,7 | 28,0 | 290,7 | 533,0 | |
| 9 | O68 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetal distress) (fetaler Gefährzustand) | 68870 | 65953 | 64336 | 61499 | 47132 | 29850 | 12205 | 4,4 | 2,5 | 4,6 | 30,5 | 57,9 | 144,6 | 464,3 | |
| 10 | O99 | Sonst. Krankh. der Mutter, d. anderenorts klassifizierbar sind, d. jed. Schwang., Geb. u. Wochenb. kompl. | 26546 | 23508 | 20177 | 17158 | 14086 | 8826 | 5353 | 12,9 | 16,5 | 17,6 | 21,8 | 59,6 | 64,9 | 395,9 | |
| 11 | O42 | Vorzögiger Blasensprung | 58493 | 56496 | 57062 | 56651 | 48719 | 33069 | 13638 | 3,5 | -1,0 | 0,7 | 16,3 | 47,3 | 142,5 | 328,9 | |
| 12 | R07 | Hals- und Brustschmerzen | 90036 | 81589 | 70323 | 56046 | 3329 | 27892 | 21636 | 10,4 | 16,0 | 25,5 | 68,2 | 19,5 | 28,9 | 316,1 | |
| 13 | R20 | Sensibilitätsstörungen der Haut | 10952 | 8602 | 6766 | 4984 | 3984 | 3566 | 2722 | 27,3 | 27,1 | 35,8 | 25,1 | 11,7 | 31,0 | 302,4 | |
| 14 | O63 | Protrahierte Geburt | 25305 | 24591 | 24546 | 23227 | 17557 | 11614 | 6367 | 2,9 | 0,2 | 5,7 | 32,3 | 51,2 | 82,4 | 297,4 | |
| 15 | O64 | Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten | 24922 | 24201 | 24615 | 23630 | 17997 | 12013 | 6495 | 3,0 | -1,7 | 4,2 | 31,3 | 49,8 | 85,0 | 283,7 | |
| 16 | O65 | Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens | 17180 | 16851 | 17191 | 16232 | 2505 | 7975 | 4736 | 2,0 | -2,0 | 5,9 | 29,8 | 56,8 | 68,4 | 262,8 | |
| 17 | A04 | Sonstige bakterielle Darminfektionen | 30670 | 25652 | 21153 | 15697 | 10677 | 9795 | 9449 | 19,6 | 21,3 | 34,8 | 47,0 | 9,0 | 3,7 | 224,6 | |
| 18 | M48 | Sonstige Spondylopathien | 68500 | 59208 | 51793 | 44215 | 38784 | 31732 | 25041 | 15,7 | 14,3 | 17,1 | 14,0 | 22,2 | 26,7 | 173,6 | |

Tabelle 19–9
Fortsetzung

| Die 20 größten relativen Zuwächse 2007/2001 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rang | ICD-Pos. | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | Veränderung in Prozent | | | | | | |
| | | | | | | | | | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 |
| 19 | O34 | 37403 | 34397 | 30816 | 27947 | 7035 | 19697 | 14357 | 8,7 | 11,6 | 10,3 | 3,4 | 37,3 | 37,2 | 160,5 |
| | | | | | | | | | Anzahl | | | | | | |
| | | | | | | | | | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 |
| 20 | R26 | 12828 | 9397 | 8295 | 7073 | 5971 | 5712 | 4992 | 36,5 | 13,3 | 17,3 | 18,5 | 4,5 | 14,4 | 157,0 |
| | | | | | | | | | Anzahl | | | | | | |
| | | | | | | | | | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 |
| Die 20 größten relativen Rückgänge 2007/2001 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rang | ICD-Pos. | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | Veränderung in Prozent | | | | | | |
| | | | | | | | | | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 |
| 1 | O80 | 63615 | 65305 | 73325 | 99198 | 168757 | 298970 | 451471 | -2,6 | -10,9 | -26,1 | -41,2 | -43,6 | -33,8 | -85,9 |
| 2 | I64 | 19582 | 25884 | 31567 | 41384 | 69871 | 84485 | 99374 | -24,3 | -18,0 | -23,7 | -40,8 | -17,3 | -15,0 | -80,3 |
| 3 | N95 | 12617 | 14243 | 15969 | 21656 | 39144 | 46218 | 48611 | -11,4 | -10,8 | -26,3 | -44,7 | -15,3 | -4,9 | -74,0 |
| 4 | O82 | 26991 | 27320 | 32305 | 43403 | 61601 | 86287 | 101077 | -1,2 | -15,4 | -25,6 | -29,5 | -28,6 | -14,6 | -73,3 |
| 5 | O02 | 13160 | 14097 | 16894 | 25154 | 40892 | 45311 | 47697 | -6,6 | -16,6 | -32,8 | -38,5 | -9,8 | -5,0 | -72,4 |
| 6 | H26 | 16440 | 18998 | 17131 | 19791 | 26764 | 33895 | 44358 | -13,5 | 10,9 | -13,4 | -26,1 | -21,0 | -23,6 | -62,9 |
| 7 | N92 | 25296 | 25818 | 27738 | 36555 | 57146 | 61835 | 63766 | -2,0 | -6,9 | -24,1 | -36,0 | -7,6 | -3,0 | -60,3 |
| 8 | D48 | 19656 | 21066 | 23669 | 32976 | 43872 | 48636 | 48600 | -6,7 | -11,0 | -28,2 | -24,8 | -9,8 | 0,1 | -59,6 |
| 9 | I25 | 201442 | 202502 | 206133 | 249629 | 355264 | 433786 | 480661 | -0,5 | -1,8 | -17,4 | -29,7 | -18,1 | -9,8 | -58,1 |
| 10 | H25 | 96717 | 96115 | 112670 | 139404 | 176522 | 194330 | 199981 | 0,6 | -14,7 | -19,2 | -21,0 | -9,2 | -2,8 | -51,6 |
| 11 | G56 | 20024 | 20879 | 22227 | 25028 | 34583 | 37028 | 40372 | -4,1 | -6,1 | -11,2 | -27,6 | -6,6 | -8,3 | -50,4 |
| 12 | C85 | 18878 | 22558 | 24790 | 26454 | 29964 | 34118 | 36445 | -16,3 | -9,0 | -6,3 | -11,7 | -12,2 | -6,4 | -48,2 |
| 13 | O47 | 24982 | 26383 | 30118 | 35583 | 53244 | 50076 | 44782 | -5,3 | -12,4 | -15,4 | -33,2 | 6,3 | 11,8 | -44,2 |
| 14 | H91 | 21848 | 21183 | 19542 | 21739 | 26617 | 33926 | 38821 | 3,1 | 8,4 | -10,1 | -18,3 | -21,5 | -12,6 | -43,7 |
| 15 | N84 | 13595 | 14002 | 14460 | 16933 | 25491 | 25105 | 23851 | -2,9 | -3,2 | -14,6 | -33,6 | 1,5 | 5,3 | -43,0 |
| 16 | N85 | 12614 | 12992 | 13622 | 15234 | 21120 | 21545 | 21992 | -2,9 | -4,6 | -10,6 | -27,9 | -2,0 | -2,0 | -42,6 |

Tabelle 19–9

Fortsetzung

| Rang | ICD-Pos. | Anzahl | | | | | | | | | | Veränderung in Prozent | | | | | | |
|------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|-------|------------------------|-------|-------|-------|--|--|--|
| | | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | 2001 | 07/06 | 06/05 | 05/04 | 04/03 | 03/02 | 02/01 | 07/01 | | | |
| 17 | J35 | 42.233 | 145.413 | 148.092 | 171.129 | 203.854 | 223.631 | 240.175 | -2,2 | -1,8 | -13,5 | -16,1 | -8,8 | -6,9 | -40,8 | | | |
| 18 | I83 | 105.195 | 107.192 | 114.499 | 134.963 | 161.867 | 168.627 | 177.069 | -1,9 | -6,4 | -15,2 | -16,6 | -4,0 | -4,8 | -40,6 | | | |
| 19 | K92 | 42.161 | 47.608 | 50.926 | 58.868 | 66.032 | 71.052 | 66.954 | -11,4 | -6,5 | -13,5 | -10,8 | -7,1 | 6,1 | -37,0 | | | |
| 20 | T50 | 11.702 | 10.931 | 14.265 | 14.657 | 18.782 | 22.015 | 17.918 | 7,1 | -23,4 | -2,7 | -22,0 | -14,7 | 22,9 | -34,7 | | | |

*) nur Diagnosen mit mindestens 10.000 Fällen im Jahr 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Um 3 124,0% 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) sind um 2 814,1% angestiegen, gefolgt von der Position Z01 (Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose) mit einem Zuwachs von 1 405,3%.

Diese Parallelität der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass es nicht zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation bei einzelnen Diagnosen gekommen ist, sondern lediglich zu einer Verlagerung und genaueren Dokumentation. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der DRG-Statistik, die im folgenden Kapitel aufgezeigt werden.

19.6 Ausblick

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Durch die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Ergebnisse dient die Diagnosestatistik auch der epidemiologischen Forschung.

Durch die zusätzlichen Angaben aus der DRG-Statistik (Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) wird die traditionelle Krankenhausdiagnosestatistik komplettiert – sie stellt einen wichtigen Mehrwert für den gesamten Bereich der Krankenhausstatistik dar. Beide Statistiken zusammen ermöglichen nun Auswertungen auf der allgemeinen Diagnosesseite einerseits und über weitere Merkmale wie OPS-Schlüssel, Nebendiagnosen und Entgelte andererseits. Auf sie wird im folgenden Kapitel gesondert eingegangen.

Langfristig ist zu überlegen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die traditionelle Diagnosestatistik durch die DRG-Statistik ersetzt werden kann. Dazu ist eine Erweiterung der DRG-Statistik um Merkmale der Diagnosestatistik auch zu Qualitätssicherungsmaßnahmen vonnöten.

This page intentionally left blank

20 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2007, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen, ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten. Erstmals veröffentlichte das Statistische Bundesamt für das Berichtsjahr 2007 differenzierte Informationen zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser, insbesondere zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und den Hauptdiagnosegruppen (MDCs). Ausgewählte Ergebnisse hierzu werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

Since 2005, the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (Krankenhausentgeltgesetz; KHEntgG) have been an important addition to the basic, cost and diagnosis data of German hospitals made available by the Federal Statistical Office. The article presents key results of inpatient care of the year 2007 which complement the information spectrum of the conventional official hospital statistics. The focus is on the type and frequency of surgery and medical procedures and on important primary diagnoses supplemented by their respective secondary diagnoses, taking department-specific aspects into consideration. The Federal Statistical Office published this differentiated information on hospital services rendered and in particular on DRGs billed by the hospitals and major diagnostic categories (MDCs), for the first time for 2007. The articles presents selected results.

20.1 Vorbemerkung

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

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

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Informationen zum Beispiel zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden. Seit dem Berichtsjahr 2007 kann darüber hinaus auf Ergebnisse beispielsweise zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2007 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 19 und 20 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17. März 2009 ist die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in seinen Grundstrukturen bis zum Jahresende 2009 und die entsprechende budgetneutrale Umsetzung ab 2013 festgelegt.

2 Die wichtigsten Ergebnisse der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik werden in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet unter <http://www.destatis.de/publikationen/> heruntergeladen werden. Auch sind Sonderauswertungen auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich.

20.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Dies gilt 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 2007 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 684 Krankenhäusern und umfassen rund 16,6 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2007 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. Kap. 19 und 20) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin, deren Leistungen bis auf Weiteres über tagesgleiche Pflegesätze vergütet werden.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

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

20.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Auf Basis der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2007 insgesamt rund 16,6 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 370 100 Fällen 2,3 % mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,3 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Tage ab. 53,7% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,3 % männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 53 Jahre alt (Frauen 54 Jahre, Männer 53 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 20 200 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch (vgl. Abbildung 20–2 im Beitrag Schelhase in diesem Band).

Wohnortbezogen⁵ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (23 600), in Thüringen (22 900) und im Saarland (22 800). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (16 300 Fälle), Baden-Württemberg (17 000 Fälle) und Berlin (17 800 Fälle) zu verzeichnen.

Mit den siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach der Siedlungsstruktur zwischen Agglomerationsräumen, verstäderten Räumen und ländlichen Räumen der Bundesländer möglich.⁶ Danach waren in Agglomerationsräumen des Saarlandes (22 900), Brandenburgs (21 700) und Nordrhein-Westfalens (21 300) die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen. In verstäderten Räumen lagen ebenfalls Brandenburg (22 900), daneben Sachsen (22 700) und Sachsen-Anhalt (22 600) an der Spitze. Die vordersten Plätze in ländlichen Räumen nahmen wiederum Sachsen-Anhalt (27 200) und Brandenburg (26 400) sowie darüber hinaus auch Thüringen (24 300) bei den Bundesländern mit den meisten Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner ein (Abbildung 20–1).

Im Hinblick auf die Einzugsgebiete der Einrichtungen 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 erfolgte dies bei Patientinnen und Patienten in Brandenburg

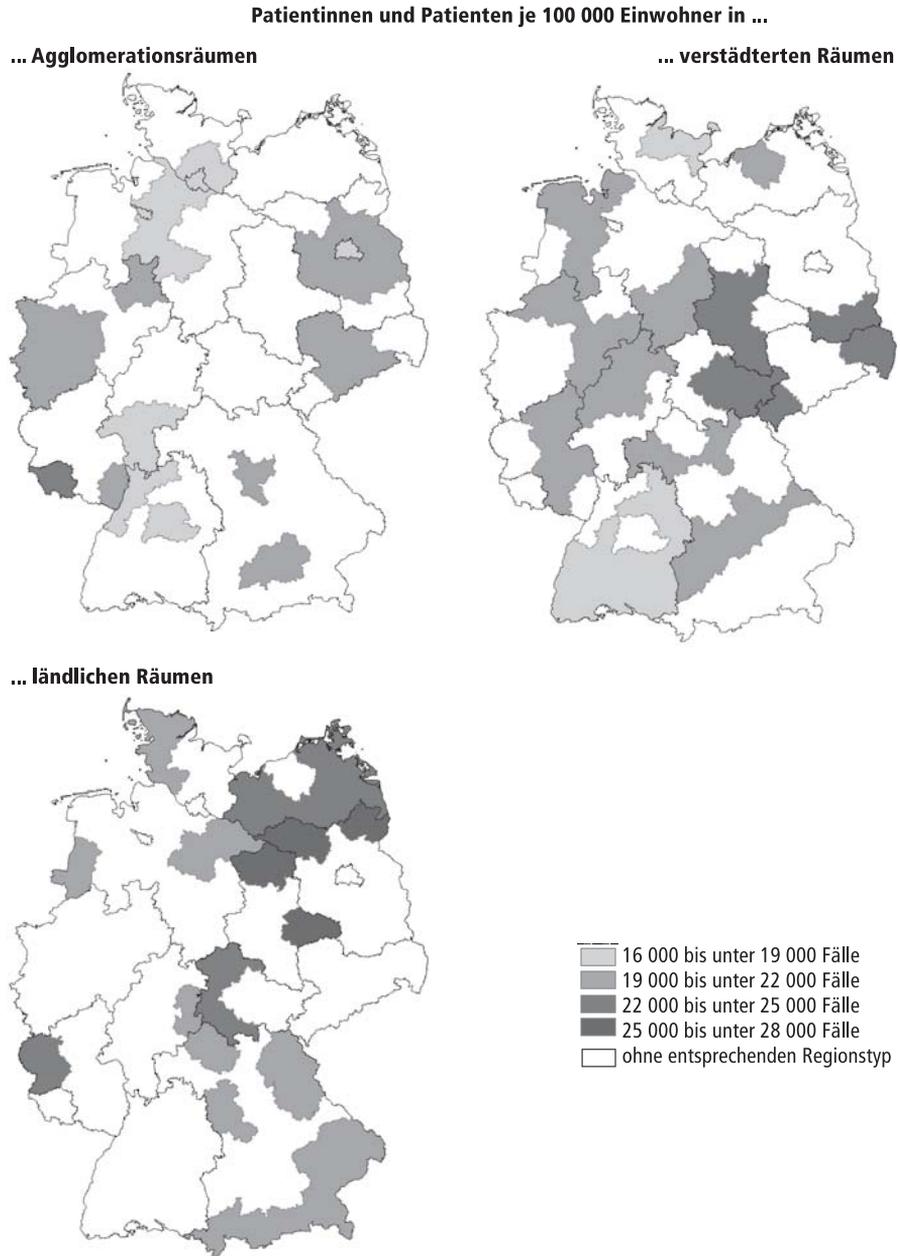
4 Im Berichtsjahr aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassene Patientinnen und Patienten einschließlich Sterbe- und Stundenfälle. Diese werden im Folgenden Fälle bzw. Patientinnen und Patienten genannt.

5 Abgebildet ist hier die absolute Zahl der Behandlungsfälle nach ihrem Wohnort im Verhältnis zur tatsächlichen Bevölkerung je 100 000 Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

6 Für die Regionsgrundtypen gelten folgende Abgrenzungskriterien: *Regionsgrundtyp 1 – Agglomerationsräume*: Oberzentrum über 300 000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km²; *Regionsgrundtyp 2 – Verstäderte Räume*: Dichte größer als 150 Einwohner/km² oder Oberzentrum über 100 000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km²; *Regionsgrundtyp 3 – Ländliche Räume*: Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100 000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100 000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

Abbildung 20-1

Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2007 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionsgrundtyp)



Quelle: Bundesamt für Kartografie und Geodäsie; Statistisches Bundesamt

(82,6%), Rheinland-Pfalz (85,7%) und Schleswig-Holstein (86,6%). Die Brandenburger nutzten zusätzlich zu den Krankenhäusern im eigenen Bundesland vor allem Einrichtungen in Berlin, die Rheinland-Pfälzer Einrichtungen in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen und die Schleswig-Holsteiner Einrichtungen in Hamburg (Tabelle 20–1).

Im Jahr 2007 gab es 462 900 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 5,8 Mill. Ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug 34,9%.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2007 bei 56,7% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 35,9% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Tabelle 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort, Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner und Behandlung im eigenen Bundesland 2007

| | Behandlungsort der Patienten | Wohnort der Patienten | Fälle* je 100 000 Einwohner | Behandlung im eigenen Bundes- land in % |
|------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| | Anzahl | Anzahl | | |
| Baden-Württemberg | 1 886 844 | 1 830 559 | 17 034 | 95,6 |
| Bayern | 2 527 399 | 2 476 756 | 19 807 | 96,9 |
| Berlin | 681 731 | 608 192 | 17 848 | 96,1 |
| Brandenburg | 503 502 | 570 627 | 22 451 | 82,6 |
| Bremen | 185 044 | 124 049 | 18 701 | 92,2 |
| Hamburg | 389 137 | 287 848 | 16 339 | 91,4 |
| Hessen | 1 161 709 | 1 193 963 | 19 662 | 90,2 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 376 422 | 373 622 | 22 151 | 95,0 |
| Niedersachsen | 1 465 301 | 1 546 381 | 19 380 | 88,5 |
| Nordrhein-Westfalen | 3 870 725 | 3 833 424 | 21 283 | 97,1 |
| Rheinland-Pfalz | 823 238 | 863 051 | 21 313 | 85,7 |
| Saarland | 246 197 | 237 077 | 22 797 | 92,4 |
| Sachsen | 894 230 | 877 390 | 20 721 | 96,5 |
| Sachsen-Anhalt | 552 661 | 573 798 | 23 636 | 91,6 |
| Schleswig-Holstein | 509 960 | 517 448 | 18 250 | 86,6 |
| Thüringen | 526 372 | 526 676 | 22 898 | 92,2 |

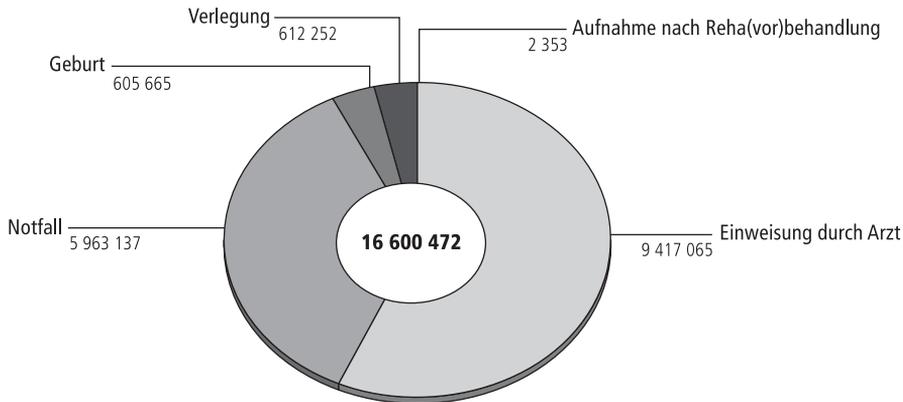
*auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 20–2
Krankenhausfälle nach Aufnahmeanlass 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

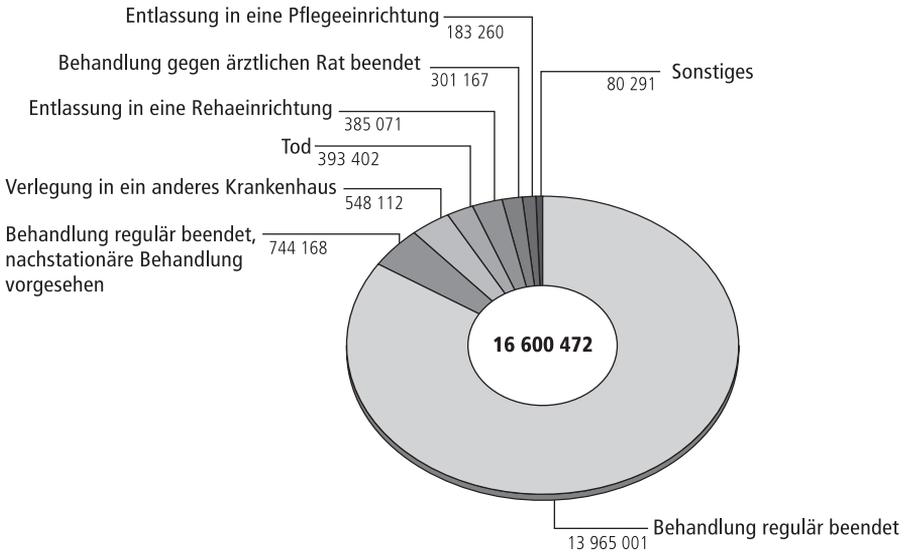
Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 84,1 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4,5 %). Entgegen ärztlichen Rat wurde die Behandlung in 1,8 % der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,3 % und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,1 % der Fälle (Abbildung 20–3).

20.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁷ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stati-

⁷ Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) und dem InEK unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können im Download-Bereich des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

Abbildung 20–3

Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

onären 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 GM⁸ zu kodieren.

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

In Bezug auf die Hauptdiagnosegruppe wurden die Patientinnen und Patienten insgesamt am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,6 Mill. Fälle) sowie aufgrund von Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,7 Mill. Fälle) behandelt. Während bei den Männern diese Rangfolge die gleiche ist, stehen bei den Frauen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems an zweiter Stelle die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft,

⁸ Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und weltweit eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe (GM = German Modification) wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

Tabelle 20–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen

| Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz | | Anzahl | |
|--|--|------------------|--------------|
| I50 | | 334 967 | |
| Rang | Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose | Anzahl | in % |
| Insgesamt | | 2 792 749 | 100,0 |
| 1 | I25 Chronische ischämische Herzkrankheit | 164 671 | 5,9 |
| 2 | I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 156 420 | 5,6 |
| 3 | I10 Essentielle (primäre) Hypertonie | 136 766 | 4,9 |
| 4 | E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 127 427 | 4,6 |
| 5 | N18 Chronische Niereninsuffizienz | 118 199 | 4,2 |
| Rang | Pos.-Nr. ICD-10/Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾ | Anzahl | in % |
| Insgesamt²⁾ | | 36 948 | 100,0 |
| 1 | 5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen | 8 440 | 22,8 |
| 2 | 5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 6 533 | 17,7 |
| 3 | 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms | 1 956 | 5,3 |
| 4 | 5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 1 688 | 4,6 |
| 5 | 5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 1 548 | 4,2 |

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 2009

Krankenhaus-Report 1020

WIdO

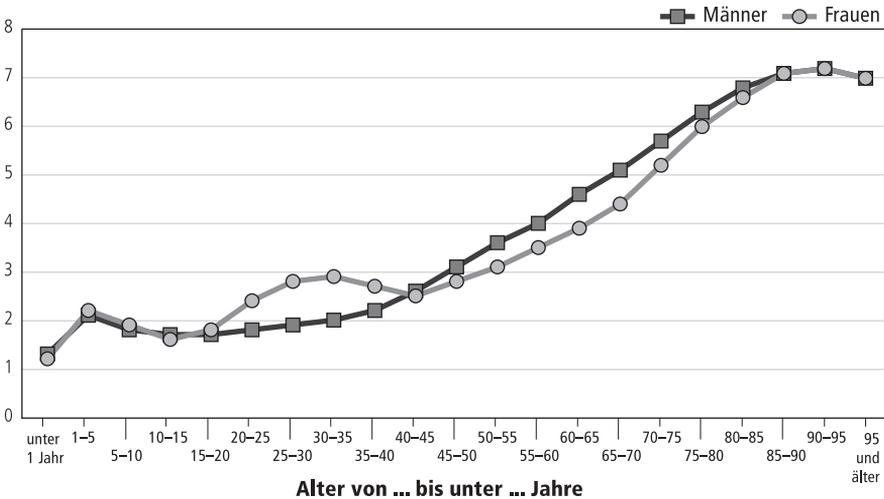
Geburt und Wochenbett, gefolgt von Neubildungen sowie den Krankheiten des Verdauungssystems.

Wenn man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) nicht berücksichtigt, war mit 335 000 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. 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 Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) (Tabelle 20–2).

Eine Übersicht zu weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztablette 20–a) zu finden.

Abbildung 20–4

Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Im Jahr 2007 wurden auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr durchschnittlich 4,1 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 20–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – deutlich mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der ab 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. sie 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 in Thüringen und im Saarland (jeweils 4,5) deutlich höher als in Bremen (3,6), Hessen (3,8) und Rheinland-Pfalz (3,9).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) und dem Typ-II-Diabetes, dem nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (E11). Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls bei den Männern, bei den Frauen liegt an zweiter Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) noch vor

Tabelle 20–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2007

| Rang | Pos.-Nr. ICD-10 | Nebendiagnose | Anzahl | in % |
|------|--------------------|--|-------------------|--------------|
| | | Insgesamt | 68 328 393 | 100,0 |
| 1 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 4 613 994 | 6,8 |
| 2 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 2 148 737 | 3,1 |
| 3 | E11 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 1 924 263 | 2,8 |
| 4 | E87 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 1 449 562 | 2,1 |
| 5 | E78 | Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien | 1 421 447 | 2,1 |
| 6 | I48 | Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 1 224 472 | 1,8 |
| 7 | I50 | Herzinsuffizienz | 1 205 455 | 1,8 |
| 8 | Z92 | Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese | 1 202 777 | 1,8 |
| 9 | E66 | Adipositas | 1 096 934 | 1,6 |
| 10 | N18 | Chronische Niereninsuffizienz | 1 090 346 | 1,6 |
| 11 | Z95 | Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten | 1 059 548 | 1,6 |
| 12 | Z74 | Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit | 911 196 | 1,3 |
| 13 | O09 | Schwangerschaftsdauer | 887 611 | 1,3 |
| 14 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 832 738 | 1,2 |
| 15 | R32 | Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz | 730 866 | 1,1 |
| 16 | B96 | Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | 656 215 | 1,0 |
| 17 | Z37 | Resultat der Entbindung | 652 969 | 1,0 |
| 18 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 644 919 | 0,9 |
| 19 | E86 | Volumenmangel | 617 929 | 0,9 |
| 20 | D62 | Akute Blutungsanämie | 578 060 | 0,8 |
| 21 | I11 | Hypertensive Herzkrankheit | 558 209 | 0,8 |
| 22 | R15 | Stuhlinkontinenz | 553 195 | 0,8 |
| 23 | E03 | Sonstige Hypothyreose | 499 128 | 0,7 |
| 24 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 482 688 | 0,7 |
| 25 | C78 | Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane | 458 162 | 0,7 |

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

der Schwangerschaftsdauer (O09) und sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bilden die in Tabelle 20–3 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen bereits 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 20–b bis 20–d) zu finden.

20.5 Operationen und medizinische Prozeduren

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

Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.⁹ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren¹⁰. Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

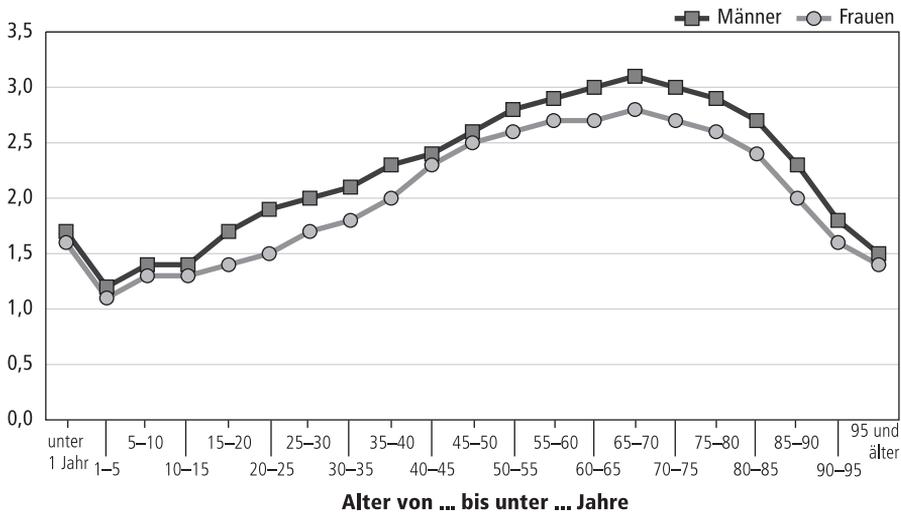
Im Berichtsjahr 2007 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 39,7 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,6%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,4 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (2,7), Saarland (2,7) und Berlin (2,6) behandelt wurden, am höchsten.

Die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Operationen und Prozeduren pro Fall stieg bei Frauen und Männern bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2007 bei den 65- bis unter 70-Jährigen mit durchschnittlich 2,8 Operationen und

⁹ Die Klassifikation wird seit 1993 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach den §§ 295 und 301 SGB V im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben und bereitgestellt. Der OPS ist überwiegend numerisch-hierarchisch strukturiert und weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Die Hierarchieklassen umfassen Kapitel, Bereichsüberschriften, 3-Steller, 4-Steller, 5-Steller und 6-Steller.

¹⁰ Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Abbildung 20–5

Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

Prozeduren pro Patientin sowie 3,1 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei den Kindern und Jugendlichen.

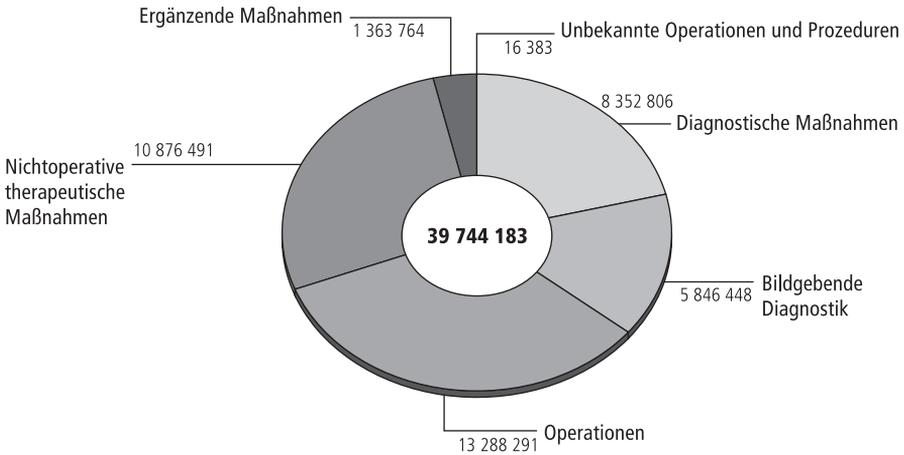
Im hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2007 bei den über 90-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern durchgängig in allen Altersgruppen über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 20–5).

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 von allen Eingriffen 27,4% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (10,9 Mill.), 21,0% auf diagnostische Maßnahmen (8,4 Mill.) und 14,7% auf die bildgebende Diagnostik (5,8 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (13,3 Mill.) mit einem Anteil von 33,4% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den Ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 7,2% (Abbildung 20–6).

Abbildung 20–6

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Abbildung 20–7.

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 (3,5 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,1 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (1,0 Mill.).

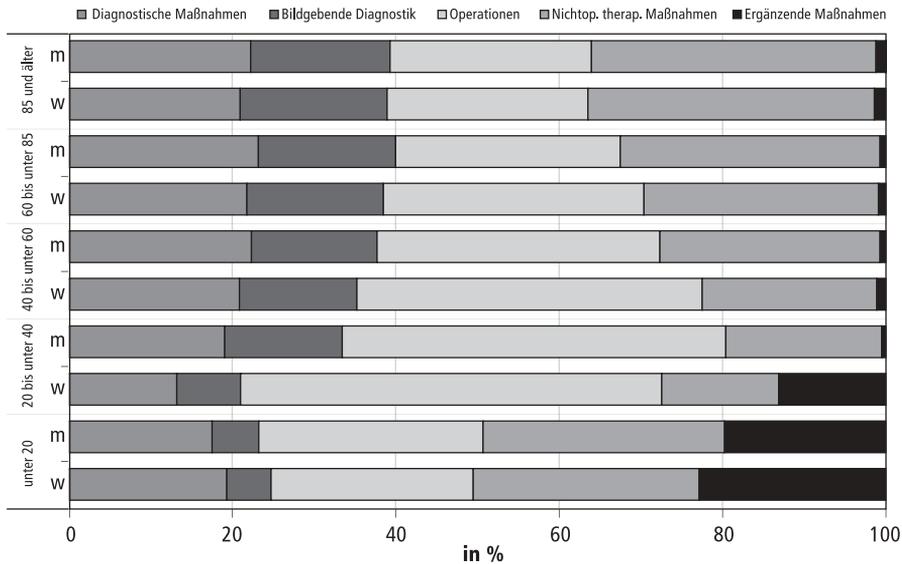
Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen¹¹ Allgemeine Chirurgie (28,6%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12,7%) sowie der Orthopädie (9,0%) erbracht (Tabelle 20–4 und Abbildung 20–8).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt, erfolgte bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Damriss (233 600 Fälle), der sonstige Kaiserschnitt (153 800 Fälle) sowie andere Operation am Darm (152 800 Fälle). Im Jahr zuvor wurde am zweithäufigsten noch die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken durchgeführt, die nun Platz 4 der Rangskala der häufigsten Operationen bei Frauen im Jahr 2007 belegt. Bei Männern lagen an erster Stelle andere Operationen an Blutgefäßen (164 200), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruches (Hernia inguinalis – 156 600 Fälle) sowie arthroskopischen Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken (137 600 Fälle). Tabelle 20–5 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern

¹¹ Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Abbildung 20–7

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

aus, die 37% aller durchgeführten Operationen ausmachen. Eine differenzierte Übersicht für die männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 20–e bis 20–g) zu finden.

Tabelle 20–6 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2007 erbracht wurden. Diese decken rund 70% aller operativen Eingriffe ab.

Auf Ebene der Viersteller gab es den größten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der erweiterten Kolonresektion mit Entfernung von Dünndarmabschnitten und weiterer Nachbarorgane (57,7%), bei anderen Operationen an den Bewegungsorganen (54,6%) sowie an der Wirbelsäule (47,1%). Der stärkste Rückgang war bei der Revision einer Hautplastik (22,4%), bei anderen Operationen der Netzhaut (18,1%) sowie der offenen chirurgischen Wiederbefestigung von Sehnen bzw. Bändern des oberen Sprunggelenkes (17,2%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich der stärkste Zuwachs bei Operationen am Lymphgewebe (27,4%), bei Operationen an der Wirbelsäule (21,9%) sowie bei anderen Operationen an Blutgefäßen (21,1%). Zu den operativen Eingriffen mit dem höchsten Rückgang gehörten die Operationen am Gebärmutterhals (5,6%), andere Operationen an der Gebärmutter und Bindegewebe (5,3%) sowie die Stellungskorrektur eines Knochenbruches und einer Verrenkung (4,8%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 20–h und 20–i) zu finden.

Tabelle 20-4
Operationen 2007 nach Bereichsüberschriften

| OPS-Schlüssel | Operation ¹⁾ | Insgesamt | | Weiblich | | Männlich | | Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent | Weiblich | Männlich |
|---------------|--|-------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|---|------------|------------|
| | | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | | | |
| 5 | | 13 288 291 | | 7 151 075 | | 6 136 577 | | 5,3 | 5,8 | 4,9 |
| 5-01-5-05 | Operationen am Nervensystem | 558 218 | 4,2 | 272 321 | 4,2 | 285 881 | 4,2 | 8,6 | 8,1 | 9,3 |
| 5-06-5-07 | Operationen an endokrinen Drüsen | 184 282 | 1,4 | 133 171 | 1,9 | 51 106 | 0,8 | 8,3 | 9,3 | 7,9 |
| 5-08-5-16 | Operationen an den Augen | 484 663 | 3,6 | 259 543 | 3,6 | 225 089 | 3,6 | 1,0 | 1,6 | 0,5 |
| 5-18-5-20 | Operationen an den Ohren | 138 231 | 1,0 | 59 979 | 0,8 | 78 243 | 1,2 | 2,0 | 2,1 | 2,0 |
| 5-20-5-22 | Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen | 418 326 | 3,1 | 157 306 | 2,2 | 260 933 | 4,2 | 4,7 | 5,4 | 3,4 |
| 5-23-5-28 | Operationen an Mundhöhle und Gesicht | 330 000 | 2,5 | 152 958 | 2,1 | 176 997 | 2,8 | 1,3 | 1,6 | 1,0 |
| 5-29-5-31 | Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea | 109 157 | 0,8 | 36 226 | 0,5 | 72 929 | 1,2 | 3,3 | 3,2 | 3,4 |
| 5-32-5-34 | Operationen an Lunge und Bronchus | 120 943 | 0,9 | 43 541 | 0,6 | 77 396 | 1,2 | 5,2 | 4,1 | 7,2 |
| 5-35-5-37 | Operationen am Herzen | 330 388 | 2,5 | 115 990 | 1,6 | 214 380 | 3,4 | 5,4 | 5,1 | 5,8 |
| 5-38-5-39 | Operationen an den Blutgefäßen | 777 619 | 5,8 | 342 721 | 4,8 | 434 840 | 7,0 | 12,7 | 15,1 | 9,8 |
| 5-40-5-41 | Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem | 145 999 | 1,1 | 93 817 | 1,3 | 52 177 | 0,8 | 23,9 | 15,5 | 29,1 |
| 5-42-5-54 | Operationen am Verdauungstrakt | 2 097 745 | 15,8 | 1 026 526 | 14,4 | 1 071 171 | 17,4 | 4,2 | 4,8 | 3,5 |
| 5-55-5-59 | Operationen an den Harnorganen | 534 074 | 4,0 | 193 349 | 2,7 | 340 707 | 5,5 | 3,9 | 3,7 | 4,2 |
| 5-60-5-64 | Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen | 228 572 | 1,7 | – | – | 227 855 | 3,7 | 2,6 | 2,4 | – |
| 5-65-5-71 | Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen | 657 154 | 5,0 | 657 154 | 9,2 | – | – | 1,9 | – | 1,9 |
| 5-72-5-75 | Geburtschirurgische Operationen | 751 096 | 5,7 | 751 096 | 10,6 | – | – | 3,1 | – | 3,1 |
| 5-76-5-77 | Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen | 68 189 | 0,5 | 25 597 | 0,4 | 42 583 | 0,7 | 3,9 | 2,7 | 5,9 |
| 5-78-5-86 | Operationen an den Bewegungsorganen | 3 489 243 | 26,3 | 1 871 999 | 26,3 | 1 617 056 | 26,3 | 5,4 | 5,6 | 5,3 |
| 5-87-5-88 | Operationen an der Mamma | 184 941 | 1,4 | 179 817 | 2,5 | 5 119 | 0,1 | 4,8 | 0,6 | 4,9 |
| 5-89-5-92 | Operationen an Haut und Unterhaut | 998 718 | 7,5 | 447 238 | 6,3 | 551 427 | 9,0 | 5,8 | 6,2 | 5,4 |
| 5-93-5-99 | Zusatzinformationen zu Operationen | 680 733 | 5,1 | 330 009 | 4,6 | 350 688 | 5,6 | 7,8 | 7,5 | 8,1 |

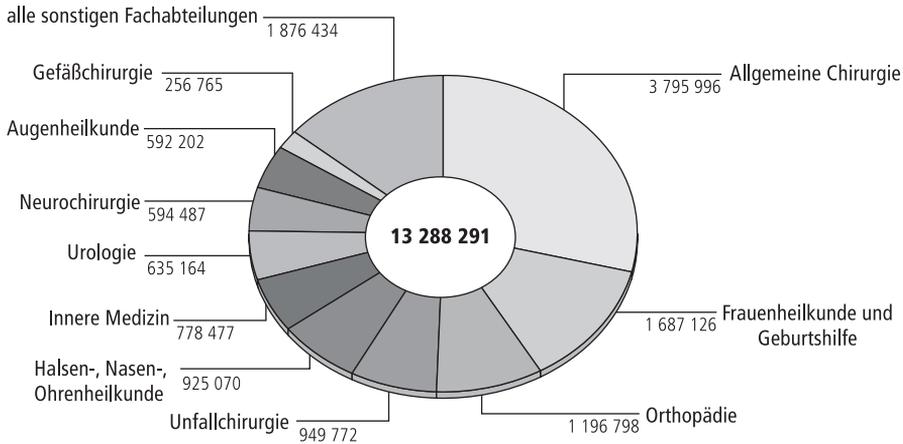
¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Abbildung 20–8

Operationen nach Fachabteilungen 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–5

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2007 nach Vierstellern

| Rang | OPS-Schlüssel /Operation | Anzahl | Prozent |
|------|--|-------------------|--------------|
| 5 | Operationen insgesamt¹⁾²⁾ | 13 288 291 | 100,0 |
| 1 | 5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 281 134 | 2,1 |
| 2 | 5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen | 278 338 | 2,1 |
| 3 | 5-469 Andere Operationen am Darm | 257 841 | 1,9 |
| 4 | 5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] | 233 594 | 1,8 |
| 5 | 5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 219 257 | 1,7 |
| 6 | 5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis | 209 577 | 1,6 |
| 7 | 5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk | 204 018 | 1,5 |
| 8 | 5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 198 107 | 1,5 |
| 9 | 5-511 Cholezystektomie | 190 681 | 1,4 |
| 10 | 5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis | 178 810 | 1,3 |
| 11 | 5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial | 177 322 | 1,3 |
| 12 | 5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 154 307 | 1,2 |
| 13 | 5-749 Andere Sectio caesarea | 153 838 | 1,2 |
| 14 | 5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen | 149 586 | 1,1 |
| 15 | 5-810 Arthroskopische Gelenkrevision | 149 461 | 1,1 |

Tabelle 20–5

Fortsetzung

| Rang | OPS-Schlüssel /Operation | Anzahl | Prozent |
|------|--|---------|---------|
| 16 | 5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteo-synthese | 147 343 | 1,1 |
| 17 | 5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis | 146 681 | 1,1 |
| 18 | 5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk | 146 562 | 1,1 |
| 19 | 5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe | 140 261 | 1,1 |
| 20 | 5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie] | 138 164 | 1,0 |
| 21 | 5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] | 132 561 | 1,0 |
| 22 | 5-144 Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE] | 129 397 | 1,0 |
| 23 | 5-470 Appendektomie | 129 193 | 1,0 |
| 24 | 5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes | 126 941 | 1,0 |
| 25 | 5-738 Episiotomie und Naht | 126 188 | 0,9 |
| 26 | 5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut | 123 711 | 0,9 |
| 27 | 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 122 592 | 0,9 |
| 28 | 5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase | 111 370 | 0,8 |
| 29 | 5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes | 108 738 | 0,8 |
| 30 | 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 108 046 | 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 2009

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2007 nach Dreistellern

| Rang | OPS-Schlüssel/Operation | Anzahl | Prozent |
|----------|--|-------------------|--------------|
| 5 | Operationen¹⁾²⁾ | 13 955 385 | 100,0 |
| 1 | 5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen | 736 912 | 5,3 |
| 2 | 5-89 Operationen an Haut und Unterhaut | 694 490 | 5,0 |
| 3 | 5-78 Operationen an anderen Knochen | 675 648 | 4,8 |
| 4 | 5-79 Reposition von Fraktur und Luxation | 528 058 | 3,8 |
| 5 | 5-83 Operationen an der Wirbelsäule | 485 188 | 3,5 |
| 6 | 5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz | 458 305 | 3,3 |
| 7 | 5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen | 434 465 | 3,1 |
| 8 | 5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen | 427 749 | 3,1 |
| 9 | 5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen | 384 357 | 2,8 |
| 10 | 5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm | 349 741 | 2,5 |

Tabelle 20–6

Fortsetzung

| Rang | OPS-Schlüssel/Operation | Anzahl | Prozent |
|------|--|---------|---------|
| 11 | 5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal | 322 623 | 2,3 |
| 12 | 5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen | 296 142 | 2,1 |
| 13 | 5-53 Verschluss abdominaler Hernien | 295 235 | 2,1 |
| 14 | 5-21 Operationen an der Nase | 288 122 | 2,1 |
| 15 | 5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm | 279 955 | 2,0 |
| 16 | 5-75 Andere geburtshilfliche Operationen | 273 254 | 2,0 |
| 17 | 5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut | 267 902 | 1,9 |
| 18 | 5-57 Operationen an der Harnblase | 259 079 | 1,9 |
| 19 | 5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes | 255 105 | 1,8 |
| 20 | 5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln | 209 542 | 1,5 |
| 21 | 5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx | 196 690 | 1,4 |
| 22 | 5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt | 195 676 | 1,4 |
| 23 | 5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus | 192 382 | 1,4 |
| 24 | 5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse | 180 230 | 1,3 |
| 25 | 5-54 Andere Operationen in der Bauchregion | 176 085 | 1,3 |
| 26 | 5-65 Operationen am Ovar | 169 562 | 1,2 |
| 27 | 5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum | 169 202 | 1,2 |
| 28 | 5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard | 163 286 | 1,2 |
| 29 | 5-49 Operationen am Anus | 152 229 | 1,1 |
| 30 | 5-47 Operationen an der Appendix | 147 066 | 1,1 |

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

20.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden¹².

Danach wurden 90,9% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 89,8% und bei den Frauen 91,9%. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 7,8% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und der Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,1% nur noch sehr selten (Tabelle 20–7).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,3 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,2 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 6,7 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,6 Tagen (Abbildung 20–9).

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 4,6 Mill. Fällen (27,3%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mill. Fällen (16,6%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (12,3%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,7 Tage, in der Chirurgie 7,9 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,8 Tage.

Tabelle 20–7

Durchlaufene Fachabteilungen 2007 nach Geschlecht

| Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾ | Patientinnen und Patienten | | | | | |
|--|----------------------------|------|-----------|------|-----------|------|
| | Insgesamt | | Männlich | | Weiblich | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Eine Fachabteilung | 15 096 516 | 90,9 | 6 907 663 | 89,8 | 8 187 931 | 91,9 |
| Zwei Fachabteilungen | 1 301 898 | 7,8 | 674 388 | 8,8 | 627 480 | 7,0 |
| Drei und mehr | 177 121 | 1,1 | 93 295 | 1,2 | 83 821 | 0,9 |

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

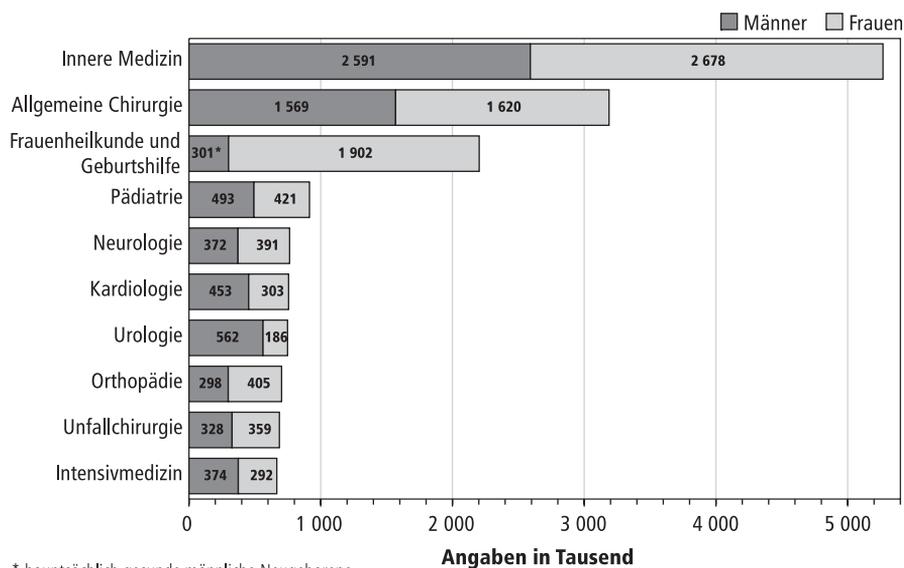
Krankenhaus-Report 2010

WIdO

¹² Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Abbildung 20–9

Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen nach Geschlecht 2007



* hauptsächlich gesunde männliche Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 258 200 Fällen Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,6% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,3 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 162 300 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,5% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit knapp 65% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen aber auch die 45- bis unter 65-jährigen mit rund 30%. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,9 Tagen.

Die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) war für 3,2% der Behandlungsfälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,8 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (65,1%) (Tabelle 20–8).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 9,1 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 778 500 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von anderen Operationen an den Blutgefäßen (5-399) sowie die Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes (5-452). Zwischen 73,4% und 63,1% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 20–9).

Tabelle 20–8

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2007

| Rang | ICD- Pos. | Diagnose/Behandlungsanlass | Durchschnittl. Verweildauer in Tagen | Insgesamt ²⁾ Anzahl | Patienten | | | |
|---|--------------|--|--|-----------------------------------|---|--------|---------|--------------|
| | | | | | davon im Alter von ... bis unter ... Jahren | | | |
| | | | | | 0–15 | 15–45 | 45–65 | 65 und älter |
| Innere Medizin | | | | | | | | |
| Fachabteilung Innere Medizin insgesamt | | | | | | | | |
| 1 | I50 | Herzinsuffizienz | 7,7 | 4579298 | 10595 | 593126 | 1104757 | 2870819 |
| 2 | I20 | Angina pectoris | 11,3 | 258225 | 1 | 2036 | 24144 | 232044 |
| 3 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 4,9 | 162284 | – | 7273 | 50232 | 104779 |
| 4 | I48 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 5,8 | 145919 | 11 | 10342 | 40548 | 95018 |
| 5 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 6,6 | 141655 | 2 | 5190 | 33226 | 103237 |
| 6 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 10,7 | 133564 | 337 | 10949 | 20491 | 101787 |
| 7 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 8,7 | 128300 | – | 5209 | 33658 | 89433 |
| 8 | E11 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 10,1 | 122610 | 8 | 2689 | 28360 | 91553 |
| 9 | R55 | Synkope und Kollaps | 11,1 | 110688 | 5 | 4561 | 27497 | 78625 |
| 10 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 5,5 | 106259 | 265 | 16047 | 20455 | 69492 |
| 11 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 4,3 | 99657 | 1052 | 49243 | 40773 | 8589 |
| 12 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 4,8 | 84331 | 1 | 1868 | 26481 | 55981 |
| 13 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 5,5 | 79984 | 76 | 17362 | 20616 | 41930 |
| 14 | I63 | Hirninfarkt | 7,9 | 77971 | 1 | 1850 | 28433 | 47687 |
| 15 | R07 | Hals- und Brustschmerzen | 11,5 | 67207 | – | 863 | 8412 | 57932 |
| 16 | G47 | Schlafstörungen | 3,0 | 63185 | 40 | 16235 | 23724 | 23186 |
| | | | 1,8 | 59878 | 33 | 8767 | 30465 | 20613 |

Tabelle 20-8

Fortsetzung

| Rang Pos. | ICD- Diagnose/Behandlungsanlass | Durchschnittl. Verweildauer in Tagen | Insgesamt ²⁾ Anzahl | Patienten | | | | |
|---|---------------------------------|--|-----------------------------------|---|---------------|----------------|----------------|------------------|
| | | | | davon im Alter von ... bis unter ... Jahren | | | | |
| | | | | 0-15 | 15-45 | 45-65 | 65 und älter | |
| Innere Medizin | | | | | | | | |
| 17 | A09 | Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs | 5,3 | 59746 | 697 | 18764 | 10798 | 29487 |
| 18 | K52 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis | 5,9 | 54806 | 202 | 14204 | 10378 | 30022 |
| 19 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 8,4 | 53510 | 95 | 3672 | 5662 | 44081 |
| 20 | E86 | Volumenmangel | 7,1 | 48987 | 49 | 1152 | 2451 | 45335 |
| Allgemeine Chirurgie | | | | | | | | |
| Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt | | | 7,9 | 2 751 366 | 89 554 | 690 106 | 803 074 | 1 168 632 |
| 1 | K40 | Hernia inguinalis | 3,6 | 153834 | 1810 | 30412 | 53768 | 67844 |
| 2 | K80 | Cholelithiasis | 6,5 | 152164 | 201 | 41614 | 55599 | 54750 |
| 3 | K35 | Akute Appendizitis | 5,6 | 96039 | 15219 | 56280 | 15191 | 9349 |
| 4 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 2,7 | 88994 | 12125 | 36618 | 14555 | 25696 |
| 5 | S72 | Fraktur des Femurs | 15,8 | 74467 | 651 | 3476 | 7351 | 62989 |
| 6 | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes | 9,2 | 74238 | 2714 | 23760 | 25286 | 22478 |
| 7 | E04 | Sonstige nichttoxische Struma | 4,5 | 69219 | 55 | 19478 | 33491 | 16195 |
| 8 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 11,1 | 67513 | 3 | 2221 | 19961 | 45328 |
| 9 | I70 | Atherosklerose | 14,8 | 65852 | 1 | 824 | 17388 | 47639 |
| 10 | K57 | Divertikulose des Darms | 12,2 | 64437 | 6 | 7535 | 25397 | 31499 |
| 11 | K56 | Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie | 8,5 | 62553 | 1107 | 9414 | 14541 | 37491 |

Tabelle 20–8

Fortsetzung

| Rang | ICD- Pos. | Diagnose/Behandlungsanlass | Durchschnittl. Verweildauer in Tagen | Insgesamt ²⁾ Anzahl | Patienten | | | |
|-----------------------------|--------------|---|--|-----------------------------------|-----------|--------|--------|--------------|
| | | | | | 0–15 | 15–45 | 45–65 | 65 und älter |
| Allgemeine Chirurgie | | | | | | | | |
| 12 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 4,9 | 62 483 | 7 053 | 10 855 | 15 081 | 29 494 |
| 13 | I83 | Varizen der unteren Extremitäten | 3,9 | 54 962 | 8 | 9 834 | 24 091 | 21 029 |
| 14 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 8,9 | 49 256 | 2 945 | 8 698 | 10 850 | 26 763 |
| 15 | M23 | Binnenschädigung d. Kniegelenkes (internal derangement) | 2,9 | 45 381 | 156 | 11 665 | 19 232 | 14 328 |
| 16 | K43 | Hernia ventralis | 7,5 | 44 798 | 92 | 6 145 | 16 814 | 21 747 |
| 17 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 14,3 | 43 817 | – | 830 | 11 060 | 31 927 |
| 18 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 16,8 | 43 577 | 8 | 1 223 | 10 513 | 31 833 |
| 19 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 2,5 | 40 208 | 6 597 | 22 198 | 5 720 | 5 693 |
| 20 | I84 | Hämorrhoiden | 3,6 | 36 029 | 17 | 12 087 | 14 697 | 9 228 |

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–9
Häufigste Operationen 2007 in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2007

| Rang | Maßnahme ²⁾ | Insgesamt ⁴⁾ | | davon im Alter von ... bis unter ... Jahren | | | |
|---|--|-------------------------|------------------|---|------------------|------------------|------------------|
| | | in % | Anzahl | 0–15 | 15–45 | 45–65 | 65 und älter |
| Innere Medizin | | | | | | | |
| Insgesamt Operationen und Prozeduren | | | 9 063 660 | 6 771 | 839 884 | 2 396 426 | 5 820 578 |
| | Operationen Kapitel 5 ³⁾ | 100 | 7 784 77 | 336 | 46 547 | 185 504 | 546 090 |
| 1 | 5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 16,0 | 124 835 | 16 | 10 169 | 28 225 | 86 425 |
| 2 | 5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen | 12,6 | 97 938 | 6 | 4 692 | 31 419 | 61 821 |
| 3 | 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 10,3 | 79 796 | 4 | 2 263 | 18 998 | 58 531 |
| 4 | 5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 6,6 | 51 511 | 1 | 834 | 6 540 | 44 136 |
| 5 | 5-469 Andere Operationen am Darm | 5,8 | 45 235 | 4 | 2 439 | 11 127 | 31 665 |
| 6 | 5-431 Gastrostomie | 4,2 | 32 505 | 1 | 808 | 4 033 | 27 663 |
| 7 | 5-429 Andere Operationen am Ösophagus | 3,3 | 26 052 | 5 | 2 303 | 9 890 | 13 854 |
| 8 | 5-449 Andere Operationen am Magen | 3,2 | 24 786 | 1 | 1 466 | 5 728 | 17 591 |
| 9 | 5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 2,8 | 21 612 | 6 | 789 | 4 973 | 15 844 |
| 10 | 5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 2,8 | 21 500 | 1 | 387 | 2 377 | 18 735 |
| Allgemeine Chirurgie | | | | | | | |
| Insgesamt Operationen und Prozeduren | | | 6 848 245 | 79 973 | 1 189 771 | 2 098 132 | 3 480 369 |
| | Operationen Kapitel 5 ³⁾ | 100 | 3 795 996 | 60 213 | 811 549 | 1 248 701 | 1 675 533 |
| 1 | 5-511 Cholezystektomie | 4,6 | 173 744 | 206 | 43 153 | 62 648 | 67 737 |

Tabelle 20-9

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 | 4,2 | 158064 | 2 119 | 30961 | 55 120 | 69864 |
| 3 | 5-469 Andere Operationen am Darm | 3,7 | 139201 | 705 | 20 042 | 43 565 | 74 889 |
| 4 | 5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 3,2 | 121 576 | 477 | 28 363 | 52 869 | 39 867 |
| 5 | 5-470 Appendektomie | 2,9 | 111 930 | 17 272 | 66 757 | 17 076 | 10 825 |
| 6 | 5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 2,6 | 98 422 | 1 342 | 18 688 | 27 199 | 51 193 |
| 7 | 5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen | 2,2 | 82 272 | 16 | 15 943 | 37 835 | 28 478 |
| 8 | 5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes | 2,1 | 80 122 | 73 | 7 097 | 24 198 | 48 754 |
| 9 | 5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial | 2,1 | 78 035 | 1 538 | 22 059 | 26 690 | 27 748 |
| 10 | 5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese | 2,0 | 76 989 | 822 | 13 082 | 22 226 | 40 859 |

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 2009

Krankenhaus-Report 2010

Wido

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,8 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,9 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosehauptgruppen in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,6% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (153 800 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 3,6 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter (44,1%) bzw. zwischen 45 und 65 Jahre alt (35,0%).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,5% und 152 200 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (36,5%) sowie 65 Jahre und älter (36,0%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war mit 3,5% die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 96 000 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,6 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (58,6%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 6,8 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 3,8 Mill. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle stand die Gallenblasenentfernung (5-511), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530) und anderen Operationen am Darm (5-469). Mit Anteilen zwischen 53,8% und 39,0% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

20.7 Fallzahlen und Erlöse nach DRGs

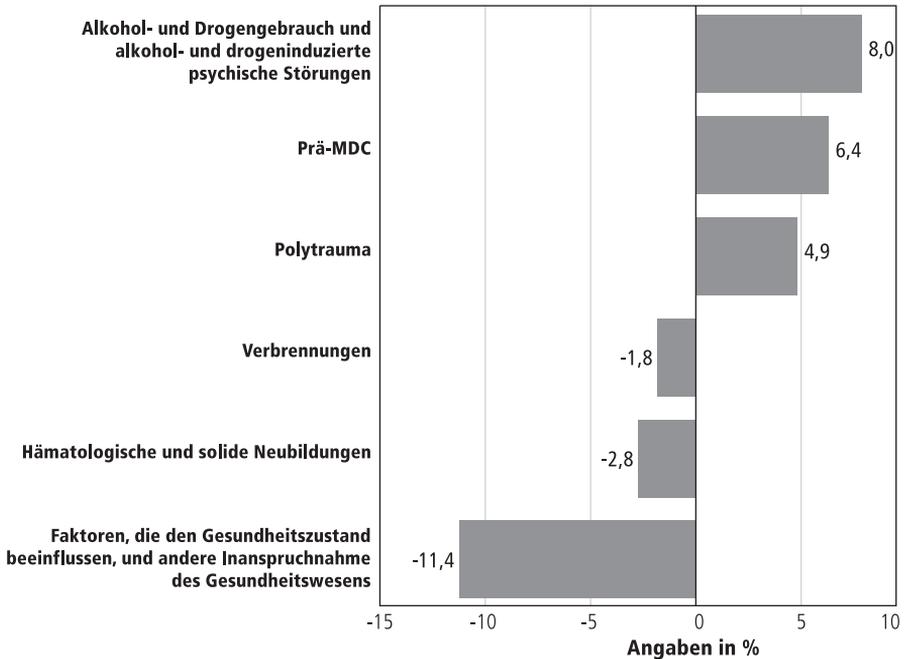
Für das aktuelle Berichtsjahr 2007 stehen erstmals differenzierte Informationen zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser insbesondere zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) und den abgerechneten Fallpauschalen (DRG) zur Verfügung.

Bei der Betrachtung nach den jeweiligen Hauptdiagnosegruppen MDC lagen im Jahr 2007 an erster Stelle die Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15%), gefolgt von Krankheiten und Störungen an dem Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (14,5%) sowie den Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (12,3%). Die größten Zuwächse gegenüber dem Vorjahr erfolgten im Kapitel Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen (8%). An zweiter Stelle lag die Prä-MDC (6,4%), die vorwiegend Beatmungsfälle und Transplantationen zusammenfasst, sowie weiterhin die MDC Polytrauma (4,9%). Die größten Rückgänge zeigten sich bei der Hauptdiagnosegruppe mit den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren (11,4%), den hämatologischen und solide Neubildungen (2,8%) sowie Verbrennungen (1,8%) (Abbildung 20–10).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (542 800 Fälle) und die Entbindungen ohne Komplikation (347 600 Fälle) waren im Jahr 2007 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs). An weiterer Stelle folgten Leistungen

Abbildung 20–10

Die größten Veränderungen zum Vorjahr nach MDC



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

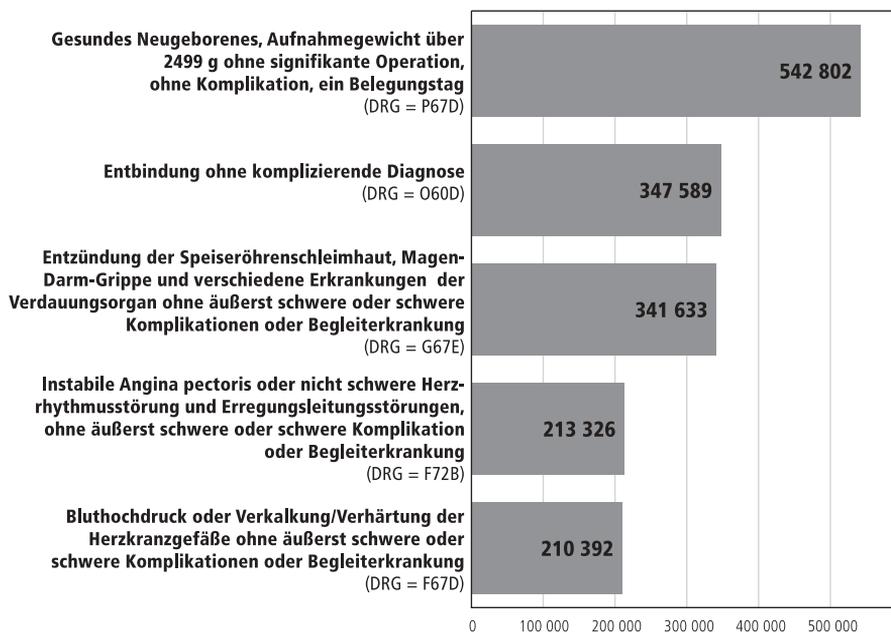
WidO

bei Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane (341 600 Fälle) aus dem Bereich der Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (Abbildung 20–11). Von den insgesamt 1 077 abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 23% und die fünfzig häufigsten DRGs 40% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 56,2% rein medizinische Behandlungen ohne Eingriffe (Partition M), 37,5% operative Behandlungen (Partition O) und 6,3% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A).

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in Hauptabteilungen insgesamt den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,9%) gefolgt von Kniegelenkimplantationen (1,6%) sowie Eingriffen an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,3%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 325 500 Patientinnen und Patienten zusammengenommen 4,8% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,2 Mrd. Euro (Tabelle 20–10).

Abbildung 20–11

Die fünf häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–10

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen in Hauptabteilungen 2007

| DRG | Bezeichnung | Fälle | Anteil an allen Fällen | Erlös-volumen ¹⁾ | Anteil am Erlösvolumen |
|------|---|---------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| | | | in % | in 1 000 EUR | in % |
| I47B | Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff | 136 135 | 0,9 | 882 691 | 1,9 |
| I44B | Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikationen oder Begleiterkrankung | 105 221 | 0,7 | 756 659 | 1,6 |
| G18B | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe an Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren | 84 099 | 0,5 | 583 883 | 1,3 |
| O60D | Entbindung ohne komplizierende Diagnose | 305 206 | 2,0 | 424 861 | 0,9 |
| F62B | Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren Komplikationen oder Begleiterkrankungen, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose | 119 528 | 0,8 | 412 695 | 0,9 |

¹⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösvolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit Landesbasisfallwert und Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–11

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs in Hauptabteilungen 2007

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation ¹⁾ | Fälle | Anteil an allen Fällen | Erlös-volumen ²⁾ | Anteil am Erlös-volumen |
|------|---|----------------------------------|-------|------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | in % | in 1000 Euro | in % |
| A18Z | Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden | 64,899 | 134 | 0,0009 | 24 285 | 0,05 |
| A06A | Operation oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden | 53,912 | 442 | 0,0028 | 66 071 | 0,14 |
| A06B | Operation oder Polytrauma mit Beatmung über 1 799 Stunden oder ohne komplexe Operation, ohne Polytrauma, jedoch mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung bei Patienten unter 16 Jahren mit Beatmung über 1 799 Stunden | 50,830 | 481 | 0,0031 | 67 432 | 0,15 |
| A05A | Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Patienten unter 16 Jahren | 41,160 | 90 | 0,0006 | 10 271 | 0,02 |
| A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion von einem anderen menschlichen Spender | 41,084 | 134 | 0,0009 | 15 326 | 0,03 |

¹⁾ Bewertungsrelation bei Versorgung in Hauptabteilung. Die Bewertungsrelation ist das Erlösäquivalent, das auf der Grundlage einer Kostenkalkulation für jede Fallpauschale festgelegt ist. Multipliziert mit dem jeweilig gültigen Landesbasisfallwert (bzw. je nach Vereinbarung mit dem Krankenhausindividuell ausgehandelten Basisfallwert) ergibt unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen z. B. für Über- oder Unterschreiten der Grenzverweildauer den abzurechnenden Preis der Fallpauschale.

²⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit Landesbasisfallwert und Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz mit Langzeitbeatmung (A18Z) sowie die Behandlung von Schwerstunfallverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Kompatienten, die einer intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise knapp 158 Mill. Euro in Hauptabteilungen im Rahmen der Behandlung von etwas mehr als 1 000 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,3 % am Erlösolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient hochgerechnet rund 181 000 € (Tabelle 20–11).

21 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007

Thomas Graf

Abstract

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2007 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 2007. 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.

21.1 Vorbemerkung

Neben den Krankenhäusern gehören auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. In dem folgenden Beitrag wird sowohl die Ausstattung der Einrichtungen, als auch die Patientenstruktur behandelt. Die Aussagen über die Patientenstruktur können jedoch nur für Ein-

richtungen 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 bundeseinheitlich Informationen über die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Basis der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). 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

21.2 Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Tabelle 21–1 gibt einen ersten Überblick über wesentliche Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2007 und die Entwicklung gegenüber den Vorjahren.

Die Entwicklung im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich am besten anhand einiger zentraler Indikatoren. Abbildung 21–1 veranschaulicht deren zeitliche Entwicklung. Im Vergleich zum Basisjahr 1997 liegen die Fallzahl und die durchschnittliche Bettenauslastung weit über dem Basisjahr, bei den aufgestellten Betten und der durchschnittlichen Verweildauer ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Steigerungen bei der Fallzahl und der Bettenauslastung, die im Jahr 2001 ihren Höhepunkt erreichte, muss allerdings etwas relativiert werden, da die Zahlen des Basisjahres durch das Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes sowie des Beitragsentlastungsgesetzes sehr niedrig waren. Durch diese gesetzlichen Änderungen wurden die Zuzahlungen erhöht, Übergangsgelder gekürzt, die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen generell

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 im beim Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes unter <http://www.destatis.de/publikationen> zur Verfügung.

2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland, Sebastian/Rosenow, Christiane (2005): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernd-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart 2005, S. 291–310.

Tabelle 21–1

Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

| Gegenstand der Nachweisung | Berichtsjahr | | | | Veränderung (in %) 2007 zu | | |
|--|--------------|-----------|-----------|-----------|----------------------------|------|-------|
| | 2007 | 2006 | 2002 | 1997 | 2006 | 2002 | 1997 |
| Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | 1 239 | 1 255 | 1 343 | 1 387 | -1,3 | -7,7 | -10,7 |
| Aufgestellte Betten | | | | | | | |
| – Anzahl | 170 845 | 172 717 | 184 635 | 188 869 | -1,1 | -7,5 | -9,5 |
| – je 100 000 Einwohner | 208 | 210 | 224 | 230 | -1,1 | -7,3 | -9,7 |
| Vollstationäre Fälle | | | | | | | |
| – Anzahl | 1 942 566 | 1 836 681 | 2 041 272 | 1 575 454 | 5,8 | -4,8 | 23,3 |
| – je 100 000 Einwohner | 2 361 | 2 230 | 2 475 | 1 920 | 5,9 | -4,6 | 23,0 |
| Pflegedage in 1 000 | 49 483 | 47 011 | 52 107 | 42 972 | 5,3 | -5,0 | 15,2 |
| Durchschnittliche Verweildauer in Tagen | 25,5 | 25,5 | 25,5 | 27 | -0,5 | -0,1 | -6,7 |
| Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent | 79,4 | 74,6 | 77,3 | 62,3 | 6,4 | 2,7 | 27,4 |
| Personal | | | | | | | |
| – Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl) | 115 639 | 113 913 | 119 484 | 106 637 | 1,5 | -3,2 | 8,4 |
| – Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) | 91 020 | 90 489 | 98 941 | 92 140 | 0,6 | -8,0 | -1,2 |
| darunter: – Ärztlicher Dienst | 8 193 | 8 117 | 8 347 | 7 693 | 0,9 | -1,8 | 6,5 |
| – Pflegedienst | 21 131 | 20 724 | 21 911 | 18 402 | 2 | -4 | 14,8 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

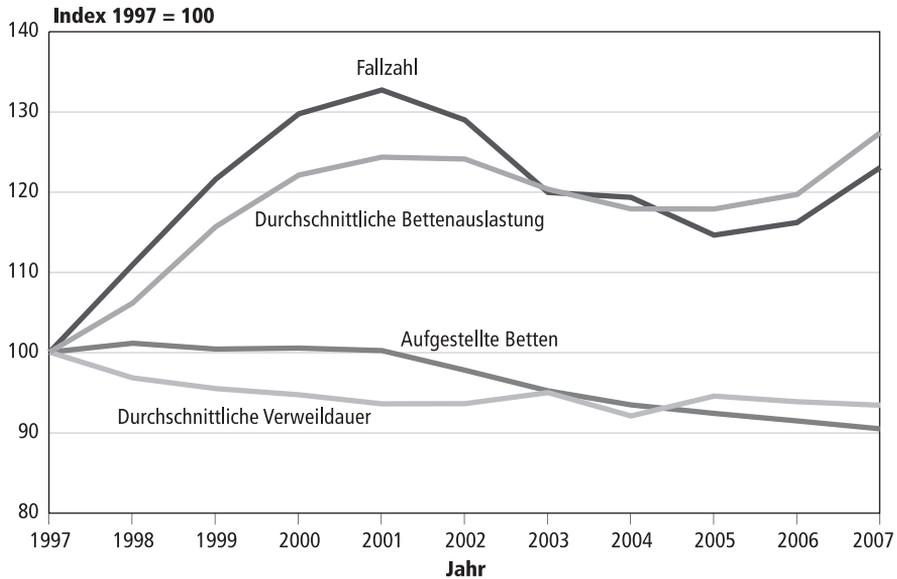
von vier auf drei Wochen verkürzt und Rehabilitationsleistungen auf Personen beschränkt, die noch nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

Nach einem kontinuierlichen Anstieg, insbesondere der Fallzahl bis zum Jahr 2001, waren bei allen Indikatoren wieder gegenläufige Tendenzen zu beobachten. Auch hier sticht die Fallzahl mit dem höchsten Rückgang heraus. Ab 2003 stabilisierten sich alle Indikatoren auf Werten entweder knapp unter den Ergebnissen des Basisjahres, wie bei der Verweildauer und der aufgestellten Betten, oder wie bei der Fallzahl und der Bettenauslastung auf einem Wert, der zwar deutlich über dem schwachen Basisjahr 1997 liegt, aber auch deutlich unter dem Jahr 2001. Seit 2005 stiegen Fallzahl und Bettenauslastung zunächst leicht, ab 2006 dann jedoch verstärkt an, so dass man mittlerweile von einem Trend zur Steigerung dieser Indikatoren sprechen kann.

Die durchschnittliche Verweildauer bewegt sich ohne große Schwankungen seit 1997 bei einer Dauer von gut drei Wochen. Seit 2002 gab es so gut wie keine Veränderung mehr.

Abbildung 21–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1997–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

21.3 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 21.3.1). Zur personellen Ausstattung gehören die Ärzte und die Beschäftigten im Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst usw. (siehe 21.3.2). In fachlich-medizinischer Hinsicht bestimmen die Fachabteilungen das Leistungsangebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (siehe 21.3.3).

21.3.1 Sachliche Ausstattung

Kontinuierlich geht die Zahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von Jahr zu Jahr zurück. 2007 gab es mit 1 239 Einrichtungen 1,3% weniger als im Vorjahr. Den größten Einrichtungsrückgang mit –5,3% gab es in Schleswig-Holstein, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit –5,0%. Demgegenüber standen jedoch auch Steigerungen bei der Anzahl der Einrichtungen in zwei Ländern. In Mecklenburg-Vorpommern gab es eine Einrichtung mehr, was einem Zuwachs von 1,6% ent-

spricht und Bayern verzeichnet sogar einen Zuwachs von 4 Einrichtungen (+1,3%).

Bezogen auf die Bevölkerung standen auch in 2007 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 3,8 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 000 Einwohner am höchsten, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 2,5 Einrichtungen. An dritter und vierter Stelle folgten die südlichen Länder: In Bayern standen 2,4 Einrichtungen und in Baden-Württemberg 2,0 Einrichtungen je 100 000 Einwohner zur Verfügung.

Höchste Bettendichte im Norden

Entsprechend dem Einrichtungsrückgang sank auch die Zahl der aufgestellten Betten. 2007 gab es mit rund 171 000 aufgestellten Betten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ca. 2 000 Betten weniger als im Vorjahr, was einem Rückgang von 1,1% entspricht. Auch diese Entwicklung vollzog sich nicht einheitlich in allen Ländern, sondern variierte ähnlich wie die Zahl der Einrichtungen. Während in Baden-Württemberg 3,9% der Betten des Vorjahres abgebaut wurden, standen in den Stadtstaaten 4,9% mehr Betten als im Vorjahr in den Einrichtungen zur Verfügung. Die meisten Betten waren in Bayern aufgestellt (32 000), gefolgt von Baden-Württemberg.

Der Rückgang bei den aufgestellten Betten wirkte sich natürlich auch auf die Bettendichte je 100 000 Einwohner aus. Im Jahr 2007 standen durchschnittlich 208 Betten je 100 000 Einwohner zur Verfügung und damit zwei Betten (1,0%) weniger als 2006.

Bei der Bettendichte je 100 000 Einwohner zeigt sich ein anderes Bild: Sie war in Norddeutschland besonders hoch und lag in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 631 Betten je 100 000 Einwohner mehr als dreimal so hoch wie der Bundesdurchschnitt und war in Schleswig-Holstein mit 386 Betten je 100 000 Einwohner noch fast doppelt so hoch (Tabelle 21–2).

Wenig Anzeichen für Fusionen

In einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung waren 2007 durchschnittlich 138 Betten aufgestellt. Damit lag die Durchschnittsgröße lediglich um drei Betten über der von 1997. Der Vorsorge- und Rehabilitationsbereich zeichnet sich durch viele kleine Einrichtungen aus. In 2007 besaßen 45% aller Einrichtungen weniger als 100 Betten. Bei den Einrichtungen mit weniger als 50 Betten, die immerhin auch noch 22% aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stellen, gab es mit –2,5% den prozentual größten Abbau von Einrichtungen. Da aber die Einrichtungen mit mehr Betten entweder ebenfalls zurückgingen, stagnierten oder nur marginal zunahmen, kann davon ausgegangen werden, dass der Abbau bei den kleinsten Einrichtungen nicht aufgrund von Fusionen erfolgte (siehe Tabelle 21–3).

Tabelle 21-2
Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Ländern 2007

| Bundesland | Vorsorge- oder Reha- bilitationseinrichtungen | | Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner | | Bettenauslastung | | Fallzahl | | durchschnittliche Verweildauer | |
|-----------------------------|--|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| | 2007 Anzahl | Veränderung zum Vorjahr in % | 2007 Anzahl | Veränderung zum Vorjahr in % | 2007 in % | Veränderung zum Vorjahr | 2007 Anzahl | Veränderung zum Vorjahr in % | 2007 in Tagen | Veränderung zum Vorjahr in % |
| Deutschland | 1 239 | -1,3 | 208 | -1,0 | 79,4 | 6,4 | 1942 566 | 5,8 | 25,5 | -0,5 |
| Baden-Württemberg | 214 | -3,6 | 249 | -4,0 | 76,6 | 8,3 | 302 392 | 3,7 | 24,8 | 0,4 |
| Bayern | 302 | 1,3 | 256 | 2,1 | 74,6 | 4,2 | 361 220 | 7,9 | 24,1 | -1,2 |
| Brandenburg | 27 | 0,0 | 209 | -0,5 | 91,1 | 3,2 | 63 777 | 4,9 | 27,7 | -2,6 |
| Hessen | 110 | 0,0 | 285 | -1,9 | 77,2 | 7,9 | 179 975 | 7,3 | 27,1 | -1,4 |
| Mecklenburg-Vorpom- mern | 64 | 1,6 | 631 | 1,6 | 78,2 | 4,2 | 125 901 | 7,7 | 24,1 | -2,4 |
| Niedersachsen | 130 | -3,7 | 219 | -2,2 | 83,8 | 8,8 | 217 783 | 6,5 | 24,5 | -0,2 |
| Nordrhein-Westfalen | 134 | -0,7 | 112 | -1,2 | 85,0 | 5,8 | 225 830 | 4,8 | 27,7 | -0,4 |
| Rheinland-Pfalz | 64 | -3,0 | 199 | -0,3 | 84,0 | 6,9 | 89 554 | 5,6 | 27,6 | 0,8 |
| Saarland | 19 | 0,0 | 292 | -0,0 | 74,6 | 3,7 | 28 181 | 3,5 | 29,3 | -0,5 |
| Sachsen | 45 | 0,0 | 213 | 0,4 | 78,2 | 5,1 | 97 298 | 4,8 | 26,4 | 0,1 |
| Sachsen-Anhalt | 19 | -5,0 | 148 | -1,3 | 84,6 | 7,5 | 44 925 | 5,5 | 24,7 | -0,6 |
| Schleswig-Holstein | 72 | -5,3 | 386 | -3,0 | 81,9 | 8,3 | 139 235 | 3,3 | 23,5 | 1,8 |
| Thüringen | 36 | 0,0 | 267 | 0,9 | 73,1 | 6,9 | 62 675 | 6,8 | 26,1 | -0,1 |
| Stadtstaaten zusammen: | | | | | | | | | | |
| Berlin, Bremen, Hamburg | 3 | 0,0 | 7 | 4,5 | 79,1 | 0,2 | 3 825 | 9,0 | 32,3 | -3,6 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Tabelle 21-3
Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Größenklassen 2007

| Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Bettengrößenklassen | Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | | Aufgestellte Betten | | Bettenauslastung | | Fallzahl | | durchschnittliche Verweildauer | |
|--|---|-------------------------|---------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr | 2007 | Veränderung zum Vorjahr |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % | in Tagen | in % |
| Einrichtungen insgesamt | 1 239 | -1,3 | 170 845 | -1,1 | 79,4 | 6,4 | 1 942 566 | 5,8 | 25,5 | -0,5 |
| VR bis 49 Betten | 273 | -2,5 | 8140 | -3,8 | 71,3 | 4,1 | 71 110 | 2,7 | 29,8 | -2,5 |
| VR mit 50 bis 99 Betten | 290 | -0,7 | 20493 | -0,2 | 72,4 | 10,7 | 198 351 | 8,0 | 27,3 | 2,3 |
| VR mit 100 bis 149 Betten | 177 | 0,0 | 21787 | 0,4 | 79,8 | 5,4 | 247 290 | 6,6 | 25,7 | -0,8 |
| VR mit 150 bis 199 Betten | 186 | -0,5 | 32590 | -0,3 | 83,3 | 6,2 | 394 451 | 7,5 | 25,1 | -1,5 |
| VR mit 200 bis 249 Betten | 160 | -4,2 | 35720 | -4,0 | 81,1 | 6,3 | 417 291 | 2,4 | 25,3 | -0,3 |
| VR mit 250 und mehr Betten | 153 | 0,7 | 52115 | 0,0 | 79,5 | 6,0 | 614 074 | 6,4 | 24,6 | -0,3 |

Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Die Trägerstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt unverändert

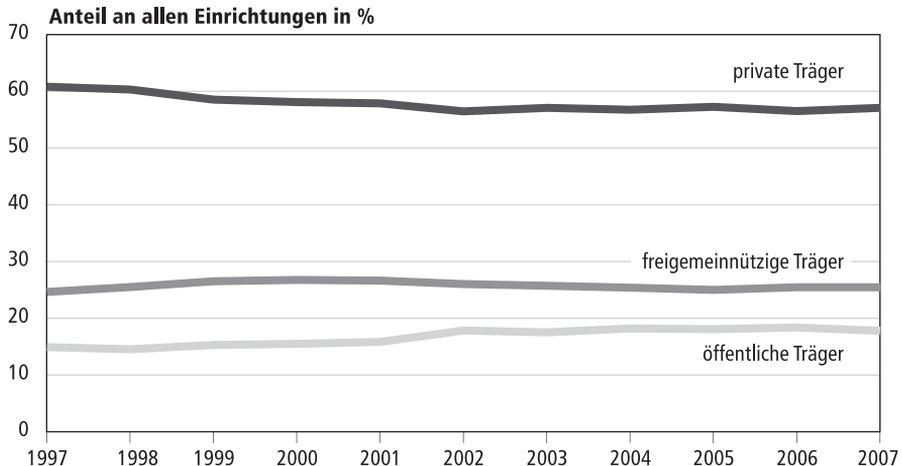
Im Gegensatz zu den Krankenhäusern, verhält sich die Trägerstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen seit Jahren statisch. Die meisten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden in privater Trägerschaft geleitet. Die Privaten stellten einen Anteil von 57,0% aller Träger, gefolgt von den freigemeinnützigen Trägern mit 25,3% und den öffentlichen mit 17,7%. Diese Werte haben sich im 10-Jahres-Vergleich kaum geändert. 1997 waren 60,7% der Einrichtungen in privater, 24,5% in freigemeinnütziger und 14,8% in öffentlicher Trägerschaft (siehe auch Abbildung 21–2).

Medizinisch-technische Großgeräte

In der Krankenhausstatistik werden auch medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen, wie z. B. Dialysegeräte, Computer- und Kernspintomographen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Quantitativ haben sie jedoch nicht die gleiche Bedeutung wie in den Krankenhäusern. Der Vollständigkeit halber gibt Tabelle 21–4 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 31.12.2007 waren 147 medizinisch-technische Großgeräte in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellt, ein Gerät weniger als am 31.12.2006.

Abbildung 21–2

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach der Trägerschaft 1997–2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 21–4

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2007

| Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung | 2007 Anzahl | Veränderung gegenüber 2006 in % |
|---|----------------|------------------------------------|
| Insgesamt | 147 | -0,7 |
| Computer-Tomographen | 32 | 3,2 |
| Dialysegeräte | 70 | 1,4 |
| Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte | 8 | -11,1 |
| Gamma-Kameras | 2 | 0,0 |
| Herz-Lungen-Maschinen | 7 | 0,0 |
| Kernspin-Tomographen | 14 | 7,7 |
| Koronarangiographische Arbeitsplätze | 12 | -14,3 |
| Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger | – | 0,0 |
| Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET) | – | 0,0 |
| Stoßwellenlithotripter | 2 | -33,3 |
| Tele-Kobalt-Therapiegeräte | – | 0,0 |

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

21.3.2 Personelle Ausstattung

Mehr Personal wird beschäftigt

Am 31.12.2007 waren insgesamt fast 116 000 Personen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Damit verfestigt sich die Trendwende von 2006. Damals wurde erstmals seit fünf Jahren kein Personal abgebaut sondern mehr Personal in den Einrichtungen beschäftigt. 2007 bestätigt mit einem Personalzuwachs von 1,6% diese Entwicklung. Der Zuwachs fand vor allem im medizinischen Bereich statt. Es wurden 1,9% mehr Ärzte als im Vorjahr beschäftigt. Im nichtärztlichen Bereich hatten der Pflegedienst, der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst zusammen Zuwächse von 3,1%. Sie stellen mit 58,8% auch das Gros der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst.

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 91 000 Vollkräfte, von denen ca. 8 200 im ärztlichen Dienst und 82 800 im nichtärztlichen Dienst beschäftigt waren. In 2007 wurden 0,6% mehr Vollkräfte als in 2006 beschäftigt.

Der Unterschied zwischen Kopffzahlen und Vollkräften, der sich in 2006 noch mit einem leichten Rückgang der Vollkräftezahlen im Vergleich zu einer Steigerung der Kopffzahlen noch viel stärker als 2007 zeigte, erklärt sich u. a. durch die Entwicklung der teilzeit-/oder geringfügig Beschäftigten. Der Anteil dieser Personalgruppe stieg wie in den Vorjahren an, und zwar von 38,8% auf 40,3%. Dieser Trend ist seit mehreren Jahren und insbesondere beim nichtärztlichen Personal zu beobachten. 1997 waren nur 27,0% aller Beschäftigten in Teilzeit tätig.

Die Steigerung bei den Vollkräften in 2007 zeigt jedoch, dass das Mehr an Beschäftigung nicht nur daraus resultiert, dass es mehr Teilzeit- /bzw. geringfügig Beschäftigte gibt.

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. Im Jahr 2007 waren 9,0% aller Vollkräfte im ärztlichen Dienst beschäftigt. Mit 25,8% stellte der medizinisch-technische Dienst die größte Personalgruppe. Zu ihr gehören beispielsweise Krankengymnasten, Logopäden und Diätassistenten. An zweiter Stelle folgte der Pflegedienst (23,2%).

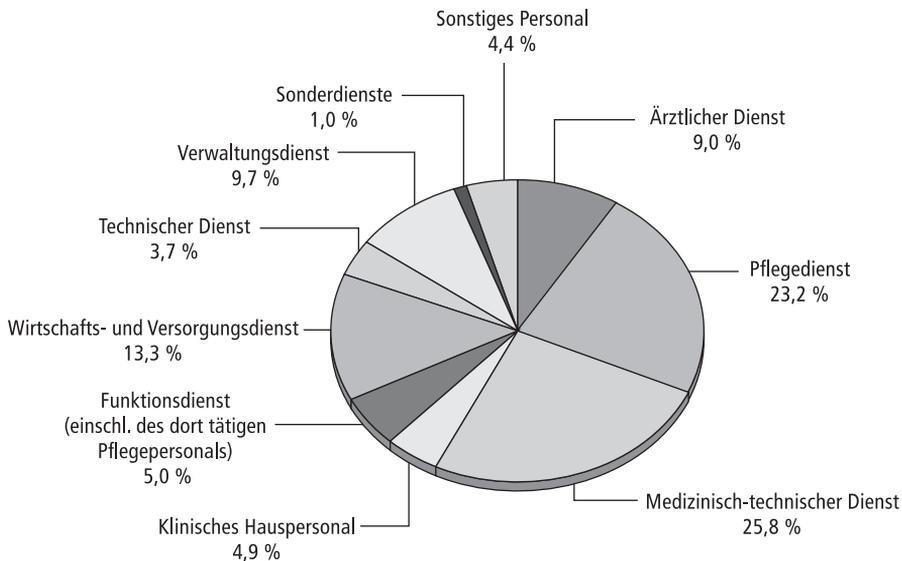
Einen Überblick über die Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2007 gibt Abbildung 21–3. Grundlage der Darstellung sind 91 020 Vollkräfte.

Fast die Hälfte des ärztlichen Personals war 2007 weiblich (47,3%). Der Anteil der weiblichen Beschäftigten hat sich damit gegenüber 2006 um 0,3 Prozentpunkte gesteigert. Mit steigender Hierarchie nahm der Frauenteil des ärztlichen Personals ab. 2007 waren 59,7% aller Assistenzärzte weiblichen Geschlechts, bei den leitenden Ärzten waren es nur noch 19,2%. Hier ging im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Frauen erstmals wieder zurück, und zwar um 0,5 Prozentpunkte.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergeben sich auch bei Betrachtung der Beschäftigungsverhältnisse. 30,7% aller hauptamtlichen Ärzte waren 2007 teil-

Abbildung 21–3

Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007 (Vollkräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

zeit- oder geringfügig beschäftigt. Der Anteil der Frauen in diesen Beschäftigungsverhältnissen lag mit 69,3 % deutlich höher.

Die Geschlechtsstruktur des nichtärztlichen Personals unterscheidet sich doch grundlegend von der des ärztlichen Personals: Die Frauen stellten hier mit 78,4 % den größten Anteil der Beschäftigten. Dies zog sich durch nahezu alle Berufsgruppen. Nur im technischen Dienst dominierten die männlichen Beschäftigten.

21.3.3 Fachlich-medizinische Ausstattung

Der fachlich-medizinische Schwerpunkt der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen lag auf den Fachabteilungen Innere Medizin und Orthopädie. In diesen beiden Fachabteilungen waren 2007 49,8 % aller Betten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellt. Gleichzeitig stellten sie auch die größte Anzahl an Fachabteilungen.

Aufgrund von Veränderungen im Erhebungsablauf kann seit 2007 die Geriatrie als eigene Fachabteilung nachgewiesen werden. Mit insgesamt gut 6 500 Betten stellten diesen Fachabteilungen 3,8 % aller Betten in den Einrichtungen (siehe Tabelle 21–5).

Anhand der prozentualen Veränderung zum Vorjahr können kurzfristige Entwicklungen innerhalb der Fachabteilungen analysiert werden. Die höchsten Steigerungen gab es in den Fachabteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 13,1 % bzw. 13,0 % mehr Betten als im Jahr 2006. Die stärksten Rückgänge gegenüber dem Vorjahr gab es mit –17,6 % in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin und mit –13,7 % in der Inneren Medizin. Allerdings ist anzunehmen, dass der Rückgang im letztgenannten Bereich z. T. von der Fachabteilung Geriatrie ausgeglichen wurde, die 2007 erstmals als eigenständige Fachabteilung nachgewiesen wird. Bis 2006 wurde ein großer Teil der Geriatrie der Inneren Medizin zugerechnet.

Die durchschnittliche Bettenauslastung in den einzelnen Fachabteilungen variierte zwischen nur 57,4 % in der Fachabteilung Haut- und Geschlechtskrankheiten bis zu 90,2 % in der Psychiatrie und Psychotherapie. Die durchschnittliche Bettenauslastung in allen Fachabteilungen lag bei 79,4 %.

21.4 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 2007 für 54,6 % aller Vorsorge-

Tabelle 21-5
Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2007

| Fachabteilungsbezeichnung | Fachabteilungen insgesamt | | Aufgestellte Betten | | Durchschnittliche Bettenauslastung | | Durchschnittliche Verweildauer | |
|--|---------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 2007 | | 2007 | | 2007 | | 2007 | |
| | Anzahl | Veränderung zum Vorjahr in % | Anzahl | Veränderung zum Vorjahr in % | in % | Veränderung zum Vorjahr | in Tagen | Veränderung zum Vorjahr in % |
| Fachabteilungen insgesamt | 1 809 | 0,3 | 170 845 | -1,1 | 79,4 | 6,5 | 25,5 | -0,4 |
| Allgemeinmedizin | 46 | -2,1 | 3 650 | -5,8 | 68,3 | 11,5 | 20,1 | -1,9 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 16 | 6,7 | 931 | 13,1 | 87,6 | 2,5 | 23,2 | -0,3 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 36 | 0,0 | 1 817 | 13,0 | 57,4 | 2,2 | 24,2 | -6,6 |
| Innere Medizin | 385 | -18,9 | 39 050 | -13,7 | 76,7 | 3,8 | 22,4 | -1,4 |
| Geriatrie | 130 | - | 6 512 | - | 85,2 | - | 22,8 | - |
| Kinderheilkunde | 53 | -8,6 | 5 392 | -7,3 | 67,6 | -0,1 | 28,9 | 2,0 |
| Neurologie | 153 | -2,5 | 16 901 | -1,7 | 86,6 | 3,6 | 31,6 | 0,0 |
| Orthopädie | 360 | 0,8 | 46 065 | -0,7 | 83,7 | 6,4 | 22,0 | -0,5 |
| Physikalische und Rehabilitative Medizin | 35 | -2,8 | 1 905 | -17,6 | 61,4 | 18,0 | 24,4 | 1,6 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 201 | 6,3 | 13 439 | 6,7 | 90,2 | 5,0 | 63,8 | -1,7 |
| Psychotherapeutische Medizin | 136 | -6,8 | 12 999 | -2,1 | 83,3 | 6,3 | 40,0 | -1,2 |
| Sonstige Fachbereiche | 258 | -10,4 | 22 184 | -5,9 | 66,6 | 10,8 | 21,4 | -0,1 |

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2010

Wido

oder Rehabilitationseinrichtungen. Zusammen behandelten diese 86,2% aller vollstationären Vorsorge- oder Rehabilitationspatienten. 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 21.4.1). Die Diagnosestatistik ergänzt diese Angaben um Informationen über die Patienten- und Diagnosestruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (siehe 21.4.2).

21.4.1 Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten)

Im zweiten Jahr in Folge: Behandlungsfälle und kürzere Verweildauer

Im Jahr 2007 wurden 1,9 Millionen Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen behandelt, 5,8% mehr als in 2006. Die durchschnittliche Verweildauer sank um 0,5% und lag durchschnittlich bei 25,5 Tagen. Sie reichte von knapp 24 Tagen in Schleswig-Holstein bis zu gut 32 Tagen in den Stadtstaaten, wobei diese mit -3,6% den größten Rückgang zu verzeichnen hatten. Diese Entwicklung der Behandlungsfälle und der Verweildauer bewirkte eine weitere Steigerung der Bettenauslastung um 6,4% auf nahezu 80%. Sie stieg in allen Ländern an und erreichte mit 91,1% in Brandenburg den höchsten Wert bundesweit. Einen Überblick über die restlichen Länderergebnisse bietet Tabelle 21-2.

21.4.2 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 1,9 Mio. Behandlungsfällen³ wurden aufgrund der Einschränkung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2007 rund 1,6 Mio. (86,2%) in der Diagnosestatistik erfasst. Tabelle 21-6 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.

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 21–6

Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten 2007

| Gegenstand der Nachweisung | 2007 | 2006 | 2005 | 2004 | 2003 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen¹⁾ | | | | | |
| Patienten insgesamt | 1 608 426 | 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 | 1 582 367 | 1 497 645 | 1 473 764 | 1 433 035 | 1 462 839 |
| nach Geschlecht | | | | | |
| Männer | 735 115 | 697 839 | 689 912 | 674 404 | 703 762 |
| Frauen | 847 252 | 799 806 | 783 852 | 758 631 | 759 077 |
| Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner | | | | | |
| – unter 15 Jahre | 845 | 747 | 684 | 758 | 724 |
| – 15 bis unter 45 Jahre | 835 | 786 | 787 | 809 | 875 |
| – 45 bis unter 65 Jahre | 2 889 | 2 762 | 2 767 | 2 759 | 2 871 |
| – 65 bis unter 85 Jahre | 3 737 | 3 630 | 3 604 | 3 452 | 3 333 |
| – 85 Jahre und mehr | 1 956 | 1 813 | 1 700 | 1 484 | 1 364 |
| Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren) | | | | | |
| Insgesamt | 56 | 56 | 56 | 54 | 53 |
| Männer | 55 | 55 | 55 | 54 | 53 |
| Frauen | 56 | 56 | 56 | 55 | 55 |
| Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) | | | | | |
| | 26,3 | 25,5 | 25,6 | 25,8 | 26,1 |

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 56 Jahren

Im Jahr 2007 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 steigert sich 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 2,1 % im Jahr 2007.

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 2007 wieder die häufigste Ursache für einen Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. 33,9 % aller Patienten wurde aufgrund einer entsprechenden Hauptdi-

agnose behandelt. Es folgten Krankheiten des Kreislaufsystems (14,6%), psychische und Verhaltensstörungen (11,7%) sowie Neubildungen (11,5%). Zusammen entfielen über 70% aller Behandlungsfälle auf diese vier Diagnosekapitel (siehe Tabelle 21–7).

Bei den Krankheiten des Nervensystems verbrachten die Patienten mit durchschnittlich 41 Tagen die längste Zeit in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Demgegenüber hatten die Patienten, die u. a. aufgrund Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett oder aufgrund von Krankheiten des Blutes oder der blutbildenden Organe eine Einrichtung aufsuchten, mit gut 21 Tagen die kürzeste Verweildauer.

Das Diagnosespektrum variierte je nach Lebensphase

Die häufigste Einzeldiagnose bei den unter 15-Jährigen war Asthma (ICD-Pos. J45) mit 13 900 Behandlungsfällen. Damit wies auch 2007 fast jedes siebte Kind, das in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurde, die Diagnose Asthma auf. Diese liegt in dieser Altersklasse seit mehreren Jahren an erster Position. An zweiter Stelle folgte in diesem Jahr eine eher unspezifische Sammelposition: Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nahmen (ICD-Pos. Z76) mit 9 500 Patienten. Es ist zu vermuten, dass sich in dieser Position häufig die Kinder bei Mutter-Kind-Kuren finden, insbesondere wenn der Anlass dieses Kuraufenthaltes vor allem im Gesundheitszustand der Mutter begründet ist.

In der Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen lag an erster Stelle die andere neurotische Störung (ICD-Pos. F48), die Anlass für einen Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung war. Mit dieser Diagnose wurden 27 100 Patienten behandelt. An zweiter, dritter und vierter Stelle standen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Auf Position vier und fünf finden sich aber auch wieder Erkrankungen aus dem psychischen Bereich. In dieser Altersklasse verschiebt sich bei den häufigsten Einzeldiagnosen das Spektrum hin zu diesen Erkrankungen.

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 59 900 Behandlungsfällen. Bei fast 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. Ursache sind vermutlich häufig in dieser Altersgruppe durchgeführte Einsetzungen von künstlichen Knie- bzw. Hüftgelenken.

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen ist die Fraktur des Femurs (Oberschenkelbruch) (ICD-Pos S72) aller Behandlungsfälle die zentrale Einzeldiagnose. Bei mehr als jedem fünften Patienten war dies der Grund für den Aufenthalt in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Tabelle 21–8).

Tabelle 21-7

Behandlungsanlässe der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007

| Pos.-Nr. der ICD-10 | Diagnoseklasse / Behandlungsanlass | Patienten und Patientinnen ¹⁾ | | Durchschnittliche Verweildauer | | |
|------------------------|--|--|-------------------------|--------------------------------|---------------|-------------|
| | | Insgesamt | Anzahl Männer Frauen | Insgesamt | Männer Frauen | |
| Insgesamt | | 1 608 426 | 747 926 | 860 197 | 26,3 | 27,1 |
| A00-B99 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 4 733 | 2 489 | 2 244 | 26,3 | 26,8 |
| C00-D48 | Neubildungen | 185 769 | 86 551 | 99 207 | 23,9 | 23,9 |
| D50-D90 | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 10 622 | 4 758 | 5 863 | 21,4 | 21,9 |
| E00-E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 43 335 | 22 113 | 21 221 | 25,0 | 24,6 |
| F00-F99 | Psychische und Verhaltensstörungen | 187 924 | 67 247 | 120 645 | 39,2 | 46,6 |
| G00-G99 | Krankheiten des Nervensystems | 43 533 | 22 426 | 21 093 | 41,1 | 47,7 |
| H00-H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 1 151 | 539 | 612 | 24,0 | 24,2 |
| H60-H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 4 657 | 2 550 | 2 107 | 27,6 | 27,6 |
| I00-I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems | 234 418 | 147 135 | 87 200 | 25,3 | 25,0 |
| J00-J99 | Krankheiten des Atmungssystems | 75 839 | 40 172 | 35 646 | 27,7 | 27,9 |
| K00-K93 | Krankheiten des Verdauungssystems | 18 553 | 8 520 | 10 032 | 22,7 | 22,8 |
| L00-L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 20 461 | 9 429 | 11 026 | 24,3 | 24,6 |
| M00-M99 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 544 750 | 232 383 | 312 296 | 23,2 | 23,6 |
| N00-N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems | 4 947 | 1 896 | 3 051 | 22,9 | 22,5 |
| O00-O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 65 | – | 65 | 21,4 | 21,4 |
| P00-P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 502 | 284 | 218 | 24,3 | 24,2 |
| Q00-Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 4 063 | 1 818 | 2 243 | 25,5 | 26,1 |
| R00-R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 14 270 | 4 927 | 9 342 | 23,5 | 23,9 |
| S00-T98 | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 96 982 | 40 498 | 56 472 | 25,9 | 27,6 |

Tabelle 21-7

Fortsetzung

| Pos.-Nr. der ICD- 10 | Diagnoseklasse / Behandlungsanlass | Patienten und Patientinnen ¹⁾ | | Durchschnittliche Verweildauer | |
|-------------------------|--|--|----------------------------|--------------------------------|------------------|
| | | Insgesamt | Anzahl Männer Frauen | Insgesamt | Männer Frauen |
| Z00-Z99 | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen | 98 213 | 46 146 52 023 | 21,4 | 21,6 21,3 |
| | Ohne Diagnoseangabe | 13 619 | 6 035 7 581 | 26,4 | 27,0 26,6 |

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Tabelle 21–8

Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter 2007

| Rang | ICD-Pos. | Hauptdiagnose | Patienten und Patientinnen ¹⁾ | Durchschnittliche Verweildauer | Durchschnittliches Alter |
|------------------------------|----------|---|--|--------------------------------|--------------------------|
| | | | Anzahl | in Tagen | in Jahren |
| unter 15 Jahre | | | | | |
| Insgesamt | | | 99 258 | 24,7 | 7,0 |
| 1 | J45 | Asthma bronchiale | 13 882 | 27,3 | 6,9 |
| 2 | Z76 | Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen | 9 463 | 21,0 | 5,6 |
| 3 | D80 | Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel | 8 413 | 20,5 | 5,5 |
| 4 | L20 | Neurodermitis (Atopisches Ekzem) | 7 798 | 23,8 | 5,5 |
| 5 | E66 | Adipositas | 6 553 | 32,5 | 10,9 |
| 15 bis unter 45 Jahre | | | | | |
| Insgesamt | | | 278 445 | 30,3 | 36,0 |
| 1 | F48 | Andere neurotische Störungen | 27 091 | 21,8 | 35,9 |
| 2 | M54 | Rückenschmerzen | 24 861 | 25,2 | 37,9 |
| 3 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 21 408 | 24,3 | 37,1 |
| 4 | F43 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 12 411 | 34,5 | 36,0 |
| 5 | F32 | Depressive Episode | 10 441 | 37,2 | 36,7 |
| 45 bis unter 65 Jahre | | | | | |
| Insgesamt | | | 639 943 | 27,7 | 55,0 |
| 1 | M54 | Rückenschmerzen | 59 879 | 25,4 | 53,4 |
| 2 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 34 370 | 22,4 | 56,6 |
| 3 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 33 417 | 22,8 | 56,9 |
| 4 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 33 120 | 24,2 | 53,2 |
| 5 | I25 | chronische ischämische Herzkrankheit | 28 473 | 22,6 | 55,5 |
| 65 bis unter 85 Jahre | | | | | |
| Insgesamt | | | 557 213 | 23,1 | 72,9 |
| 1 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 71 841 | 21,0 | 73,2 |
| 2 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 67 635 | 20,9 | 73,0 |
| 3 | I63 | Hirinfarkt | 35 545 | 29,8 | 73,9 |
| 4 | I25 | chronische ischämische Herzkrankheit | 33 968 | 20,9 | 72,6 |
| 5 | Z96 | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten | 26 678 | 20,9 | 73,2 |
| 85 Jahre und älter | | | | | |
| Insgesamt | | | 33 335 | 23,2 | 87,2 |
| 1 | S72 | Fraktur des Femurs (Oberschenkelbruch) | 5 787 | 23,3 | 88,1 |
| 2 | I63 | Hirinfarkt | 3 217 | 28,1 | 87,1 |
| 3 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 2 811 | 21,4 | 86,7 |
| 4 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 2 383 | 21,2 | 86,6 |
| 5 | Z96 | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten | 1 251 | 21,4 | 86,8 |

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 21–9

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Männern und Frauen 2007

| Rang | ICD-Pos. | Hauptdiagnose | Patienten und Patientinnen ¹⁾ | Durchschnittliche Verweildauer | Durchschnittliches Alter |
|---------------|----------|---|--|--------------------------------|--------------------------|
| | | | Anzahl | in Tagen | in Jahren |
| Männer | | | | | |
| | | Insgesamt | 747 926 | 27,1 | 55 |
| 1 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 49 180 | 21,7 | 63 |
| 2 | M54 | Rückenschmerzen | 47 539 | 25,2 | 51 |
| 3 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 43 687 | 21,5 | 65 |
| 4 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 37 591 | 21,8 | 66 |
| 5 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 35 747 | 24,1 | 50 |
| 6 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 33 976 | 22,8 | 66 |
| 7 | I63 | Hirnfarkt | 33 629 | 30,7 | 66 |
| 8 | Z95 | Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten | 16 700 | 21,3 | 65 |
| 9 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 15 970 | 21,5 | 61 |
| 10 | Z96 | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten | 14 429 | 21,4 | 66 |
| Frauen | | | | | |
| | | Insgesamt | 860 197 | 25,6 | 56 |
| 1 | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 72 842 | 21,5 | 69 |
| 2 | M16 | Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 65 183 | 21,5 | 68 |
| 3 | M54 | Rückenschmerzen | 48 692 | 24,5 | 52 |
| 4 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma) | 45 026 | 23,3 | 59 |
| 5 | F48 | Andere neurotische Störungen | 30 729 | 22,3 | 39 |
| 6 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 30 121 | 23,2 | 53 |
| 7 | Z96 | Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten | 26 100 | 21,3 | 69 |
| 8 | I63 | Hirnfarkt | 25 456 | 30,9 | 70 |
| 9 | M53 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert | 22 738 | 24,2 | 51 |
| 10 | S72 | Fraktur des Femurs | 22 201 | 22,9 | 76 |

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WiDO

Unterschiedliches Behandlungsspektrum bei Männern und Frauen

Bei Betrachtung der häufigsten Hauptdiagnosen zeigen sich auch Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Im Jahr 2007 wurden 49 200 Männer wegen einer chronischen ischämischen Herzkrankheit (ICD-Pos. I25) in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt. Dies war bei den Männern die häufigste Einzeldiagnose. Im Durchschnitt waren sie 63 Jahre alt und verbrachten 22 Tage in der Einrichtung. Drei Tage länger wurden die männlichen Patienten mit Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54), der zweithäufigsten Diagnose behandelt. Das Durchschnittsalter dieser insgesamt 47 500 Männer lag mit 51 Jahren unter dem aller behandelten Männer (siehe Tabelle 21–9).

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 ca. drei Jahre jünger.

Teil V

Krankenhaus-Directory

(Kapitel 22)

This page intentionally left blank

22 Krankenhaus-Directory 2008

DRG-Krankenhäuser im vierten 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 Darstellung liegen Vereinbarungsdaten und nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtung zugrunde. Insgesamt finden 1 596 Krankenhäuser Eingang, von denen 67 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 drei 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 2008 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 2008, 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 21 %. 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, 2007 und 2008/2009.

ö für öffentlich
 fg für freigemeinnützig
 p für privat.

Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 40 % der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen mit 35 %. Die restlichen 24 % befinden sich in privater Trägerschaft.

Notfall

In dieser Spalte findet sich ein „n“, sofern für das Krankenhaus 2008 ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde.

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 2008 handelt es sich um den Wert ohne Ausgleichs- und Berichtigungen (BFWoA). Dieser entspricht in der Regel nicht dem tatsächlichen Zahlbetrag, welcher Ausgleichs- aus Vorperioden und Korrekturbeträge bei unterjährigem Inkrafttreten beinhaltet.

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2008 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2008, und es somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz in diesem Jahr ausgenommen ist.

Abbildung 22-1

Umsetzungszeitpunkte der Vereinbarungen 2008

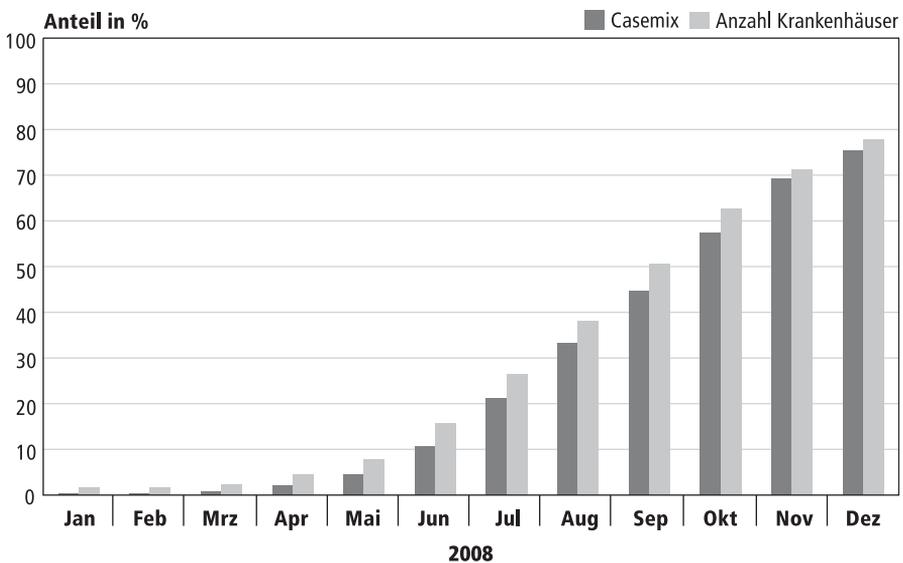
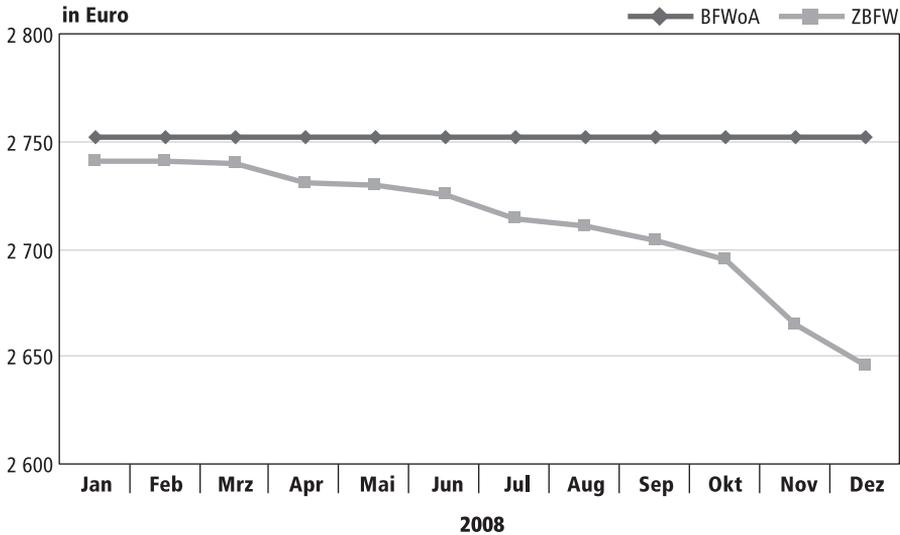


Abbildung 22–2

Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwerte und BFWoA für Vereinbarungen 2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Vereinbarungsergebnisse auf Krankenhausebene können während der Konvergenzphase erst mit vorliegendem DRG-Katalog und Landesbasisfallwert erzielt werden. Der erste vereinbarte Landesbasisfallwert für die Budgetrunde 2008 wurde im April 2007 in Sachsen festgelegt. Bis Ende 2007 waren mit vier erst ein Viertel aller Landesbasisfallwerte vereinbart und im Juni 2008 lagen mit der Vereinbarung aus Berlin auch der letzte Wert vor. Zu 78 % der hier beobachteten Einrichtungen bzw. 75 % des DRG-Casemixes konnten die Vereinbarungen unterjährig umgesetzt werden. Die übrigen erfolgten retrospektiv (Abbildung 22–1).

Aufgrund des negativen Saldos der vereinbarten Ausgleiche für Vorperioden i. H. v. –908 Mio Euro und der überwiegenden Zahl an Budgetabschlüssen in der zweiten Jahreshälfte sinkt der Zahlbasisfallwert für die hier dargestellten Krankenhäuser im Verlauf des Jahres 2008 kontinuierlich ab (Abbildung 22–2). Der Casemix-gewichtete BFWoA liegt für die untersuchten DRG-Krankenhäuser bei 2752,40 Euro, der Zahlbasisfallwert sinkt ausgehend vom Januarwert 2741,30 auf 2645,85 Euro im Dezember. Im Mittel liegt der Zahlbasisfallwert 40 Euro bzw. –1,5 % unterhalb des vereinbarten Basisfallwerts 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. 2008, also in der vierten Stufe, erfolgt eine Konvergenz um 44,4 % des rechnerischen Anpassungsbetrags. Die negative Anpassung ist für das Jahr 2008 auf eine Obergrenze von 2,5 % des Krankenhausbudgets begrenzt,

Tabelle 22-1

Konvergenzwirkungen nach Bundesländern

| Bundesland | LBFW | Anzahl VB | Anzahl BE KH | Anzahl DRG-KH | Konvergenzgewinner in % | Konvergenzverlierer in % | davon: geschont in % |
|------------------------|-------|-----------|--------------|---------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
| Brandenburg | 2 767 | 48 | 1 | 47 | 55,3 | 44,7 | 14,3 |
| Berlin | 2 898 | 34 | 0 | 34 | 85,3 | 11,8 | 0,0 |
| Baden-Württemberg | 2 832 | 200 | 7 | 193 | 62,2 | 37,8 | 39,7 |
| Bayern | 2 806 | 312 | 41 | 271 | 75,6 | 23,6 | 40,6 |
| Bremen | 2 871 | 12 | 0 | 12 | 75,0 | 25,0 | 66,7 |
| Hessen | 2 811 | 108 | 2 | 106 | 74,5 | 25,5 | 29,6 |
| Hamburg | 2 824 | 28 | 0 | 28 | 85,7 | 14,3 | 0,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2 727 | 30 | 0 | 30 | 80,0 | 20,0 | 16,7 |
| Niedersachsen | 2 763 | 174 | 0 | 174 | 51,7 | 47,7 | 34,9 |
| Nordrhein-Westfalen | 2 729 | 346 | 5 | 341 | 74,2 | 25,5 | 33,3 |
| Rheinland-Pfalz | 2 956 | 70 | 0 | 70 | 72,9 | 27,1 | 21,1 |
| Schleswig-Holstein | 2 682 | 47 | 3 | 44 | 59,1 | 34,1 | 33,3 |
| Saarland | 2 933 | 24 | 0 | 24 | 62,5 | 37,5 | 33,3 |
| Sachsen | 2 740 | 79 | 5 | 74 | 43,2 | 56,8 | 26,2 |
| Sachsen-Anhalt | 2 755 | 43 | 0 | 43 | 39,5 | 60,5 | 34,6 |
| Thüringen | 2 751 | 41 | 3 | 38 | 73,7 | 26,3 | 20,0 |

Krankenhaus-Report 2010

WldO

für positive Anpassungsbeträge existiert keine Obergrenze². In der Spalte wird die prozentuale Budgetanpassung durch die Konvergenz gegen den landesweiten Basisfallwert dargestellt. Beträgt der Wert $-2,5$, so handelt es sich um ein Krankenhaus, für das die Obergrenzenregelung gegriffen hat.

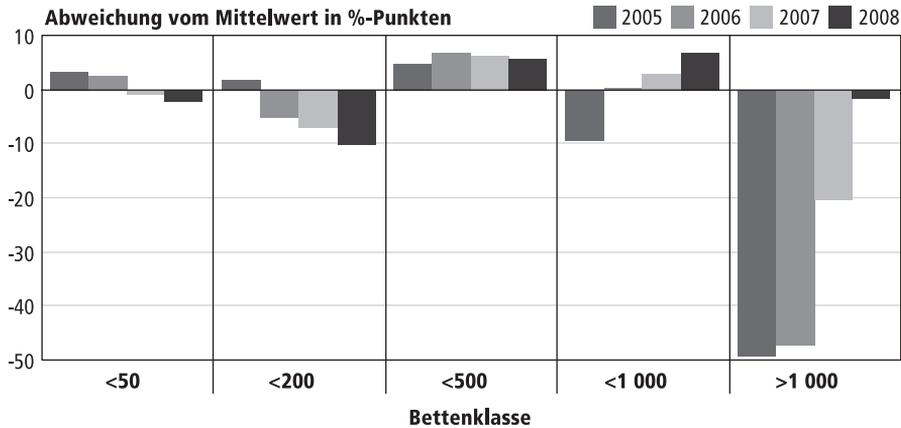
Krankenhäuser, die 2008 einen positiven Anpassungsbetrag vereinbart haben, werden im Weiteren als Konvergenzgewinner bezeichnet, solche mit einem negativen als Konvergenzverlierer. Krankenhäuser, die aufgrund der Obergrenzenregelung nicht den kompletten Anpassungsbetrag als Budgetminderung hinnehmen mussten, gelten als geschonte.

Mit 68 % der hier dargestellten Einrichtungen überwiegt der Anteil der Konvergenzgewinner gegenüber dem der Konvergenzverlierer. Mit 33 % 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 ist leicht rückläufig: Dort wurde der Anteil der Gewinner mit 64 % festgestellt, der Anteil der Geschonten betrug 34 %.

2 Die Regelungen finden sich im Detail in § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Abbildung 22–3

Anteil Konvergenzgewinner 2005–2008 nach Bettenklassen



Quelle: BBR und WIdO

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Dabei sind mehr Budgeterhöhungen bei den Gewinnern angefallen, als die Verlierer abgeben mussten: Das bundesweite Saldo der durch die Konvergenz umverteilten Budgets beträgt 2008 +563 Millionen Euro. Im Jahr 2007 betrug der Wert noch +282 Millionen Euro, in 2006 +144 Millionen Euro und 2005 +4 Millionen Euro.

Tabelle 22–1 illustriert die Konvergenzwirkungen nach Bundesländern. Der Anteil der Konvergenzgewinner variiert z. Zt. zwischen 86 % in Hamburg und 40 % in Sachsen-Anhalt.

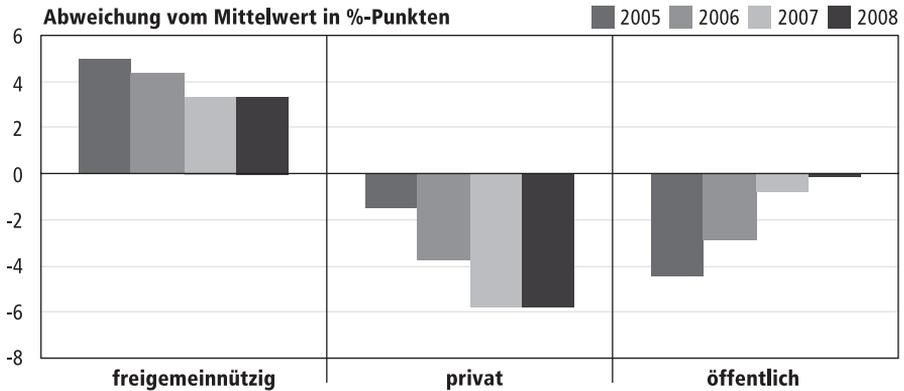
Für Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 Betten lässt sich seit 2005 durchgängig ein überdurchschnittlicher Anteil an Konvergenzgewinnern feststellen, während Krankenhäuser mit über 1000 Betten überdurchschnittlich viele Konvergenzverlierer aufweisen. Der Anteil der Gewinner unter Einrichtungen mit hohen Bettenzahlen steigt aber von 2005 bis 2008 deutlich an (Abbildung 22–3).

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 22–4).

Die Darstellung nach Regionstypen verdeutlicht, dass Konvergenzgewinner in ländlichen Regionen überrepräsentiert sind, während sie in verstäderten Räumen durchgängig unterdurchschnittliche Anteile aufweisen (Abbildung 22–5). Für Krankenhäuser in Agglomerationsräumen ist 2007 erstmals ein leicht überdurchschnittlicher Anteil an Konvergenzgewinnern festzustellen, welcher in 2008 noch deutlicher ausfällt.

Abbildung 22-4

Anteil Konvergenzgewinner 2005–2008 nach Trägerarten



Krankenhaus-Report 2010

WidO

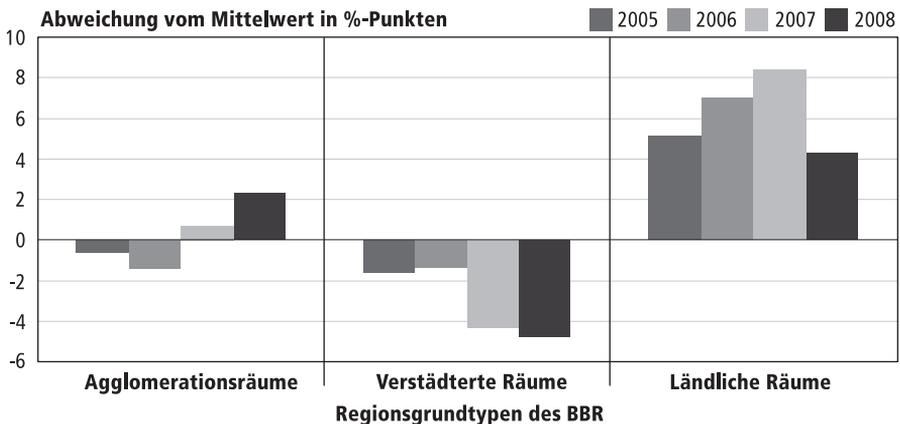
Casemix

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 22-5

Anteil Konvergenzgewinner 2005–2008 nach den Regionstypen des BBR



Krankenhaus-Report 2010

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-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 2008 existieren 564 Basis-DRGs.

Im Internetportal befindet sich eine zusätzliche Spalte für die Anzahl der Basis-DRGs zu 75 % aller Leistungen.

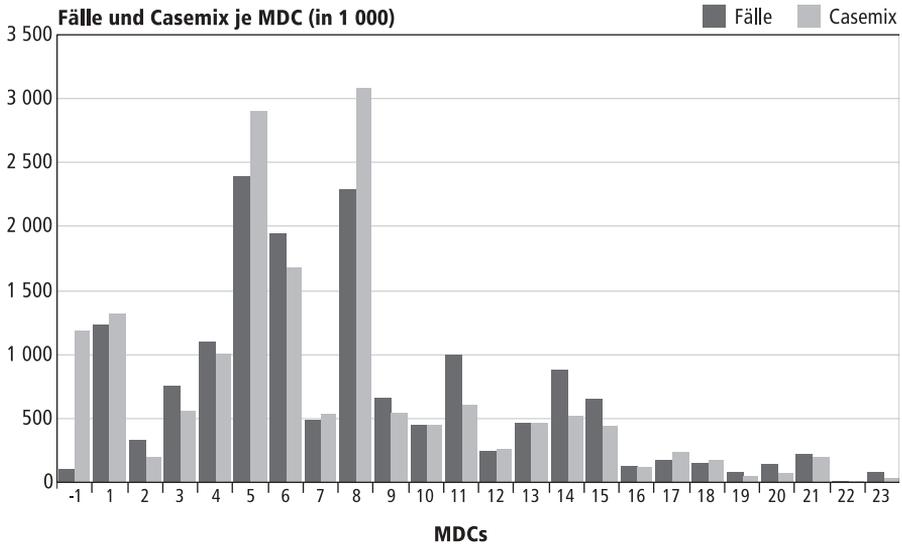
TOP 3 MDC

In einer weiteren Annäherung an das DRG-Leistungsspektrum eines Hauses werden die drei jeweils stärksten MDCs mit ihrer Nummer sowie dem jeweiligen Prozentanteil an sämtlichen DRG-Leistungen 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

³ Im Internetportal findet sich die erweiterte Darstellung der TOP 5 MDCs.

Abbildung 22–6

Verteilung von Fällen und Casemix auf MDCs 2008

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

- 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
- 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 15 Neugeborene
- 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
- 17 Hämatologische und solide Neubildungen
- 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens.

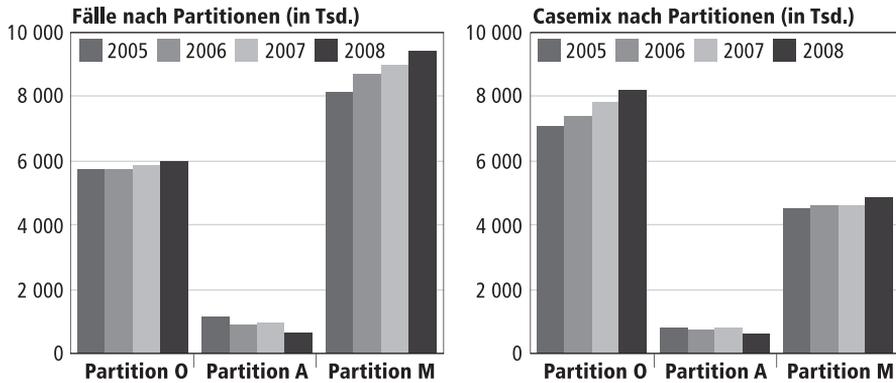
Abbildung 22–6 stellt dar, wie sich Fälle und Casemix anteilig auf die einzelnen MDCs verteilen.

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.

Abbildung 22–7

Verteilung von Fällen und Casemix auf Partitionen 2005–2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

- DRGs der anderen Partition beinhalten Prozeduren, die in der Regel diagnostische Maßnahmen abbilden und für die kein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der medizinischen Partition beinhalten keine relevanten Prozeduren.

Die Abkürzungen der Partitionen bedeuten Folgendes:

- o = operativ
- a = andere
- m = medizinisch.

In den betrachteten Krankenhäusern wurden insgesamt 16,0 Millionen DRG-Fälle vereinbart. Diese entfallen zu 37% auf die operative Partition, zu 4% auf die andere Partition und zu 59% auf die medizinische Partition (Abbildung 22–7). Für die operative Partition bleibt die vereinbarte Fallzahl über den Zeitraum 2005 bis 2008 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.

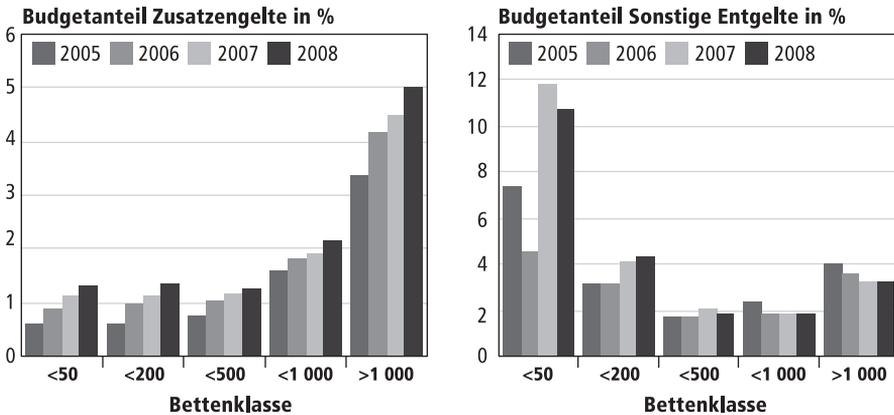
In der Printversion wird lediglich der prozentuale Anteil von Fällen in der operativen Partition dargestellt. Im Internetportal sind für jedes Krankenhaus alle drei Partitionen ausgewiesen.

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 2008 u. a. 43 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

⁴ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Abbildung 22–8

Budgetanteile Zusatz- und sonstige Entgelte 2005–2008 nach Bettenklassen

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Anteil solcher tages- oder fallbezogenen Leistungen am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil ist von der Vergütung nach DRGs sowie der Budgetkonvergenz ausgenommen.

Zusatzentgelte können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 64 vom InEK kalkulierten und bundeseinheitlich vergüteten hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Im Zeitraum von 2005 bis 2008 hat sich die Zahl solcher Entgelte im Katalog kontinuierlich erhöht. Abbildung 22–8 beschreibt den Anteil der bundesweiten und hausindividuellen Zusatzentgelte am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten.

Der Budgetanteil der Zusatzentgelte wächst 2008 mit steigender Bettenzahl von 1,3 % für Krankenhäuser mit bis zu 50 Betten bis auf 5,0 % 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 (10,7 %). Für die übrigen variiert er zwischen 1,8 % und 4,2 % (Abbildung 22–8).

Bes. Leist. (B/N/H/P)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern sind Leistungsbereiche vereinbart, die nach FPVBE 2008 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2008 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. Verglichen mit den 82 Krankenhäusern, die im Jahr 2005 eine Vereinbarung über mindestens eine NUB-Leistung getroffen haben, ist der Wert bis 2008 auf 420 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 20 eine solche Leistung verein-

Tabelle 22–2

Abweichung der Ist-Werte gegenüber der Vereinbarung

| | Fallzahl | Casemix | CMI |
|------------------|----------|---------|------|
| Überschreitung | 65 % | 59 % | 42 % |
| keine Abweichung | 2 % | 1 % | 1 % |
| Unterschreitung | 33 % | 41 % | 57 % |

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

bart, 2005 waren es noch neun. „P“ markiert Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung.

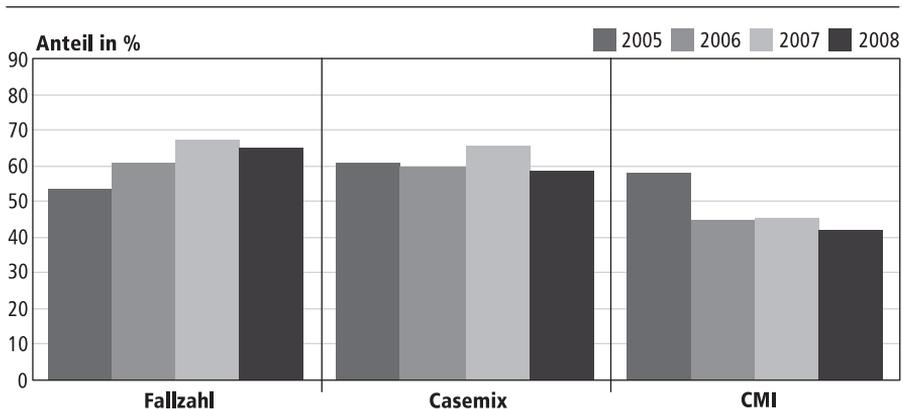
Abw. Ist: Fälle/CMI/Casemix

Zu 1 191 Einrichtungen liegen neben den Vereinbarungen auch IST-Daten für das gesamte Jahr 2008 vor. Für diese Einrichtungen werden die Abweichungen von Fallzahl, CMI und Casemix gegenüber den vereinbarten Werten mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

- +++ = 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 65 % hat die Mehrzahl der betrachteten 1 191 Krankenhäuser demnach 2008 die vereinbarte Fallzahl überschritten. Eine Überschreitung des vereinbarten Casemix ist für 59 % festzustellen, des CMIs für 42 % (Tabelle 22–2 und Abbildung 22–9).

Abbildung 22–9

Anteil der Krankenhäuser mit IST-Überschreitung der Vereinbarung 2005–2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Tabelle 22-3

Budgetanteile nach Bundesländern

| Bundesland | Anzahl Kranken- häuser | CMI | Partitionen in % | | | Leistungsdichte Basis-DRGs | | | Top 3 MDC | | | Budget- anteile in % | | n. Not- fall | bes. Leistungen | | |
|------------------------|------------------------------|-------|---------------------|---|----|-------------------------------|------|--------|-----------|--------|-----|-------------------------|----|-----------------|-----------------|----|----|
| | | | O | A | M | 25 % | 50 % | 1 | 2 | 3 | ZE | SE | B | | N | H | P |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brandenburg | 48 | 1,016 | 35 | 5 | 60 | 13 | 46 | 5:17 % | 8:15 % | 6:12 % | 2,3 | 1,4 | 0 | 3 | 21 | 0 | 18 |
| Berlin | 34 | 1,161 | 43 | 5 | 52 | 15 | 53 | 8:15 % | 5:14 % | 6:11 % | 3,8 | 2,2 | 12 | 0 | 14 | 1 | 8 |
| Baden-Württemberg | 200 | 1,027 | 39 | 3 | 58 | 12 | 46 | 5:14 % | 8:14 % | 6:11 % | 2,2 | 3,4 | 19 | 13 | 53 | 2 | 40 |
| Bayern | 312 | 1,029 | 39 | 4 | 58 | 14 | 47 | 8:16 % | 5:15 % | 6:12 % | 3,0 | 5,1 | 14 | 83 | 91 | 11 | 56 |
| Bremen | 12 | 0,978 | 36 | 4 | 61 | 10 | 43 | 8:14 % | 5:13 % | 6:11 % | 2,9 | 4,0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 |
| Hessen | 108 | 1,056 | 39 | 5 | 57 | 14 | 48 | 5:16 % | 8:15 % | 6:12 % | 1,7 | 2,3 | 26 | 7 | 11 | 2 | 16 |
| Hamburg | 28 | 1,083 | 41 | 5 | 54 | 13 | 48 | 8:13 % | 5:13 % | 6:13 % | 1,4 | 5,8 | 9 | 2 | 6 | 0 | 3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 30 | 1,003 | 35 | 3 | 62 | 13 | 44 | 5:16 % | 8:12 % | 6:12 % | 2,5 | 2,2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 |
| Niedersachsen | 174 | 1,040 | 38 | 4 | 59 | 13 | 43 | 8:15 % | 5:15 % | 6:12 % | 1,9 | 1,7 | 27 | 2 | 47 | 0 | 17 |
| Nordrhein-Westfalen | 346 | 0,988 | 36 | 4 | 60 | 11 | 43 | 5:15 % | 8:14 % | 6:12 % | 2,0 | 2,0 | 13 | 26 | 77 | 2 | 56 |
| Rheinland-Pfalz | 70 | 0,957 | 36 | 4 | 60 | 12 | 42 | 5:16 % | 8:14 % | 6:13 % | 1,6 | 2,2 | 6 | 9 | 5 | 0 | 11 |
| Schleswig-Holstein | 47 | 1,055 | 36 | 5 | 59 | 13 | 45 | 5:16 % | 8:14 % | 6:12 % | 2,7 | 2,8 | 1 | 5 | 11 | 0 | 4 |
| Saarland | 24 | 1,006 | 34 | 4 | 62 | 11 | 41 | 5:16 % | 6:12 % | 8:12 % | 2,2 | 1,5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| Sachsen | 79 | 1,051 | 37 | 3 | 60 | 13 | 45 | 5:15 % | 8:14 % | 6:13 % | 2,5 | 1,3 | 0 | 5 | 39 | 1 | 17 |
| Sachsen-Anhalt | 43 | 1,033 | 34 | 5 | 62 | 13 | 44 | 5:16 % | 8:13 % | 6:13 % | 2,3 | 2,5 | 0 | 0 | 20 | 0 | 7 |
| Thüringen | 41 | 1,075 | 36 | 5 | 59 | 14 | 46 | 5:16 % | 8:15 % | 6:13 % | 2,4 | 1,9 | 0 | 3 | 17 | 0 | 5 |

Krankenhaus-Report 2010

Wido

Infozeile Bundesland

Die Darstellung ist sortiert nach Bundesländern und dem Namen des Standortes. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile die gewichteten Mittelwerte CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG, Top MDC, Budgetanteile von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten sowie die Anzahl der Krankenhäuser mit vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt (Tabelle 22–3).

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------|-------|-------------------|---------|-----|---------------------------|----------|--------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|-----------|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 50 % | 5:14 % | 8:14 % | 6:11 % | | | | O | ZE | SE | B |
| Baden-Württemberg | | 261 | 19 | 2832 | 0 | 1,027 | 12 | 46 | 6:11 % | 8:14 % | 8:14 % | 38 | 2,24 | 3,41 | 13 | 53 | 2 | 40 | | | |
| Ostalb-Klinikum Aalen | Aalen | <500 | ö | 2735 | 2,81 | <20000 | 0,942 | 7 | 27 | 5:19 % | 6:15 % | 29 | 1,0 | 0,1 | | | | | P | | + + - |
| Ortenau Klinikum Achern Krankenhäuser des Ortenaunkreises | Achern | <500 | ö | 2796 | 1,04 | <10000 | 0,871 | 6 | 20 | 8:30 % | 6:14 % | 41 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | - + + |
| Sana-Klinik Zollernalb GmbH | Albstadt | <50 | p | 2657 | 5,71 | <5000 | 1,959 | 2 | 5 | 8:98 % | 1:1 % | 82 | 0,7 | 0,0 | | | | | | | nb nb nb |
| Zollernalb Klinikum gGmbH Kreislinik Albstadt | Albstadt | <500 | ö | 2791 | 1,32 | <10000 | 0,930 | 7 | 23 | 5:29 % | 6:13 % | 36 | 1,5 | 0,0 | | | | | | | - - + |
| Kliniken Schmieder Stiftung | Allersbach | <200 | p | 2907 | -1,07 | <5000 | 0,815 | 2 | 5 | 1:69 % | 8:11 % | 1 | 0,1 | 82,6 | B | | | | | | nb nb nb |
| Kreis Krankenhaus | Backnang | <500 | ö | 2848 | -0,53 | <10000 | 0,882 | 9 | 26 | 5:14 % | 8:14 % | 35 | 0,1 | 0,0 | | | | | | | + - - |
| Rheuma- und Rehabilitationsklinik Bad Bellingen | Bad Bellingen | <50 | p | 2827 | -1,65 | <1000 | 0,705 | 1 | 1 | 8:93 % | 1:7 % | 0 | 0,0 | 13,1 | | | | | | | + + + |
| Federsee Klinik | Bad Buchau | <50 | ö | 2851 | -2,04 | <1000 | 0,843 | 1 | 1 | 8:96 % | 1:2 % | 0 | 5,4 | 16,2 | | | | | | | + + + |
| SLK-Kliniken Heilbronn GmbH Klinikum am Platenvwald | Bad Friedrichshall | <500 | p | 2778 | 1,05 | <20000 | 0,954 | 8 | 27 | 5:28 % | 8:13 % | 34 | 1,9 | 0,1 | | | | | | | + + + |
| Herz-Zentrum Bad Krozingen | Bad Krozingen | <200 | fg | 3140 | -2,50 | <20000 | 1,396 | 3 | 7 | 5:92 % | 4:2 % | 50 | 7,2 | 0,5 | | | | | | | + + + |
| Klinik Dr. Becker Chefarzt Dr. med. A. Becker | Bad Krozingen | <50 | p | 2886 | -1,49 | <5000 | 1,251 | 4 | 8 | 8:79 % | 9:5 % | 76 | 0,2 | 0,0 | | | | | | | + + - |
| Stiftung Paracelsus Krankenhaus e.V. | Bad Liebenzell | <50 | p | 2893 | -1,61 | <5000 | 0,795 | 4 | 11 | 6:18 % | 5:17 % | | 16,0 | 0,0 | | | | | | | + + + |
| Canitas Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH | Bad Mergentheim | <1000 | fg | 2846 | -0,42 | <20000 | 0,765 | 1 | 13 | 11:33 % | 5:11 % | 23 | 2,5 | 0,0 | | | | | | | --- - +++ |
| Diabetes-Klinik Bad Mergentheim GmbH | Bad Mergentheim | <200 | p | 2653 | 4,72 | <5000 | 1,089 | 1 | 1 | 10:100 % | 5:0 % | 11 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | --- - - |
| Rehaklinik Ob der Tauber RehaZentren der DRV BW gGmbH | Bad Mergentheim | <50 | ö | 2352 | 16,95 | <1000 | 0,940 | 1 | 1 | 10:100 % | | 100 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | - - + |
| Vulpius-Klinik | Bad Rappenau | <200 | p | 2710 | 3,78 | <5000 | 1,308 | 2 | 5 | 8:95 % | 1:3 % | 80 | 0,5 | 0,0 | | | | | | | - + + |
| Hochrheinlinik Bad Säckingen GmbH | Bad Säckingen | <200 | fg | 3582 | -2,50 | <5000 | 1,300 | 2 | 4 | 5:49 % | 9:22 % | 41 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | --- --- |
| Kreis Krankenhaus Bad Säckingen | Bad Säckingen | <200 | ö | 2804 | 0,61 | <10000 | 0,801 | 7 | 23 | 6:15 % | 5:14 % | 25 | 0,1 | 0,0 | | | | | | | + + - |
| Klinik GmbH Sigmaringen Kreis Krankenhaus Bad Saulgau* | Bad Saulgau | <200 | ö | 2815 | 0,49 | <5000 | 0,742 | 5 | 16 | 6:23 % | 8:13 % | 44 | 0,0 | 0,1 | | | | | | | + - - |
| Ermstall Klinik Bad Urach | Bad Urach | <200 | ö | 2829 | 0,12 | <10000 | 0,903 | 7 | 24 | 6:18 % | 8:15 % | 35 | 0,2 | 0,0 | | | | | | | - - + |
| Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Bad Waldsee | Bad Waldsee | <50 | fg | 2740 | 2,71 | <5000 | 1,050 | 6 | 22 | 8:30 % | 5:19 % | 38 | 0,3 | 0,3 | | | | | | | - + + |
| Rommel-Klinik GmbH | Bad Wildbad | <50 | p | 3055 | -2,50 | <5000 | 0,794 | 1 | 1 | 8:88 % | 1:12 % | | 7,6 | 0,0 | | | | | | | - - - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----|-----------|-------|--------|------------|---------------------|-------|---|---|----------------------|---|-------|----------------------|-----|--|
| | | | | | | | | | 25% | 50% | 8:69% | 5:10% | 6:6% | | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM | CMI | |
| Sana Kliniken Bad Wildbad GmbH | Bad Wildbad | <200 | p | | 3210 | -2,50 | <5000 | 1,107 | 3 | 8 | 8:69% | 5:10% | 6:6% | 46 | 0,2 | 9,5 | | | | | nb | nb | nb | |
| DRK-Klinik Baden-Baden Josefenheim | Baden-Baden | <50 | fg | | 2760 | 2,13 | <5000 | 1,242 | 2 | 5 | 8:89% | 1:9% | 21:1% | 94 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | |
| Krankenhaus Ebersteinburg | Baden-Baden | <50 | fg | | 2922 | -2,50 | <1000 | 0,826 | 2 | 6 | 5:32% | 1:19% | 6:13% | | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | |
| Rheumazentrum Baden-Baden gGmbH | Baden-Baden | <500 | p | | 2817 | -0,43 | <5000 | 1,082 | 1 | 2 | 8:98% | 1:1% | 4:0% | 2 | 6,1 | 58,2 | | | | | nb | nb | nb | |
| Stadtklinik | Baden-Baden | <500 | ö | | 2732 | 3,44 | <20000 | 0,927 | 10 | 36 | 6:16% | 8:12% | 1:10% | 35 | 0,9 | 0,2 | | | | | + | - | - | |
| Neurologische Klinik Selzer | Baiersbrunn | <200 | p | | BE | | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | | | | | nb | | | |
| Zollernalb Klinikum gGmbH Kreisklinik Balingen | Balingen | <500 | ö | | 2849 | -0,47 | <10000 | 0,863 | 8 | 20 | 8:25% | 5:15% | 6:14% | 27 | 0,4 | 0,0 | | | | | --- | --- | --- | |
| Klinikverbund Kreiskliniken Biberach GmbH | Biberach | <1000 | ö | | 2791 | 1,09 | <50000 | 0,918 | 9 | 30 | 5:16% | 8:16% | 6:13% | 36 | 0,3 | 0,1 | | | | | + | + | + | |
| Krankenhaus Bietigheim Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH | Bietigheim-Ludwigsburg | <500 | ö | | 2844 | -0,14 | <20000 | 0,883 | 7 | 26 | 6:19% | 5:14% | 8:10% | 33 | 0,7 | 0,1 | | | | | + | + | + | |
| Kreiskrankenhaus Blaubeuren | Blaubeuren | <200 | ö | | 3171 | -2,50 | <5000 | 0,720 | 6 | 22 | 6:15% | 8:15% | 5:10% | 34 | 0,1 | 0,0 | | | | | - | + | + | |
| Gefäßklinik Dr. Berg GmbH | Blaustein | <50 | p | n | 2363 | 14,49 | <1000 | 0,531 | 1 | 1 | 5:90% | 6:9% | 9:2% | 98 | 0,0 | 0,0 | | | | | - | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Bradenheim | Bradenheim | <200 | ö | | 3051 | -2,50 | <5000 | 0,804 | 6 | 19 | 6:23% | 5:17% | 8:10% | 34 | 0,0 | 0,0 | | | | | + | - | - | |
| Helios Rosmann Klinik Breisach | Breisach | <200 | p | | 2813 | 0,77 | <10000 | 1,199 | 5 | 19 | 8:47% | 6:12% | 5:9% | 45 | 1,5 | 0,0 | | | | | + | + | - | |
| Rechbergklinik Bretten Landkreis Karlsruhe | Bretten | <500 | ö | | 2810 | 0,66 | <10000 | 0,882 | 8 | 27 | 6:16% | 5:16% | 8:13% | 29 | 0,6 | 0,1 | | | | | - | - | + | |
| Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal | Bruchsal | <500 | ö | | 2705 | 3,78 | <20000 | 0,918 | 9 | 33 | 5:16% | 6:16% | 8:10% | 35 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Buchen Krskas. Neckar-Odenwaldkreis | Buchen | <500 | ö | | 2823 | 0,19 | <10000 | 0,788 | 7 | 24 | 5:17% | 6:13% | 8:12% | 28 | 1,1 | 0,0 | | | | | + | + | + | |
| Kreiskrankenhaus Bühl | Bühl | <500 | ö | | 2835 | -0,21 | <10000 | 0,881 | 5 | 19 | 8:19% | 5:14% | 6:13% | 31 | 0,4 | 0,1 | | | | | + | + | + | |
| Kreiskrankenhaus Calw* | Calw | <500 | ö | | 2766 | 1,66 | <10000 | 0,858 | 7 | 28 | 5:19% | 8:17% | 6:11% | 33 | 0,4 | 0,0 | | | | | - | - | + | |
| Landesklinik Nordschwarzwald | Calw | <500 | ö | | 4225 | -2,50 | <1000 | 0,773 | 1 | 4 | 1:48% | 8:34% | 19:12% | | 0,0 | 2,7 | | | | | P | nb | nb | |
| Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH Klinikum Crailsheim | Crailsheim | <500 | ö | | 2911 | -1,99 | <10000 | 0,832 | 7 | 21 | 6:16% | 5:14% | 8:14% | 29 | 0,3 | 0,0 | | | | | - | - | - | |
| GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreiskrankenhaus Eberbach | Eberbach | <200 | ö | | 2805 | 0,77 | <5000 | 0,911 | 8 | 23 | 11:15% | 6:14% | 5:13% | 43 | 0,2 | 0,0 | | | | | N | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Ehingen | Ehingen | <200 | ö | | 2879 | -1,21 | <10000 | 0,775 | 7 | 25 | 6:13% | 5:13% | 8:12% | 30 | 0,9 | 0,0 | | | | | - | + | + | |
| St. Anna-Virginia-Klinik Ellwangen | Ellwangen | <500 | ö | | 2793 | 1,07 | <10000 | 0,819 | 7 | 26 | 6:16% | 8:11% | 5:10% | 36 | 0,1 | 0,0 | | | | | + | + | + | |
| BDH-Klinik Elzach GmbH | Elzach | <50 | fg | n | 3766 | -2,50 | <1000 | 1,840 | 1 | 2 | 1:98% | 21:1% | -1:1% | 1 | 0,0 | 84,1 | | | | | 0 | 0 | 0 | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | Part. in % | | | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----|-----------|--------|--------|-----|------------|------|---|---------------------|----|----|----------------------|-------|----|----------------------|----|----|----|--|
| | | | | | | | | | 25% | 50% | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM | CM | CM | Fälle | CM | CM | | | | |
| Kreiskrankenhaus Emmendingen | Emmendingen | <500 | ö | | 2842 | 0,03 | <10000 | 0,832 | 7 | 22 | 5:16% | 8:13% | 6:13% | 32 | 1,1 | 0,1 | N | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Aerapp Klinik Esslingen Dienste für Menschen gGmbH Geriatriisches Krankenhaus | Esslingen | <50 | fg | | 3497 | -2,50 | <1000 | 1,060 | 4 | 9 | 1:24% | 8:21% | 5:16% | 0 | 0,2 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | |
| Städtische Kliniken Esslingen | Esslingen | <1000 | ö | | 2732 | 3,02 | <50000 | 0,931 | 5 | 24 | 5:19% | 11:14% | 6:10% | 31 | 1,8 | 0,4 | N | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Filderklinik | Filderstadt | <500 | fg | | 2638 | 4,85 | <10000 | 0,744 | 2 | 10 | 14:21% | 15:18% | 6:12% | 19 | 2,3 | 2,9 | P | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Forbach | Forbach | <50 | ö | | 2931 | -2,50 | <5000 | 0,869 | 5 | 15 | 6:23% | 5:18% | 8:11% | 27 | 0,0 | 0,3 | | ++ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Evang. Diakoniekrankenhaus Freiburg | Freiburg | <500 | fg | | 2779 | 2,02 | <10000 | 0,832 | 3 | 11 | 6:24% | 14:16% | 15:14% | 43 | 0,1 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Klinik für Tumorbilogie Klinik für Internistische Onkologie | Freiburg | <50 | p | | 4818 | -2,50 | <5000 | 0,838 | 2 | 4 | 6:25% | 9:14% | 4:10% | 4 | 6,6 | 0,1 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | |
| Loretto-Krankenhaus | Freiburg | <500 | fg | | 2673 | 4,91 | <10000 | 1,200 | 5 | 19 | 8:30% | 6:15% | 11:13% | 59 | 0,2 | 0,0 | N | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| St. Elisabeth-Krankenhaus | Freiburg | <50 | fg | n | 2516 | 8,10 | <1000 | 0,624 | 1 | 2 | 5:44% | 9:27% | 13:22% | 95 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| St. Josefs-Krankenhaus mit Kinderabteilung St. Hedwig | Freiburg | <500 | fg | | 2797 | 0,99 | <20000 | 0,832 | 4 | 18 | 8:15% | 5:14% | 6:12% | 36 | 0,7 | 0,5 | | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Universitätsklinikum Freiburg | Freiburg | >1000 | ö | | 2749 | 2,56 | >50000 | 1,452 | 18 | 57 | 1:11% | 8:10% | 3:9% | 46 | 5,5 | 5,0 | N | P | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | |
| Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH Krankenhaus Freudenstadt | Freudenstadt | <500 | ö | | 2837 | -0,19 | <20000 | 0,810 | 7 | 27 | 5:16% | 6:15% | 8:12% | 27 | 0,6 | 0,0 | | P | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | |
| Klinikum Friedrichshafen GmbH | Friedrichshafen | <500 | ö | | 2751 | 2,72 | <20000 | 0,957 | 8 | 28 | 5:19% | 8:14% | 6:13% | 32 | 1,3 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Kreiskrankenhaus Gaildorf* | Gaildorf | <50 | ö | | 2864 | -0,78 | <1000 | 0,765 | 5 | 13 | 5:30% | 6:20% | 4:12% | 15 | 0,4 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | |
| Hegau-Jugendwerk GmbH | Gailingen | <500 | ö | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | nb | | | | | | | | | | |
| Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH Helfenstein Klinik Geislingen | Geislingen | <500 | ö | | 2826 | 0,11 | <10000 | 0,912 | 8 | 26 | 6:16% | 8:16% | 5:12% | 35 | 1,0 | 0,1 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG Iggelshaus Göppingen | Göppingen | <500 | p | | 3337 | -2,50 | <5000 | 0,998 | 3 | 6 | 1:76% | 8:7% | 19:4% | 1 | 2,2 | 31,5 | B | P | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | |
| Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH Klinik am Eichert Göppingen | Göppingen | <1000 | ö | | 2852 | -0,51 | <50000 | 1,065 | 11 | 39 | 5:16% | 8:16% | 6:12% | 35 | 2,6 | 0,7 | N | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Phlebologisch-Chirurgische Klinik Dr. Pflug/Dr. Schnek | Göppingen | <50 | p | n | 2439 | 9,67 | <1000 | 0,403 | 1 | 1 | 5:82% | 6:8% | 8:8% | 99 | 0,0 | 0,0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Krankenhausverband Hardheim-Waldruern | Hardheim | <50 | ö | | 2872 | -1,23 | <5000 | 0,596 | 7 | 21 | 6:22% | 8:18% | 5:16% | 32 | 0,5 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Zollernalb Klinikum gGmbH Kreisklinik Hechingen | Hechingen | <200 | ö | | 3364 | -2,50 | <5000 | 0,709 | 3 | 13 | 6:38% | 5:15% | 4:9% | 32 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| Bethanien Krankenhaus Heidelberg Geriatriisches Zentrum gGmbH | Heidelberg | <200 | fg | | 2930 | -2,50 | <5000 | 1,163 | 4 | 10 | 1:25% | 5:16% | 4:15% | 0 | 1,2 | 0,3 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25% | 50% | 5:99% | -1:1% | 18:0% | | | | O | ZE | SE | B |
| Herzzentrum Bodensee GmbH Klinik für kardiologische Herz- und Gefäßchirurgie | Konstanz | <50 | p | | 2799 | 1,11 | <10000 | 2,205 | 2 | 5 | 5:99% | -1:1% | 18:0% | 60 | 1,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Klinikum Konstanz | Konstanz | <500 | ö | | 3174 | -2,50 | <20000 | 0,892 | 8 | 33 | 8:12% | 6:11% | 11:10% | 36 | 0,7 | 0,5 | | nb | nb | nb |
| Vincentius-Krankenhaus AG Konstanz | Konstanz | <50 | fg | n | 2817 | -0,34 | <5000 | 2,064 | 1 | 2 | 8:100% | 1:0% | 18:0% | 92 | 0,0 | 0,0 | | + | + | + |
| Herzzentrum Lahr / Baden | Lahr | <50 | ö | | 3120 | -2,50 | <20000 | 3,163 | 3 | 7 | 5:96% | -1:3% | 18:0% | 69 | 2,0 | 0,0 | | + | + | + |
| Klinikum Lahr-Ettenheim | Lahr | <500 | ö | | 2871 | -1,03 | <20000 | 1,010 | 10 | 34 | 5:19% | 8:13% | 1:11% | 40 | 1,0 | 0,3 | N | P | + | + |
| Pflegezentrum Laichinger Alb | Laichingen | <50 | fg | n | 3609 | -2,50 | <1000 | 0,500 | 2 | 7 | 8:29% | 14:22% | 15:15% | 36 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus | Langenau | <50 | ö | | 2807 | 0,68 | <5000 | 0,800 | 3 | 12 | 8:24% | 6:17% | 5:16% | 51 | 2,0 | 0,0 | | - | + | + |
| Kreis Krankenhaus Leonberg | Leonberg | <500 | ö | | 2868 | -1,11 | <10000 | 0,934 | 9 | 29 | 5:19% | 6:16% | 8:11% | 36 | 0,5 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus Lörrach Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH | Lörrach | <500 | ö | | 2873 | -1,20 | <20000 | 1,055 | 10 | 30 | 8:22% | 5:18% | 6:16% | 32 | 1,0 | 0,1 | | - | - | - |
| St. Elisabethen-Krankenhaus | Lörrach | <500 | fg | | 2816 | -0,11 | <10000 | 0,640 | 3 | 10 | 14:20% | 15:14% | 3:10% | 30 | 0,6 | 0,2 | | - | - | + |
| Klinik Löwenstein gGmbH Zentrum für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie | Löwenstein | <500 | ö | | 2701 | 4,07 | <10000 | 1,073 | 1 | 4 | 4:78% | 5:6% | 3:3% | 17 | 1,8 | 1,8 | | - | + | + |
| HNO-Fachklinik Dr. med. Herbert Bauer | Ludwigsburg | <50 | p | n | 2630 | 2,57 | <1000 | 0,419 | 1 | 2 | 3:98% | 4:0% | 21:0% | 79 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Klinikum Ludwigsburg Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH | Ludwigsburg | >1000 | ö | | 2783 | 1,62 | <50000 | 1,019 | 9 | 34 | 6:15% | 1:14% | 5:13% | 36 | 2,0 | 0,7 | | + | + | + |
| Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH | Mannheim | <1000 | fg | | 2816 | 0,26 | <20000 | 1,000 | 8 | 27 | 6:12% | 5:12% | 14:10% | 44 | 0,3 | 0,3 | N | | + | + |
| Klinikum Mannheim gGmbH | Mannheim | >1000 | ö | | 2751 | 2,24 | >50000 | 1,119 | 15 | 49 | 6:12% | 1:11% | 8:10% | 38 | 3,5 | 5,0 | B | N | + | - |
| Therisenkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH | Mannheim | <1000 | fg | | 2781 | 1,52 | <50000 | 0,948 | 9 | 33 | 5:21% | 8:17% | 6:13% | 40 | 0,5 | 0,3 | | + | + | - |
| Krankenhaus Marbach Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH | Marbach | <200 | ö | | 2942 | -2,42 | <5000 | 0,862 | 3 | 12 | 8:23% | 1:20% | 6:15% | 26 | 0,3 | 0,0 | | + | + | + |
| Orthopädische Klinik Markgröning gGmbH | Markgröningen | <500 | ö | | 2627 | 6,91 | <20000 | 1,615 | 2 | 6 | 8:96% | 1:3% | 9:0% | 94 | 2,2 | 4,1 | | + | + | + |
| Kinderzentrum Maulbronn GmbH | Maulbronn | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | nb | | |
| St. Lukas-Klinik gGmbH | Meckenbeuren | <50 | fg | | 2679 | 5,47 | <1000 | 0,870 | 2 | 3 | 1:47% | 3:22% | 4:10% | | 15,6 | 0,0 | | - | - | - |
| Kreis Krankenhaus Möckmühl | Möckmühl | <50 | ö | | 2851 | -0,87 | <5000 | 0,847 | 7 | 21 | 8:27% | 5:19% | 6:17% | 41 | 0,2 | 0,0 | | + | + | - |
| Johannes-Anstalten Mosbach | Mosbach | <50 | ö | n | 2794 | -0,94 | <1000 | 0,604 | 4 | 9 | 4:22% | 6:15% | 1:14% | | 15,4 | 0,0 | | P | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus Mosbach | Mosbach | <500 | ö | | 2824 | 0,11 | <10000 | 0,793 | 6 | 21 | 8:17% | 5:17% | 6:13% | 28 | 0,5 | 0,0 | | + | + | - |
| Steinlach-Klinik Dr. med. B. Eisler | Mössingen | <50 | p | | 2673 | 4,61 | <1000 | 0,862 | 4 | 14 | 8:51% | 9:12% | 6:11% | 58 | 0,0 | 0,0 | | - | - | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|-------|------|----------------------|----------------------|---|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | | O | ZE | SE | | B | N | H | P | Fälle |
| Klinikum am Steinberg | Reutlingen | <1000 | ö | | 2738 | 2,83 | <50000 | 0,986 | 8 | 32 | 5:17% | 8:11% | 6:11% | 38 | 1,1 | 0,5 | N | | | + | - | - |
| Frauenklinik Rheinfelden GmbH & Co | Rheinfelden | <50 | p | | 2714 | 3,59 | <5000 | 0,798 | 2 | 4 | 9:36% | 14:21% | 13:21% | 62 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| Winghofer medic Dr. Hallmayer & Dr. Roehner | Rottenburg | <50 | p | | 2699 | 4,10 | <5000 | 1,290 | 1 | 3 | 8:97% | 5:1% | 21:1% | 98 | 3,1 | 0,0 | N | | | + | + | + |
| Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH Kreiskrankenhaus Rottweil | Rottweil | <500 | ö | | 2764 | 1,90 | <10000 | 0,831 | 5 | 24 | 14:15% | 6:13% | 8:11% | 31 | 0,8 | 0,1 | | | | - | - | - |
| Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Klinik Rottenmunster | Rottweil | <500 | fg | | 2731 | 3,26 | <1000 | 0,842 | 1 | 4 | 1:61% | 8:28% | 19:3% | | 1,5 | 1,5 | N | P | | - | - | - |
| Kinderklinik Schönborg | Schönborg | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | | |
| Spital Schönaun im Schwarzwald | Schönaun | <50 | ö | n | 3182 | -2,50 | <1000 | 0,671 | 3 | 7 | 5:21% | 1:20% | 4:15% | | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Kreiskrankenhaus Schorndorf | Schorndorf | <500 | ö | | 2809 | 0,53 | <10000 | 0,917 | 8 | 28 | 5:16% | 6:15% | 8:14% | 34 | 0,8 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH Kreiskrankenhaus Schramberg | Schramberg | <200 | ö | | 2890 | -1,63 | <5000 | 0,764 | 5 | 19 | 5:14% | 14:13% | 8:13% | 30 | 0,2 | 0,2 | | | | + | - | - |
| Klinikum Schwäbisch Gmünd – Margarithen-Hospital | Schwäbisch Gmünd | <500 | ö | | 2751 | 1,97 | <20000 | 0,914 | 8 | 29 | 6:14% | 5:13% | 8:12% | 33 | 0,8 | 0,1 | | | | - | - | + |
| Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH | Schwäbisch Hall | <1000 | fg | | 2826 | 0,36 | <20000 | 0,954 | 9 | 37 | 8:13% | 6:12% | 5:12% | 38 | 1,0 | 1,4 | | | | - | + | + |
| Fachklinik für Neurologie Dietenbronn GmbH | Schwendi | <50 | p | | 2836 | -0,13 | <5000 | 0,962 | 1 | 1 | 1:87% | 8:8% | 3:1% | | 2,4 | 1,4 | | | | nb | nb | nb |
| GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Schwetzingen | Schwetzingen | <500 | ö | | 2677 | 4,91 | <20000 | 0,962 | 11 | 32 | 5:20% | 8:18% | 6:14% | 40 | 0,3 | 0,0 | | | | - | + | + |
| Klinik GmbH Sigmaringen Kreiskrankenhaus Sigmaringen | Sigmaringen | <500 | ö | | 2776 | 2,02 | <20000 | 1,000 | 10 | 29 | 6:13% | 8:12% | 5:11% | 39 | 1,0 | 0,4 | | | | + | + | + |
| Klinikum Sindelfingen-Böblingen gGmbH | Sindelfingen | <1000 | ö | | 2764 | 2,12 | <50000 | 1,040 | 8 | 31 | 8:15% | 5:14% | 6:13% | 36 | 1,3 | 0,0 | N | | | nb | nb | nb |
| Hegau-Bodensee-Klinikum Singen Hegau-Bodensee Hochrhein-Kliniken GmbH | Singen | <1000 | ö | | 2774 | 1,66 | <50000 | 0,924 | 8 | 31 | 5:14% | 6:13% | 8:11% | 33 | 1,6 | 0,1 | N | | | + | + | - |
| GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar GmbH Krankenhaus Sinsheim | Sinsheim | <500 | ö | | 2743 | 2,60 | <10000 | 0,881 | 6 | 24 | 6:15% | 5:14% | 8:13% | 33 | 0,3 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Klinik St. Blasien | St. Blasien | <50 | p | | 2653 | 10,43 | <5000 | 1,255 | 1 | 2 | 4:87% | 5:5% | -1:3% | 4 | 0,0 | 14,1 | | | | - | + | ++ |
| Krankenhaus Stockach | Stockach | <50 | ö | | 2779 | 1,86 | <5000 | 0,767 | 5 | 17 | 8:26% | 5:19% | 6:15% | 37 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Charlottenklinik für Augenheilkunde | Stuttgart | <50 | fg | n | 2557 | 6,95 | <5000 | 0,757 | 2 | 3 | 2:100% | | | 90 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Diakonie-Klinikum Stuttgart Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe gGmbH | Stuttgart | <500 | fg | | 2673 | 4,79 | <20000 | 1,253 | 5 | 20 | 8:30% | 10:15% | 5:10% | 60 | 4,3 | 0,1 | N | P | | + | + | + |
| Karl-Olga-Krankenhaus GmbH | Stuttgart | <500 | p | | 2777 | 1,74 | <20000 | 1,128 | 8 | 27 | 8:32% | 5:16% | 6:11% | 56 | 1,0 | 0,1 | N | | | - | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|------------------------|--------|--------|---------|-------|-------------------|---------|-----|---------------------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|------|----|----------------------|----------------------|----|---|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | O | ZE | SE | | B | N | H |
| Klinikum Stuttgart | Stuttgart | >1000 | ö | 2939 | -2,50 | >50000 | 1,129 | 13 | 48 | 6:11 % | 1:11 % | 3:10 % | 44 | 3,6 | 2,9 | N | P | + | + | |
| Krankenhaus Bethesda | Stuttgart | <200 | fg | 2798 | -0,05 | <5000 | 1,029 | 6 | 18 | 5:20 % | 8:18 % | 6:15 % | 34 | 0,1 | 0,2 | | | nb | nb | |
| Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Camstatt GmbH | Stuttgart | <50 | p | 2799 | 1,52 | <5000 | 0,838 | 2 | 7 | 4:47 % | 5:15 % | 1:8 % | 3 | 2,3 | 0,5 | | | - | + | |
| Marien-Hospital | Stuttgart | <1000 | fg | 2701 | 4,16 | <50000 | 1,024 | 11 | 38 | 3:18 % | 6:14 % | 8:12 % | 52 | 1,6 | 3,8 | B | N | - | - | |
| Robert-Bosch-Krankenhaus | Stuttgart | <1000 | fg | 2701 | 3,91 | <50000 | 1,158 | 4 | 16 | 4:27 % | 5:20 % | 14:9 % | 29 | 4,3 | 1,7 | N | P | nb | nb | |
| Sana-Herzchirurgische Klinik Stuttgart GmbH | Stuttgart | <50 | p | 2814 | 0,84 | <10000 | 4,832 | 1 | 3 | 5:92 % | -1:4 % | 15:2 % | 97 | 2,5 | 0,0 | N | | + | + | |
| Sport-Klinik Stuttgart | Stuttgart | <50 | fg | 2585 | 8,27 | <5000 | 1,020 | 2 | 4 | 8:99 % | 21:0 % | 18:0 % | 99 | 1,8 | 0,0 | N | | nb | nb | |
| St.-Anna-Klinik | Stuttgart | <200 | fg | 2885 | -1,33 | <5000 | 0,492 | 2 | 6 | 14:29 % | 15:20 % | 13:17 % | 58 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | |
| Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim | Tauberbischofsheim | <500 | ö | 2820 | 0,10 | <5000 | 0,910 | 8 | 24 | 5:20 % | 8:19 % | 6:19 % | 37 | 0,2 | 0,0 | | P | - | - | |
| Klinik Tettnang GmbH | Tettnang | <200 | ö | 2733 | 2,98 | <10000 | 1,000 | 6 | 23 | 8:18 % | 6:12 % | 13:12 % | 52 | 0,3 | 0,0 | | | + | + | |
| Helios Klinik Trisee-Neustadt | Trisee-Neustadt | <200 | p | 2831 | 0,01 | <5000 | 0,858 | 6 | 23 | 8:15 % | 6:15 % | 14:13 % | 32 | 0,0 | 0,0 | | | + | + | |
| Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik | Tübingen | <500 | ö | 2731 | 3,08 | <10000 | 1,558 | 5 | 14 | 8:67 % | 3:14 % | 1:5 % | 85 | 1,6 | 12,9 | N | | - | - | |
| Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus | Tübingen | <200 | fg | 2865 | -0,96 | <5000 | 0,894 | 4 | 13 | 5:18 % | 4:15 % | 1:14 % | 0 | 1,5 | 0,4 | | | - | - | |
| Universitätsklinikum Tübingen | Tübingen | >1000 | ö | 2801 | 1,31 | >50000 | 1,278 | 11 | 49 | 11:12 % | 1:10 % | 5:9 % | 44 | 5,4 | 3,5 | N | H | P | + | |
| Kreiskrankenhaus Tuttlingen | Tuttlingen | <500 | ö | 2873 | -1,20 | <20000 | 0,847 | 8 | 27 | 5:16 % | 6:14 % | 8:13 % | 33 | 0,4 | 0,6 | N | | - | + | |
| Helios Krankenhaus Überlingen GmbH | Überlingen | <500 | p | 2759 | 1,96 | <10000 | 0,899 | 9 | 26 | 8:22 % | 6:13 % | 14:8 % | 44 | 0,1 | 0,0 | | | nb | nb | |
| Bethesda Geriatrische Klinik GmbH | Ulm | <50 | fg | 2910 | -1,75 | <5000 | 1,463 | 3 | 10 | 1:29 % | 5:19 % | 8:19 % | 1 | 0,0 | 0,0 | | | - | - | |
| Bundeswehrkrankenhaus Ulm | Ulm | <500 | ö | 2526 | 10,20 | <20000 | 1,047 | 13 | 42 | 3:17 % | 8:15 % | 6:12 % | 55 | 3,0 | 0,5 | N | | nb | nb | |
| RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH | Ulm | <500 | p | 2715 | 3,88 | <10000 | 1,581 | 3 | 9 | 8:51 % | 1:42 % | 5:1 % | 44 | 1,9 | 19,7 | N | | + | + | |
| Universitätsklinikum Ulm Bereich Finanzen | Ulm | >1000 | ö | 2765 | 2,08 | >50000 | 1,298 | 13 | 51 | 5:12 % | 8:9 % | 3:8 % | 45 | 4,7 | 2,0 | N | P | - | - | |
| Krankenhaus Vaihingen Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH | Vaihingen | <200 | ö | 3507 | -2,50 | <5000 | 0,762 | 5 | 20 | 5:30 % | 6:19 % | 8:10 % | 28 | 0,1 | 0,0 | | | + | + | |
| Schwarzl-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH | Villingen-Schwenningen | <1000 | ö | 2784 | 1,88 | <50000 | 1,098 | 14 | 45 | 8:17 % | 5:17 % | 6:13 % | 42 | 1,6 | 0,2 | N | | + | + | |
| Amos Krankenhausgesellschaft Baden mbH | Vogtsburg | <200 | p | 3408 | -2,50 | <5000 | 0,720 | 1 | 5 | 20:29 % | 5:16 % | 4:12 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | - | - | |
| Chirurgische Privatklinik Waiblingen GmbH | Waiblingen | <50 | p | 2544 | 7,06 | <5000 | 0,642 | 2 | 4 | 8:82 % | 3:8 % | 6:7 % | 99 | 0,0 | 0,0 | | | - | + | |
| Kreiskrankenhaus Waiblingen | Waiblingen | <500 | ö | 2828 | -0,09 | <20000 | 0,786 | 5 | 18 | 6:15 % | 5:14 % | 14:10 % | 25 | 0,3 | 0,0 | | | + | - | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|--|------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|--------|-------|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8:36 % | 6:17 % | 5:14 % | 8:12 % | | | | 8:10 % | 14:9 % | 5:3 % | 0 | ZE | SE |
| Bruder-Klaus-Krankenhaus | Waldkirch | <200 | fg | | 2906 | -1,97 | <5000 | 1,008 | 7 | 20 | 8:36 % | 6:17 % | 5:14 % | 42 | 0,3 | 0,2 | | | | - | - | - | |
| Krankenhaus-Spitalfond Waldshut-Tiengen | Waldshut-Tiengen | <500 | fg | | 2754 | 2,36 | <10000 | 0,814 | 11 | 34 | 6:16 % | 5:14 % | 8:12 % | 33 | 0,6 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | |
| Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Wangen | Wangen | <500 | fg | | 2812 | 0,70 | <10000 | 0,872 | 8 | 28 | 6:15 % | 8:10 % | 14:9 % | 42 | 1,5 | 0,5 | | | | - | + | + | |
| Waldburg-Zeil Akutkliniken GmbH & Co. KG Fachklinik Wangen | Wangen | <200 | p | | 2736 | 3,23 | <5000 | 1,097 | 2 | 3 | 4:86 % | -1:3 % | 5:3 % | 15 | 3,4 | 16,1 | | | | + | - | - | |
| Städtisches Krankenhaus Vierzehn Nothelfer | Weingarten | <200 | ö | | 2670 | 5,04 | <10000 | 0,768 | 4 | 18 | 6:16 % | 14:14 % | 8:14 % | 40 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | |
| GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreiskrankenhaus Weinheim | Weinheim | <500 | ö | | 2660 | 5,43 | <10000 | 0,858 | 7 | 22 | 5:20 % | 6:19 % | 8:12 % | 35 | 0,1 | 0,0 | | | | - | + | + | |
| Klinikum am Weissenhof | Weinsberg | <1000 | ö | | 2674 | 4,86 | <5000 | 0,826 | 2 | 4 | 1:80 % | 8:6 % | 19:4 % | 0 | 0,4 | 1,1 | | | | + | + | - | |
| Städtisches Krankenhaus | Wertheim | <500 | ö | | 2753 | 2,71 | <10000 | 0,876 | 8 | 28 | 6:18 % | 5:16 % | 8:10 % | 32 | 0,2 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | |
| Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Wimmenden | Wimmenden | <500 | ö | | 3019 | -2,50 | <5000 | 0,963 | 2 | 4 | 1:78 % | 8:8 % | 3:4 % | 0 | 1,3 | 0,3 | | | | nb | nb | nb | |
| Ortenau Klinikum Wolfach | Wolfach | <200 | ö | | 2817 | 1,06 | <5000 | 0,801 | 7 | 20 | 5:18 % | 6:17 % | 8:14 % | 32 | 0,3 | 0,0 | | | | - | - | + | |
| Parkinson-Klinik Wolfach | Wolfach | <50 | p | n | 4016 | -2,50 | <5000 | 1,216 | 1 | 1 | 1:100 % | 19:0 % | | | 0,0 | 3,4 | | | | nb | nb | nb | |
| Münsterklinik Zwiefalten Zentrum für Psychiatrie | Zwiefalten | <500 | ö | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | nb | | |
| Bayern | | 244 | | 14 | 2806 | 0 | | 1,029 | 14 | 47 | 8:16 % | 5:15 % | 6:12 % | 39 | 3,01 | 5,1 | 83 | 91 | 11 | 56 | | | |
| Krankenhaus Aichach | Aichach | <200 | ö | | 2752 | 1,57 | <5000 | 0,805 | 9 | 27 | 8:23 % | 5:14 % | 6:13 % | 31 | 0,4 | 0,0 | | | | + | + | - | |
| Krankenhaus Altdorf Krankenhaus Nuernberger Land gGmbH | Altdorf | <50 | ö | | 2761 | 1,29 | <5000 | 0,764 | 2 | 9 | 6:21 % | 20:21 % | 5:17 % | 9 | 0,7 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting | Altötting | <500 | ö | | 2687 | 3,62 | <20000 | 0,958 | 10 | 36 | 8:14 % | 5:14 % | 6:13 % | 37 | 1,5 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Sozialpädiatrisches Zentrum Inp-Salzach / Zentrum für Kinder und Jugendliche | Altötting | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | + | + | + | |
| Kreiskrankenhaus Alzenau | Alzenau | <200 | ö | | 2827 | -0,59 | <5000 | 0,923 | 7 | 23 | 5:25 % | 6:19 % | 8:19 % | 35 | 0,3 | 0,0 | | | | + | + | + | |
| Vital-Klinik GmbH & Co. KG | Alzenau | <50 | p | | 3249 | -2,50 | <1000 | 0,971 | 1 | 1 | 9:73 % | 5:22 % | 21:3 % | 32 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - | |
| Klinikum St. Marien Amberg | Amberg | <1000 | ö | | 2704 | 3,07 | <50000 | 0,989 | 11 | 39 | 5:16 % | 8:12 % | 6:12 % | 35 | 1,4 | 1,1 | B | N | | + | + | + | |
| Bezirksklinikum Ansbach | Ansbach | <500 | ö | | 2855 | -1,31 | <1000 | 0,692 | 2 | 6 | 1:43 % | 8:26 % | 23:7 % | | 2,6 | 10,7 | N | P | | + | + | - | |
| Klinikum Ansbach | Ansbach | <500 | ö | | 2746 | 1,76 | <20000 | 1,000 | 9 | 34 | 5:16 % | 8:15 % | 6:12 % | 40 | 1,5 | 2,0 | B | N | | + | + | + | |
| Rengauklinik Ansbach GmbH | Ansbach | <50 | ö | | 2924 | -2,50 | <5000 | 0,739 | 1 | 2 | 4:93 % | 5:2 % | -1:2 % | 2 | 0,0 | 19,8 | | | | 0 | - | - | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | | |
|---|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | 25% | 50% | DRG | | | | O | ZE | SE | B | N | H | P |
| Capio Deutsche Klinik Aschaffenburg GmbH | Aschaffenburg | <50 | p | | 2754 | 1,51 | <5000 | 0,708 | 1 | 2 | 3:42% | 5:33% | 8:19% | 96 | 0,0 | 0,0 | | + | ++ | + | | |
| Klinik am Ziegeberg Frauenklinik Aschaffenburg | Aschaffenburg | <50 | p | | 2532 | 9,42 | <5000 | 0,414 | 1 | 3 | 14:39% | 15:29% | 13:27% | 42 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb | | |
| Klinikum Aschaffenburg | Aschaffenburg | <1000 | ö | | 2690 | 3,49 | <50000 | 1,037 | 9 | 35 | 6:15% | 8:15% | 1:10% | 33 | 2,2 | 1,2 | B | N | P | - | - | + |
| Orthopädische Kinderklinik | Aschau | <50 | fg | | 2817 | -0,30 | <5000 | 1,330 | 1 | 2 | 8:99% | 1:1% | 21:0% | 51 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb |
| St. Johannes-Klinik Auerbach | Auerbach | <50 | ö | | 2859 | -1,45 | <1000 | 0,752 | 3 | 11 | 5:28% | 6:16% | 4:16% | 1 | 0,0 | 0,0 | | + | + | + | + | - |
| Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg | Augsburg | <200 | fg | | 2612 | 6,29 | <5000 | 0,700 | 5 | 16 | 5:25% | 11:19% | 12:13% | 51 | 0,5 | 0,0 | N | nb | nb | nb | nb | nb |
| Hessing Stiftung Fachklinik für Orthopädie | Augsburg | <500 | fg | | 2758 | 1,38 | <10000 | 1,409 | 2 | 6 | 8:97% | 1:2% | 9:0% | 74 | 0,3 | 0,0 | N | nb | nb | nb | nb | nb |
| Josefinum-Kinderkrankenhaus Einbindungsklinik | Augsburg | <500 | fg | | 2606 | 6,51 | <10000 | 0,614 | 2 | 5 | 14:29% | 15:23% | 6:11% | 26 | 0,2 | 0,2 | | P | + | + | - | - |
| Klinik Vincentinum Augsburg gGmbH | Augsburg | <500 | fg | | 2693 | 3,44 | <10000 | 0,816 | 5 | 15 | 8:33% | 3:17% | 6:13% | 67 | 0,7 | 0,0 | | + | + | + | + | - |
| Krankenhauzweckverband Augsburg/Zentralklinikum | Augsburg | >1000 | ö | | 2854 | -1,28 | >50000 | 1,160 | 17 | 51 | 5:14% | 6:12% | 1:11% | 35 | 3,9 | 1,0 | B | N | | + | + | - |
| Asklepios Klinikum Bad Abbach | Bad Abbach | <500 | p | | 2735 | 2,07 | <10000 | 1,505 | 3 | 6 | 8:94% | 1:2% | 10:1% | 64 | 3,8 | 3,5 | N | ++ | + | + | + | - |
| Kliniken Harthausen GmbH & Co. KG | Bad Altiling | <50 | p | | 2771 | 1,00 | <5000 | 1,456 | 2 | 5 | 8:95% | 1:3% | 9:1% | 65 | 2,6 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenhaus Bad Altiling | Bad Altiling | <200 | ö | | 2751 | 1,61 | <5000 | 0,778 | 7 | 23 | 8:17% | 6:16% | 5:11% | 29 | 0,1 | 0,0 | | + | + | + | + | - |
| Neurologische Klinik Bad Altiling | Bad Altiling | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | nb | | | | |
| Capio Franz von Prümmer-Klinik | Bad Brückenau | <50 | p | | 2794 | 0,31 | <5000 | 0,874 | 4 | 19 | 8:38% | 6:13% | 5:9% | 28 | 1,5 | 0,2 | | - | - | - | - | - |
| Simsee-Klinik GmbH | Bad Endorf | <200 | ö | | 2694 | 3,43 | <1000 | 0,918 | 1 | 1 | 8:89% | 1:4% | 21:3% | 0 | 0,0 | 47,9 | | P | 0 | - | - | - |
| Reha-Kliniken Johannesbad AG | Bad Füssing | <50 | p | n | 2441 | 11,31 | <5000 | 0,919 | 1 | 1 | 8:90% | 1:10% | | | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | - | - |
| Rheumaklinik Ostbayern Akutstationäre Versorgung | Bad Füssing | <50 | ö | | 2806 | 0,00 | <1000 | 0,811 | 1 | 2 | 8:100% | | | 0 | 1,2 | 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 | | | | |
| St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen | Bad Kissingen | <500 | p | | 2870 | -1,74 | <20000 | 0,850 | 8 | 27 | 6:19% | 5:17% | 8:11% | 26 | 1,7 | 0,0 | N | + | - | - | - | - |
| Herz- u. Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt | Bad Neustadt | <500 | p | | 2859 | -1,44 | <50000 | 2,649 | 4 | 10 | 5:91% | 1:3% | -1:2% | 69 | 4,0 | 0,4 | N | - | - | - | - | + |
| Klinik für Handchirurgie Herz- und Gefäßklinik GmbH | Bad Neustadt | <50 | p | | 3117 | -2,50 | <5000 | 0,975 | 1 | 1 | 8:73% | 1:10% | 21:7% | 95 | 0,0 | 0,1 | | + | - | - | - | --- |
| Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/ Saale | Bad Neustadt | <50 | p | | 2571 | 7,79 | <5000 | 1,405 | 2 | 4 | 1:75% | 8:14% | 3:3% | 1 | 1,2 | 51,9 | N | ++ | + | + | + | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | | O | ZE | SE | B |
| Rhön-Saale Klinik gGmbH | Bad Neustadt | <200 | p | | 2718 | 2,62 | <10000 | 0,939 | 7 | 23 | 6:18 % | 8:18 % | 5:9 % | 0,8 | 1,0 | B | nb | nb | nb |
| Georg-von-Liebig-Krankenhaus | Bad Reichenhall | <50 | p | | 2598 | 6,70 | <1000 | 0,993 | 1 | 1 | 9:79 % | 23:9 % | 5:7 % | 1,6 | 0,0 | | + | + | - |
| Klinikum des Landkreises Berchtesgadener Land GmbH | Bad Reichenhall | <500 | ö | | 2848 | -1,17 | <20000 | 0,901 | 10 | 33 | 6:16 % | 5:14 % | 8:13 % | 0,5 | 0,4 | N | nb | nb | nb |
| Reichenhall | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medical Park Bad Rodach GmbH Co. KG | Bad Rodach | <50 | p | | BE | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | nb | | | |
| Phase B Akutbereich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asklepios Stadtklinik Bad Tölz GmbH | Bad Tölz | <500 | p | | 2772 | 0,98 | <10000 | 1,000 | 9 | 32 | 8:17 % | 6:14 % | 5:13 % | 1,2 | 0,3 | N | + | + | + |
| Privatklinik Dr. Schlemmer Nachf. | Bad Wiessee | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | B | P | nb | | |
| Kliani-Klinik Dr. Becher Klinikgesellschaft mbH & Co. KG | Bad Windsheim | <50 | p | n | 2801 | -0,47 | <1000 | 2,284 | 1 | 1 | 1:98 % | -1:2 % | | 0,0 | 74,5 | | + | ++ | ++ |
| Klinik Bad Windsheim – Uffenheim, Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch – Bad Windsheim | Bad Windsheim | <500 | ö | | 2757 | 1,43 | <10000 | 0,892 | 9 | 28 | 8:29 % | 6:18 % | 5:10 % | 0,3 | 0,0 | | + | + | - |
| Klinikum Bamberg | Bamberg | >1000 | ö | | 2666 | 4,24 | <50000 | 0,996 | 12 | 39 | 5:14 % | 6:13 % | 8:12 % | 2,9 | 1,2 | 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 | | 2764 | 1,18 | <1000 | 0,690 | 3 | 8 | 1:51 % | 4:15 % | 8:12 % | 2,1 | 7,2 | N | P | ++ | ++ |
| Klinik Herzhöhe Bayreuth Deutsche Rentenversicherung Nordbayern | Bayreuth | <50 | ö | | 2918 | -2,50 | <1000 | 0,865 | 1 | 3 | 8:76 % | 23:7 % | 4:4 % | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Klinikum Bayreuth GmbH | Bayreuth | <1000 | ö | | 2760 | 1,31 | <50000 | 1,150 | 9 | 32 | 5:26 % | 6:16 % | 8:9 % | 3,2 | 0,7 | B | N | + | + |
| Klinikum Bayreuth GmbH Krankenhaus Hohe Warte | Bayreuth | <500 | ö | | 2664 | 4,37 | <10000 | 1,366 | 4 | 12 | 1:42 % | 8:19 % | 11:14 % | 0,9 | 37,9 | B | N | ++ | ++ |
| CID Asthmazentrum Berchtesgaden | Berchtesgaden | <50 | fg | | BE | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | nb | | | |
| Kreiskrankenhaus | Berchtesgaden | <200 | ö | | 2758 | 1,37 | <5000 | 1,151 | 7 | 22 | 8:46 % | 5:12 % | 1:8 % | 0,8 | 0,0 | N | nb | nb | nb |
| Agriov Klinik Starnberger See GmbH & Co. KG | Berg | <200 | p | | 2865 | -1,31 | <5000 | 0,846 | 4 | 14 | 5:26 % | 8:14 % | 6:12 % | 6 | 31,7 | 0,0 | H | P | nb |
| Behandlungszentrum Kempfenhausen für Multiple Sklerose Kranke gemeinnützige GmbH | Berg | <50 | fg | | BE | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | nb | | | |
| Medical Park Chiemsee / Loipl GmbH & Co. KG Betriebsstätte Loipl | Bischofswiesen | <50 | p | | BE | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | nb | | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|-------|-------|------------|---------------------|----------------------|------|----|----------------------|---|----|----|-------|----|
| | | | | | | | | | | 8-35% | 14-9% | 5-9% | | | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM |
| Wertachklinik Bobingen u. Schwabmünchen gKO Klinik Bobingen | Bobingen | <200 | ö | | 2776 | 0,85 | <5000 | 0,768 | 7 | 20 | 8,35% | 14,9% | 5,9% | 45 | 0,1 | 0,0 | | | | - | - | - | |
| Kreis Krankenhaus Bogen | Bogen | <200 | ö | | 2659 | 4,59 | <5000 | 0,824 | 5 | 18 | 8,20% | 6,14% | 5,11% | 38 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | + | |
| CS Verwaltungsgesellschaft mbH & Co | Brammenburg | <50 | p | | BE | | | | | | | | | 14,1 | 85,9 | B | | | | nb | | | |
| Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Haus St. Josef Buchloe | Buchloe | <200 | ö | | 2699 | 3,24 | <5000 | 1,016 | 6 | 22 | 8,25% | 5,20% | 6,19% | 34 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | |
| Kreis Krankenhaus Burghausen | Burghausen | <500 | ö | | 2674 | 4,06 | <10000 | 0,879 | 8 | 23 | 1,17% | 8,16% | 5,14% | 29 | 0,5 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Krankenhaus Burglengenfeld | Burglengenfeld | <200 | ö | | 2776 | 0,86 | <10000 | 0,869 | 7 | 24 | 6,18% | 5,16% | 8,11% | 32 | 0,4 | 0,6 | | | | + | - | - | |
| Die Kliniken des Landkreises Cham gGmbH | Cham | <200 | ö | | 2751 | 1,62 | <20000 | 0,802 | 9 | 28 | 5,17% | 6,13% | 8,13% | 33 | 0,2 | 0,8 | B | N | | + | + | - | |
| Klinikum Coburg gGmbH | Coburg | <1000 | ö | | 2603 | 6,52 | <50000 | 1,185 | 7 | 30 | 5,28% | 6,14% | 8,7% | 42 | 2,5 | 0,1 | | | | + | - | - | |
| Amperkliniken AG | Dachau | <500 | p | | 2734 | 2,14 | <20000 | 0,981 | 11 | 36 | 5,13% | 8,12% | 6,11% | 38 | 1,1 | 1,6 | | | | nb | nb | nb | |
| Bezirkskrankenhaus Mainkofen | Deggendorf | <1000 | ö | | 2637 | 5,33 | <5000 | 0,990 | 2 | 5 | 1,78% | 19,6% | 8,5% | 0 | 0,5 | 49,0 | B | N | | P | + | + | - |
| Klinik Angermühle GmbH | Deggendorf | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | P | | | |
| Klinikum Deggendorf | Deggendorf | <500 | ö | | 2691 | 3,44 | <50000 | 1,121 | 9 | 32 | 5,14% | 6,12% | 8,11% | 36 | 2,3 | 0,4 | B | N | | + | + | + | + |
| Kreis Krankenhaus St. Elisabeth, Dillingen | Dillingen | <500 | ö | | 2798 | 0,21 | <10000 | 0,775 | 7 | 28 | 8,14% | 5,12% | 6,11% | 41 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | - | |
| Kreis Krankenhaus Dingolfing | Dingolfing | <200 | ö | | 2723 | 2,47 | <5000 | 0,830 | 9 | 27 | 8,17% | 6,13% | 5,12% | 35 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | + | - |
| Verbundkrankenhaus Dinkelsbühl-Feuchtwangen | Dinkelsbühl | <500 | ö | | 2705 | 3,04 | <10000 | 0,898 | 8 | 26 | 8,20% | 5,15% | 6,15% | 30 | 0,3 | 0,0 | | | | - | - | - | |
| Klinik Donaustauf der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd | Donaustauf | <200 | ö | | 2621 | 5,93 | <5000 | 0,999 | 2 | 3 | 4,89% | -1,3% | 5,2% | 8 | 0,3 | 2,1 | | | | P | - | - | - |
| Donau-Ries-Klinik Donaauwörth | Donaauwörth | <500 | ö | | 2738 | 2,00 | <10000 | 0,889 | 10 | 32 | 8,17% | 6,16% | 5,12% | 38 | 0,7 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Donau-Ries-Klinik Oettingen | Donaauwörth | <200 | ö | | 2869 | -1,74 | <5000 | 0,845 | 5 | 17 | 5,23% | 6,18% | 1,13% | 9 | 0,1 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Bezirksklinikum Obermain | Ebensfeld | <500 | ö | | 2738 | 1,95 | <10000 | 1,215 | 2 | 7 | 4,53% | 8,36% | 5,3% | 34 | 2,5 | 5,5 | | | | P | - | - | |
| Klinik Fränkische Schweiz gGmbH Ebermannstadt | Ebermannstadt | <50 | ö | | 2730 | 2,26 | <5000 | 1,015 | 5 | 13 | 5,55% | 6,9% | 1,8% | 24 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Haßberg-Kliniken Haus Ebern | Ebern | <50 | ö | | 2825 | -0,53 | <5000 | 0,857 | 5 | 19 | 5,27% | 8,20% | 6,14% | 33 | 0,5 | 0,0 | | | | ++ | ++ | ++ | + |
| Kreis Klinik Ebersberg gemeinnützige GmbH | Ebersberg | <500 | ö | | 2747 | 1,70 | <20000 | 0,922 | 9 | 33 | 8,20% | 6,12% | 5,11% | 40 | 1,8 | 3,3 | B | N | | P | + | + | + |
| Kreis Krankenhäuser Rottal-Inn gGmbH Krankenhaus Eggenfelden | Eggenfelden | <500 | p | | 2697 | 3,33 | <20000 | 0,870 | 8 | 27 | 5,16% | 8,14% | 6,13% | 33 | 0,2 | 0,0 | | | | + | - | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|-------|-------|------------|---------------------|-------|------|----------------------|----------------------|----|----|----|-------|----|
| | | | | | | | | | | 8-22% | 5-17% | 6-12% | | O | ZE | SE | | B | N | H | P | Fälle | CM |
| Kliniken im Naturpark Altmühltal Klinik Eichstätt | Eichstätt | <200 | ö | | 2773 | 0,95 | <10000 | 0,948 | 8 | 27 | 8-22% | 5-17% | 6-12% | 39 | 1,1 | 0,0 | | | nb | nb | nb | | |
| Kreis Krankenhaus Erding | Erding | <500 | ö | | 2741 | 1,91 | <20000 | 0,923 | 10 | 33 | 5-15% | 8-15% | 6-13% | 33 | 0,5 | 0,0 | N | | nb | nb | nb | | |
| Klinikum am Europakanal | Erlangen | <1000 | ö | | 2799 | 0,18 | <5000 | 1,128 | 2 | 4 | 1-71% | 8-19% | 19-3% | 0 | 0,6 | 60,6 | B | N | P | - | - | + | |
| Waldrankenhaus St. Marien gGmbH | Erlangen | <500 | fg | | 2694 | 3,35 | <20000 | 1,087 | 8 | 24 | 8-20% | 6-16% | 5-15% | 51 | 2,4 | 0,2 | N | | + | + | + | - | |
| Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg | Erlangen | >1000 | ö | | 2723 | 2,35 | >50000 | 1,320 | 15 | 52 | 2-12% | 5-10% | 3-10% | 46 | 7,4 | 6,0 | B | N | H | P | + | + | + |
| Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH, Klinik Erlenbach | Erlenbach | <500 | ö | | 2843 | -1,02 | <20000 | 0,900 | 8 | 28 | 6-20% | 5-19% | 8-15% | 37 | 1,0 | 0,0 | | | + | - | - | - | |
| Kliniken Nordoberpfälz AG Krankenhaus Eschenbach | Eschenbach | <50 | ö | | 2820 | -0,39 | <5000 | 0,841 | 6 | 22 | 8-23% | 6-19% | 5-15% | 28 | 0,1 | 0,0 | | | ++ | - | - | - | |
| Klinik Feldafing | Feldafing | <50 | p | | 2765 | 1,17 | <1000 | 0,885 | 1 | 3 | 8-68% | 6-7% | 4-7% | 54 | 1,3 | 39,2 | | | nb | nb | nb | nb | |
| Städtisches Krankenhaus Forchheim | Forchheim | <500 | ö | | 2722 | 2,50 | <10000 | 0,831 | 8 | 27 | 8-18% | 6-16% | 5-10% | 40 | 0,8 | 0,4 | | | + | - | - | - | |
| Klinikum Freising GmbH | Freising | <500 | ö | | 2712 | 2,72 | <20000 | 0,854 | 9 | 30 | 5-16% | 6-16% | 8-15% | 28 | 4,2 | 3,1 | B | N | P | + | + | + | |
| Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH Krankenhaus Freyung | Freyung | <500 | ö | | 2794 | 0,32 | <5000 | 0,728 | 6 | 20 | 3-15% | 8-14% | 5-11% | 29 | 0,5 | 0,0 | | | + | + | + | + | |
| Salzachklinik Fridolfing | Fridolfing | <50 | ö | | 2594 | 6,98 | <5000 | 0,637 | 6 | 19 | 8-20% | 5-19% | 6-15% | 20 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | nb | |
| Krankenhaus Friedberg | Friedberg | <200 | ö | | 2726 | 2,39 | <10000 | 0,828 | 7 | 23 | 6-23% | 5-13% | 8-12% | 33 | 0,3 | 0,0 | | | + | + | + | - | |
| Kreis Klinik Fürstenfeldbruck | Fürstenfeldbruck | <500 | ö | | 2709 | 2,89 | <20000 | 0,969 | 10 | 33 | 8-19% | 5-15% | 6-13% | 36 | 1,1 | 2,0 | B | N | | nb | nb | nb | |
| Klinikum Fürth | Fürth | <1000 | ö | | 2725 | 2,40 | <50000 | 0,899 | 8 | 30 | 5-14% | 6-13% | 4-12% | 32 | 0,7 | 0,8 | N | P | + | + | + | - | |
| Fachklinik Erzenberg | Füssen | <200 | p | | 2777 | 0,83 | <1000 | 0,748 | 1 | 1 | 8-96% | 1-4% | | | 0,0 | 76,1 | B | | - | + | + | + | |
| Kreis Kliniken Ostallgäu Haus Füssen | Füssen | <200 | ö | | 2830 | -0,69 | <5000 | 0,793 | 7 | 23 | 8-14% | 5-11% | 6-11% | 33 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | nb | |
| Klinik Dr. Beger | Gammisch-Partenkirchen | <50 | p | n | 2730 | 0,38 | <1000 | 0,802 | 1 | 1 | 8-99% | 23-0% | 5-0% | | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | nb | |
| Klinikum Gammisch-Partenkirchen GmbH | Gammisch-Partenkirchen | <500 | ö | | 2765 | 1,17 | <50000 | 1,089 | 9 | 32 | 8-23% | 5-17% | 6-12% | 41 | 2,0 | 0,0 | N | | nb | nb | nb | nb | |
| Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH am Klinikum Gammisch-Partenkirchen | Gammisch-Partenkirchen | <50 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | | P | nb | | | |
| Zentrum für Kinder- und Jugendheumatologie Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission e.V. | Gammisch-Partenkirchen | <200 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | nb | | | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|------|-------|----------------------|----------------------|----|---|-------|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 4:91 % | -1:1 % | 6:1 % | | ZE | SE | B | | N | H | P | Fälle |
| Asklepios Fachkliniken München-Gauting | Gauting | <500 | p | | 2813 | -0,18 | <10000 | 0,919 | 1 | 2 | 4:91 % | -1:1 % | 6:1 % | 12 | 5,2 | 12,6 | N | nb | nb | nb | | |
| Fachklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie Gauting GmbH | Gauting | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | B | P | nb | nb | nb | | |
| GEOMED-KLINIK Krankenhaus Betriebs-gGmbH | Gerolzhofen | <200 | ö | | 2720 | 2,57 | <5000 | 0,940 | 9 | 28 | 8:25 % | 6:19 % | 5:15 % | 42 | 0,4 | 0,0 | | nb | nb | nb | | |
| Privatklinik Dr. Fritz Wolfart | Gräfenleng | <50 | p | | 2756 | 1,46 | <5000 | 0,677 | 3 | 9 | 8:49 % | 14:12 % | 6:12 % | 78 | 0,3 | 0,0 | | + | + | + | | |
| Kliniken des Landkreises Freyung-Gräfenau gGmbH Krankenhaus Gräfenau | Gräfenau | <200 | ö | | 2789 | 0,47 | <5000 | 1,005 | 7 | 22 | 5:19 % | 6:16 % | 8:13 % | 41 | 0,0 | 0,3 | | + | - | - | | |
| Bezirkskrankenhaus Günzburg | Günzburg | <1000 | ö | | 2596 | 6,71 | <10000 | 1,829 | 3 | 7 | 1:56 % | 8:30 % | -1:3 % | 49 | 2,4 | 11,9 | B | N | P | - | + | + |
| Kreiskrankenhaus Günzburg | Günzburg | <500 | ö | | 2701 | 3,16 | <10000 | 0,897 | 9 | 30 | 5:21 % | 8:16 % | 6:14 % | 35 | 0,9 | 0,0 | | + | + | + | | |
| Kreiskrankenhaus Gunzenhausen | Gunzenhausen | <200 | ö | | 2637 | 5,38 | <10000 | 1,063 | 9 | 24 | 8:33 % | 5:22 % | 1:7 % | 40 | 1,1 | 0,0 | | + | + | - | | |
| Isar-Amper-Klinikum, München-Ost | Haar | >1000 | ö | | 2739 | 1,95 | <5000 | 1,649 | 2 | 7 | 1:65 % | 8:7 % | 20:6 % | 4 | 0,5 | 10,6 | | nb | nb | nb | | |
| Hassberg-Kliniken Haus Hassfurt | Haßfurt | <200 | ö | | 2717 | 2,65 | <10000 | 0,786 | 7 | 24 | 5:20 % | 6:15 % | 8:14 % | 30 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + | | |
| Krankenhaus Agatharied GmbH | Hausham | <500 | ö | | 2774 | 0,91 | <20000 | 0,956 | 9 | 28 | 5:21 % | 8:15 % | 6:14 % | 32 | 1,4 | 0,1 | | + | + | - | | |
| Lech-Mangfall-Kliniken gGmbH am Klinikum Agatharied | Hausham | <50 | ö | | BE | | | | | | | | | | | B | P | nb | nb | | | |
| Kreiskrankenhaus Hemau | Hemau | <50 | ö | | 2941 | -2,50 | <1000 | 0,602 | 3 | 11 | 5:26 % | 4:16 % | 6:12 % | | 0,0 | 0,0 | | - | - | + | | |
| Privatklinik Dr. Schindbeck GmbH & Co. KG | Herschding | <200 | p | | 2881 | -2,01 | <5000 | 0,977 | 6 | 17 | 5:35 % | 6:11 % | 1:9 % | 8 | 2,9 | 0,0 | | nb | nb | nb | | |
| PsonSol Therapiezentrum | Hersbruck | <50 | p | n | 2497 | 8,94 | <5000 | 1,000 | 1 | 1 | 9:89 % | 21:9 % | 23:1 % | 2 | 0,5 | 0,0 | | + | + | - | | |
| m&t-Klinikgesellschaft in Herzogenaurach GmbH /AKUTkrankenhaus | Herzogenaurach | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | nb | | | |
| Kreiskrankenhaus Höchstädt | Höchstädt | <50 | ö | | 2724 | 2,43 | <5000 | 0,856 | 7 | 22 | 5:19 % | 6:18 % | 8:16 % | 30 | 0,3 | 0,0 | | + | + | - | | |
| Sana Klinikum Hof GmbH | Hof | <500 | p | | 2720 | 2,50 | <20000 | 0,982 | 11 | 33 | 6:15 % | 5:13 % | 8:10 % | 28 | 2,9 | 0,3 | N | + | - | - | | |
| Fachklinik Ichenhausen | Ichenhausen | <50 | p | | 2413 | 14,93 | <1000 | 0,687 | 1 | 3 | 4:33 % | 8:31 % | 1:15 % | 0 | 0,0 | 64,6 | B | ++ | + | - | | |
| Illertalklinik Illertissen | Illertissen | <200 | ö | | 2806 | 0,00 | <5000 | 0,585 | 3 | 9 | 14:18 % | 5:16 % | 15:15 % | 16 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb | | |
| Kliniken Oberallgäu gGmbH, Klinik Immenstadt | Immenstadt | <200 | ö | | 2769 | 1,05 | <10000 | 0,770 | 7 | 25 | 8:23 % | 6:14 % | 5:10 % | 43 | 1,5 | 0,0 | | + | ++ | + | | |
| DANUVIUS Klinik GmbH | Ingolstadt | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | P | nb | | | |
| Klinikum Ingolstadt | Ingolstadt | >1000 | ö | | 2784 | 0,60 | <50000 | 1,107 | 12 | 41 | 8:14 % | 5:14 % | 6:12 % | 36 | 4,3 | 4,3 | B | N | P | + | + | - |
| Priv.-Klinik Dr. Maul | Ingolstadt | <50 | p | | 2729 | 2,29 | <5000 | 0,692 | 6 | 17 | 8:33 % | 13:23 % | 6:17 % | 72 | 0,0 | 0,0 | | + | ++ | + | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 90 % | 6:26 % | 3:21 % | 8:16 % | | | | O | ZE | SE |
| Priv.-Klinik Dr. Reiser | Ingolstadt | <50 | p | | 2787 | 0,54 | <1000 | 0,522 | 4 | 9 | | | | 68 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Fachklinik Inzell-Eck Dr. O. Herrlich GmbH* | Inzell | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | P | nb | | |
| Gesundheitsportal Karstadt | Karstadt | <50 | ö | | 2768 | 1,09 | <5000 | 0,608 | 6 | 21 | | | | 31 | 0,3 | 0,0 | B | ++ | ++ | + |
| Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren | Kaufbeuren | <500 | ö | | 2708 | 2,91 | <5000 | 0,899 | 2 | 5 | | | | 0 | 1,8 | 5,0 | N | P | | |
| Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu | Kaufbeuren | <500 | ö | | 2744 | 1,81 | <20000 | 0,987 | 10 | 34 | | | | 35 | 1,2 | 0,0 | N | | nb | nb |
| Goldberg-Klinik Kelheim GmbH | Kelheim | <500 | ö | | 2763 | 1,25 | <10000 | 0,788 | 6 | 22 | | | | 22 | 0,1 | 0,0 | N | | + | + |
| Kliniken Nordoberpfalz AG Krankenhaus Kemnath | Kemnath | <50 | ö | | 2698 | 3,29 | <5000 | 0,869 | 5 | 18 | | | | 39 | 0,1 | 0,0 | | | + | + |
| Klinikum Kempten-Oberallgäu GmbH | Kempten | <1000 | ö | | 2789 | 0,48 | <50000 | 0,961 | 9 | 36 | | | | 37 | 1,6 | 0,2 | N | | - | + |
| Klinik Kipfenberg GmbH Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik | Kipfenberg | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | nb | |
| Klinik Kitzinger Land | Kitzingen | <500 | ö | | 2825 | -0,54 | <10000 | 0,829 | 10 | 29 | | | | 29 | 0,1 | 0,0 | | | nb | nb |
| Kliniken im Naturpark Altmühltal Klinik Kösching | Kösching | <200 | ö | | 2807 | -0,03 | <10000 | 0,878 | 6 | 29 | | | | 37 | 1,2 | 0,0 | | | nb | nb |
| Krankenanstalt Kreuth Dr. Heinz May oHG* | Kreuth | <50 | p | | 2787 | 0,52 | <1000 | 0,840 | 3 | 8 | | | | 12 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb |
| Frankenwaldklinik Kronach | Kronach | <500 | ö | | 2757 | 1,43 | <20000 | 1,099 | 8 | 29 | | | | 39 | 1,4 | 0,0 | | | + | - |
| Kreiskliniken Günzburg-Krumbach Klinik Krumbach | Krumbach | <500 | ö | | 2747 | 1,73 | <10000 | 0,846 | 8 | 24 | | | | 32 | 0,4 | 0,0 | | | + | + |
| Klinikum Kulmbach mit Fachklinik Stadtsteinach | Kulmbach | <500 | ö | | 2646 | 5,00 | <20000 | 1,005 | 10 | 31 | | | | 43 | 2,2 | 0,2 | N | | + | + |
| Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar | Landau | <500 | ö | | 2779 | 0,76 | <5000 | 0,816 | 9 | 30 | | | | 33 | 0,4 | 0,0 | N | | + | - |
| Klinikum Landsberg a. Lech | Landsberg | <500 | ö | | 2803 | 0,07 | <10000 | 0,839 | 7 | 27 | | | | 27 | 1,2 | 1,8 | | | + | - |
| Lech-Mangfall-Kliniken GmbH am Klinikum Landsberg am Lech | Landsberg | <50 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | | P | nb |
| Bezirkskrankenhaus Landshut | Landshut | <500 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | | P | nb |
| Kinderkrankenhaus St. Marien | Landshut | <200 | fg | | 2690 | 3,55 | <5000 | 0,715 | 2 | 8 | | | | 11 | 0,1 | 5,4 | | | + | + |
| Klinikum Landshut | Landshut | <1000 | ö | | 2745 | 1,74 | <50000 | 1,040 | 13 | 42 | | | | 41 | 2,7 | 5,4 | N | | + | - |
| Krankenhaus Landshut-Achdorf | Landshut | <500 | ö | | 2690 | 3,56 | <20000 | 0,908 | 5 | 20 | | | | 35 | 2,3 | 3,1 | B | | + | + |
| Krankenhaus Lauf/Hersbruck Krankenhaus Nuernberger Land gGmbH | Lauf | <500 | ö | | 2752 | 1,56 | <10000 | 0,870 | 7 | 24 | | | | 30 | 0,3 | 0,0 | | | + | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|-------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|-----|------------|---------------------|----|----|----------------------|----------------------|----|---|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 1 | | O | ZE | SE | | B | N | H |
| Capio Schloßklinik Abtsee | Laufen | <50 | p | n | 2416 | 2,74 | <5000 | 0,766 | 1 | 5: 100% | | 100 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | |
| Fachklinik Lengries GmbH | Lengries | <50 | p | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | nb | | | |
| Helmut-G.-Walther-Klinikum gGmbH | Lichtenfels | <500 | ö | | 2730 | 2,23 | <20000 | 0,884 | 8 | 8:18% | 6:15% | 33 | 1,2 | 0,0 | | | + | + | + | |
| Asklepios Klinik Lindau GmbH | Lindau | <200 | p | | 2735 | 2,11 | <10000 | 0,948 | 10 | 8:16% | 6:15% | 40 | 0,4 | 0,0 | | | nb | nb | nb | |
| Dr. Otto Gessler-Krankenhaus Lindenberg gGmbH | Lindenberg | <200 | p | | 2744 | 1,81 | <10000 | 0,871 | 9 | 8:20% | 5:12% | 41 | 0,1 | 0,0 | N | | - | - | - | |
| Gesundheitszentrum Lohr a. Main | Lohr | <500 | ö | | 2783 | 0,63 | <10000 | 0,922 | 8 | 8:25% | 6:16% | 32 | 0,5 | 0,0 | | | + | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Mallersdorf-Pfaffenberg | Mallersdorf-Pfaffenberg | <500 | ö | | 2744 | 1,83 | <10000 | 1,030 | 7 | 8:29% | 6:14% | 43 | 0,1 | 0,3 | N | | - | - | - | |
| Kreiskliniken Ostalgbäu Haus Marktoberdorf | Marktoberdorf | <200 | ö | | 2809 | -0,09 | <5000 | 0,858 | 10 | 8:16% | 5:15% | 38 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | |
| Klinikum Fichtelgebirge GmbH | Marktredwitz | <500 | ö | | 2819 | -0,36 | <20000 | 1,004 | 11 | 5:17% | 6:13% | 36 | 0,2 | 0,0 | N | | + | - | - | |
| Klinikum Memmingen | Memmingen | <1000 | ö | | 2758 | 1,39 | <50000 | 0,955 | 9 | 6:16% | 5:12% | 30 | 1,3 | 0,7 | N | | + | + | + | |
| Kreisklinik Mindelheim | Mindelheim | <500 | ö | | 2818 | -0,34 | <10000 | 0,815 | 8 | 5:16% | 6:16% | 26 | 0,2 | 0,0 | | | - | + | + | |
| Kliniken Kreis Mühldorf a. Inn | Mühldorf | <500 | ö | | 2708 | 2,91 | <20000 | 0,858 | 11 | 6:14% | 5:13% | 32 | 1,8 | 1,2 | N | | + | + | + | |
| Kliniken Hochfranken, Klinik Münchberg | Münchberg | <500 | ö | | 2531 | 9,49 | <20000 | 1,019 | 6 | 8:35% | 5:17% | 42 | 0,1 | 0,0 | | | + | - | - | |
| Arabella-Klinik GmbH | München | <50 | p | | 2980 | -2,50 | <5000 | 0,440 | 1 | 3:71% | 2:25% | 97 | 0,0 | 0,0 | | | 0 | + | + | |
| Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld GmbH & Co. KG | München | <50 | p | n | 2527 | 7,07 | <5000 | 0,721 | 1 | 5:99% | 9:1% | 98 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb | |
| Atriumhaus Tag- und Nacht-Klinik | München | <50 | ö | BE | | | | | | | | | | | B | | P | | | |
| Augenklinik Herzog Carl Theodor | München | <50 | fg | | 3032 | -2,50 | <5000 | 0,545 | 1 | 2:99% | 9:0% | 96 | 0,0 | 0,0 | | | + | - | - | |
| Barnherzige Brüder gemeinn. Krankenhaus GmbH Krankenhaus München | München | <500 | fg | | 2718 | 2,63 | <20000 | 1,192 | 7 | 8:24% | 6:15% | 44 | 2,2 | 8,0 | B | N | + | + | - | |
| Bayarisches Rotes Kreuz Kreisverband München | München | <50 | fg | BE | | | | | | | | | | | B | | P | | | |
| Chirurg. Klinik Dr. Rinecker | München | <500 | p | | 3218 | -2,50 | <10000 | 1,560 | 6 | 8:47% | 6:16% | 62 | 0,1 | 0,0 | | | - | + | + | |
| Chirurgische Privatklinik Bogenhausen GmbH | München | <50 | p | | 2655 | 4,67 | <5000 | 1,111 | 3 | 8:43% | 13:18% | 96 | 2,1 | 9,7 | N | | nb | nb | nb | |
| Deutsches Herzzentrum München | München | <200 | ö | | 3170 | -2,50 | <20000 | 1,987 | 2 | 5:97% | -1:2% | 58 | 14,9 | 16,0 | B | N | + | + | - | |
| Diakoniewerk München- Maxvorstadt | München | <200 | fg | | 2719 | 2,62 | <5000 | 0,690 | 3 | 5:32% | 6:27% | 78 | 0,5 | 0,0 | | | + | - | - | |
| Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH | München | <50 | p | | 2730 | 2,26 | <5000 | 0,461 | 1 | 14:45% | 15:38% | 32 | 0,0 | 0,0 | | | + | + | + | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | 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 |
| Frauenklinik München West GmbH & Co. KG | München | <50 | p | | 2627 | 5,73 | <5000 | 0,484 | 2 | 4 | 13:47 % | 14:30 % | 15:19 % | 59 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | | |
| Heckscher-Klinikum gGmbH | München | <200 | ö | BE | | | | | | | | | | | | | B | | | nb | | | | |
| HNO-Klinik Bogenhausen Dr. Gaertner GmbH | München | <50 | p | | 2614 | 6,20 | <1000 | 0,480 | 1 | 2 | 3:98 % | 4:1 % | 9:1 % | 96 | 0,0 | 22,9 | | | | - | - | + | | |
| Isar-Klinik Betriebs GmbH | München | <200 | p | | 2715 | 2,73 | <10000 | 1,127 | 2 | 8 | 8:74 % | 6:8 % | 5:7 % | 82 | 1,9 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | | |
| Kinderzentrum München Bezirk Oberbayern | München | <50 | ö | BE | | | | | | | | | | | | | B | | | nb | | | | |
| Klinik Dr. Decker GmbH | München | <50 | p | | 2797 | 0,26 | <5000 | 0,780 | 5 | 12 | 8:48 % | 5:11 % | 1:9 % | 55 | 0,0 | 3,3 | | | | + | - | - | | |
| Klinik Dr. Müller GmbH & Co. KG | München | <200 | p | | 3008 | -2,50 | <5000 | 0,873 | 4 | 11 | 5:51 % | 6:12 % | 4:11 % | 16 | 3,8 | 0,1 | | | | + | + | - | | |
| Internistische Klinik | München | <200 | p | | | | | | | | | | | | | | | | | + | + | - | | |
| Klinik ThalKirchner Straße Städtisches Klinikum München GmbH | München | <200 | ö | | 2842 | -0,91 | <5000 | 0,775 | 2 | 4 | 9:71 % | 23:13 % | 5:5 % | 35 | 8,1 | 10,7 | | | | + | + | - | | |
| Klinken Dr. Michael Schreiber GmbH | München | <200 | p | | 3722 | -2,50 | <5000 | 0,870 | 5 | 14 | 8:49 % | 6:16 % | 5:9 % | 55 | 0,5 | 0,1 | | | | - | - | + | | |
| Kliniken München Pasing und Perlach GmbH | München | <500 | p | | 2717 | 2,67 | <20000 | 1,041 | 9 | 30 | 5:20 % | 3:16 % | 8:12 % | 43 | 0,9 | 0,1 | N | | | nb | nb | nb | | |
| Kliniken München Pasing und Perlach GmbH Klinik München Perlach | München | <200 | p | | 2695 | 3,35 | <10000 | 1,140 | 7 | 20 | 8:33 % | 5:13 % | 6:12 % | 38 | 0,9 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | | |
| Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität | München | >1000 | ö | | 2768 | 1,01 | >50000 | 1,484 | 17 | 59 | 5:11 % | 8:10 % | 1:8 % | 47 | 12,8 | 4,4 | B | N | H | P | + | - | - | |
| Klinikum Dritter Orden | München | <500 | fg | | 2707 | 2,95 | <50000 | 0,931 | 5 | 25 | 6:14 % | 8:13 % | 5:11 % | 36 | 1,8 | 2,7 | | | | N | H | + | + | |
| Klinikum Rechts der Isar der technischen Universität | München | >1000 | ö | | 2718 | 2,53 | >50000 | 1,226 | 16 | 53 | 8:14 % | 2:9 % | 1:8 % | 47 | 6,1 | 5,7 | | | | N | H | P | + | + |
| Krankenhaus für Naturheilweisen | München | <200 | fg | | | | | | | | | | | | | | B | | | | | | | |
| Krankenhaus Marthe-Maria GmbH | München | <200 | fg | | 2811 | -0,14 | <5000 | 0,953 | 1 | 3 | 10:56 % | 3:15 % | 6:14 % | 80 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | | |
| Krankenhaus Neuwirtelsbach | München | <200 | fg | | 3287 | -2,50 | <5000 | 0,905 | 4 | 11 | 4:21 % | 5:18 % | 6:14 % | 0 | 1,9 | 6,2 | | | | +++ | + | - | - | |
| Maria-Theresia-Klinik München | München | <50 | fg | | 2738 | 2,02 | <5000 | 1,073 | 1 | 3 | 6:39 % | 10:37 % | 7:9 % | 93 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | - | | |
| Max-Planck-Institut für Psychiatrie | München | <200 | fg | BE | | | | | | | | | | | | | B | | | P | | | | |
| MediCare Flughafen München, Medizinisches Zentrum GmbH | München | <50 | p | | 2787 | 0,52 | <5000 | 0,806 | 2 | 6 | 8:67 % | 13:17 % | 11:8 % | 98 | 0,0 | 0,0 | | | | N | | | nb | |
| Neurolog. Krankenhaus München | München | <50 | fg | BE | | | | | | | | | | | | | B | | | | | | | |
| Orthopädische Klinik München-Harlaching GmbH & Co BetriebsKG | München | <200 | p | | 2672 | 4,13 | <10000 | 1,336 | 3 | 7 | 8:90 % | 1:8 % | 9:1 % | 69 | 1,7 | 0,1 | | | | nb | nb | nb | | |
| Paracelsus-Klinik - München | München | <200 | p | | 2679 | 3,93 | <5000 | 0,655 | 1 | 5 | 8:38 % | 6:19 % | 14:11 % | 80 | 0,5 | 0,0 | | | | nb | nb | nb | nb | |
| Privatklinik Josefinum | München | <200 | p | | 2826 | -0,57 | <5000 | 0,732 | 4 | 13 | 6:31 % | 8:28 % | 5:12 % | 63 | 0,3 | 0,0 | | | | - | - | - | - | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|-------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|------|----|----------------------|---|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle |
| Rotkreuzklinikum München gGmbH | München | <500 | fg | | 2764 | 1,18 | <20000 | 0,821 | 3 | 16 | 14:22% | 15:16% | 8:12% | 41 | 3,7 | 4,5 | N | | | nb | nb | nb |
| Städtisches Krankenhaus München Neuperlach | München | <1000 | ö | | 2990 | -2,50 | <50000 | 1,089 | 7 | 25 | 6:28% | 5:20% | 8:6% | 27 | 5,0 | 6,2 | N | | | + | + | - |
| Städtisches Krankenhaus München Schwabing | München | >1000 | ö | | 2928 | -2,50 | <50000 | 1,113 | 13 | 41 | 5:13% | 6:10% | 1:10% | 30 | 5,2 | 9,3 | B | N | P | + | + | - |
| Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen | München | >1000 | ö | | 2843 | -1,00 | <50000 | 1,379 | 13 | 36 | 5:21% | 8:20% | 6:11% | 39 | 4,0 | 14,4 | B | N | | + | + | + |
| Städtisches Krankenhaus München-Harlaching | München | >1000 | ö | | 2900 | -2,44 | <50000 | 1,020 | 7 | 31 | 6:12% | 1:11% | 5:10% | 27 | 3,9 | 8,4 | B | N | P | + | + | + |
| Stiftsklinik Augustinum | München | <200 | fg | | 2737 | 2,01 | <10000 | 1,173 | 3 | 9 | 5:70% | 6:7% | 4:6% | 28 | 5,2 | 1,1 | N | | | + | - | - |
| Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken | Münnerstadt | <200 | ö | | 2639 | 5,24 | <5000 | 1,121 | 1 | 3 | 4:83% | 23:10% | -1:2% | 17 | 1,2 | 5,1 | | | | ++ | ++ | - |
| Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau | Murnau | <500 | ö | | 3318 | -2,50 | <10000 | 1,533 | 3 | 11 | 8:64% | 1:16% | 9:5% | 61 | 1,7 | 51,6 | B | N | | nb | nb | nb |
| Klinik Hochried, Murnau (Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) | Murnau | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | | | | B | | P | nb | nb | |
| Krankenhaus Nabburg | Nabburg | <200 | ö | | 3808 | -2,50 | <5000 | 0,577 | 1 | 6 | 4:39% | 5:18% | 6:13% | 3 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Kliniken St. Elisabeth | Neuburg | <500 | fg | | 2770 | 1,04 | <10000 | 0,855 | 5 | 24 | 6:16% | 8:13% | 4:9% | 27 | 0,4 | 2,6 | | | P | + | + | - |
| DiaMed Centrum – Clinic Neuedtelsau | Neuedtelsau | <200 | fg | | 2770 | 1,04 | <10000 | 0,927 | 7 | 24 | 8:21% | 6:17% | 5:12% | 43 | 1,1 | 0,0 | | | | + | - | - |
| Spezialklinik Neukirchen Inh. Dr. Gracia Ionescu | Neukirchen | <200 | p | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | nb | |
| Klinikum Landkreis Neumarkt i.d. OPf. | Neumarkt | <500 | ö | | 2629 | 5,54 | <20000 | 0,988 | 12 | 37 | 5:17% | 6:17% | 8:13% | 37 | 2,7 | 0,9 | N | | | + | - | - |
| Klinik Neustadt an der Aisch Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim | Neustadt | <200 | ö | | 2776 | 0,86 | <10000 | 0,813 | 7 | 27 | 5:23% | 6:13% | 8:9% | 33 | 0,2 | 0,3 | N | | | + | + | - |
| Krankenhaus Neustadt Inh. Dr. med. K.-H. Drogula | Neustadt | <50 | p | | 2845 | -1,07 | <5000 | 1,037 | 4 | 13 | 8:40% | 6:19% | 5:12% | 46 | 1,1 | 0,0 | | | | - | + | + |
| MedBO GmbH Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH Bezirkskranken-h. Wollersdorf | Neustadt | <200 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | | P | nb | nb | |
| Donauklinik Neu-Ulm | Neu-Ulm | <500 | ö | | 2805 | 0,03 | <10000 | 0,775 | 6 | 20 | 6:19% | 5:14% | 8:9% | 28 | 0,4 | 0,1 | | | | nb | nb | nb |
| Reha-Zentrum Nittenau GmbH | Nittenau | <50 | p | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | nb | nb |
| Stiftungskrankenhaus Nördlingen | Nördlingen | <200 | ö | | 2772 | 0,98 | <10000 | 0,742 | 8 | 26 | 5:15% | 6:14% | 8:14% | 33 | 0,2 | 2,3 | B | | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | | Budget-Anteile in % | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|--|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|------|---------------------|---|----------------------|---|---|----------------------|----|----|-----|--|--|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 6:22 % | 15:13 % | 1:12 % | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM | CM | CMI | | |
| Cnopf-sche Kinderklinik | Nürnberg | <200 | fg | | 2725 | 2,38 | <10000 | 0,784 | 3 | 12 | 6:22 % | 15:13 % | 1:12 % | 17 | 2,1 | 0,1 | | | | | | | | | | |
| Klinik Hallerwiese | Nürnberg | <200 | fg | | 2774 | 0,91 | <5000 | 0,550 | 2 | 4 | 14:36 % | 15:23 % | 13:10 % | 40 | 0,4 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Kliniken Dr. Erier GmbH | Nürnberg | <500 | p | | 2705 | 3,06 | <20000 | 1,282 | 5 | 11 | 8:78 % | 6:7 % | 9:6 % | 83 | 0,3 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Klinikum Nürnberg | Nürnberg | >1000 | ö | | 2854 | -1,30 | >50000 | 1,185 | 13 | 44 | 5:15 % | 6:11 % | 4:11 % | 34 | 3,2 | 5,5 | B | N | H | P | | | | | | |
| Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg | Nürnberg | <500 | fg | | 2657 | 4,65 | <20000 | 0,981 | 7 | 20 | 8:16 % | 5:15 % | 11:11 % | 61 | 0,7 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Maximilians-Augenklinik gemeinnützige GmbH | Nürnberg | <50 | fg | n | 2691 | 0,00 | <1000 | 0,436 | 1 | 1 | 2:96 % | 3:4 % | | 97 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Privatklinik Steger AG | Nürnberg | <50 | p | n | 2550 | 7,27 | <5000 | 1,513 | 3 | 8 | 5:46 % | 11:17 % | 4:8 % | 17 | 2,8 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Sana-Klinik Nürnberg GmbH am Birkenwald | Nürnberg | <50 | p | n | 2576 | 4,43 | <5000 | 0,551 | 3 | 9 | 3:30 % | 8:21 % | 6:14 % | 72 | 1,8 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| St. Theresien-Krankenhaus gGmbH | Nürnberg | <500 | fg | | 2813 | -0,19 | <20000 | 0,914 | 9 | 31 | 8:17 % | 5:16 % | 6:13 % | 51 | 0,2 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Waldburg-Zeit-Kliniken Rheumaklinik Oberammergau | Oberammergau | <50 | p | | 2938 | -2,50 | <5000 | 1,059 | 2 | 3 | 8:96 % | 1:2 % | 9:1 % | 33 | 5,4 | 8,3 | | | | | | | | | | |
| Klinik Bad Trissl GmbH & Co. KG | Oberaudorf | <500 | p | | 3566 | -2,50 | <5000 | 1,314 | 2 | 3 | 6:25 % | 13:25 % | 9:14 % | 19 | 16,9 | 6,5 | B | | H | | | | | | | |
| Kreiskliniken Ostallgäu Haus Obergünzburg | Obergünzburg | <50 | ö | | 2805 | 0,01 | <5000 | 0,970 | 7 | 20 | 8:31 % | 6:21 % | 5:12 % | 52 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Helios Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH | Oberstaufen | <200 | p | | BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kliniken Oberallgäu gGmbH, Klinik Oberstdorf | Oberstdorf | <50 | ö | | 2769 | 1,07 | <5000 | 0,982 | 5 | 16 | 8:50 % | 5:12 % | 6:9 % | 55 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus Oberviechtach | Oberviechtach | <50 | ö | | 2963 | -2,50 | <5000 | 0,715 | 6 | 17 | 5:17 % | 6:14 % | 8:10 % | 24 | 0,1 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Kreiskrankenhaus Ochsenfurt gGmbH | Ochsenfurt | <200 | ö | | 2697 | 3,31 | <10000 | 0,945 | 7 | 25 | 8:32 % | 6:12 % | 5:10 % | 52 | 0,5 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Fachklinik für Amputationsmedizin | Osterofen | <50 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kreisklinik für Amputationsmedizin | Osterofen | <50 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kreisklinik Ottobrunen | Ottobrunen | <200 | ö | | 2728 | 2,32 | <5000 | 0,969 | 9 | 27 | 5:24 % | 8:20 % | 6:18 % | 33 | 0,5 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Kreiskrankenhaus Pansberg | Pansberg | <50 | ö | | 2788 | 0,51 | <5000 | 0,714 | 3 | 8 | 5:31 % | 4:21 % | 6:15 % | 0 | 0,0 | 0,8 | | | | | | | | | | |
| Kinderklinik Dritter Orden | Passau | <50 | fg | | 2651 | 4,86 | <5000 | 0,743 | 2 | 8 | 6:23 % | 1:16 % | 3:15 % | 9 | 0,3 | 6,5 | | | | | | | | | | |
| Klinikum Passau | Passau | <1000 | ö | | 2704 | 3,01 | <50000 | 1,153 | 11 | 39 | 5:19 % | 8:15 % | 6:11 % | 36 | 3,3 | 0,5 | B | | N | | | | | | | |
| Privatklinik Dr. Hellge | Passau | <50 | p | | 2827 | -0,59 | <1000 | 0,700 | 2 | 5 | 8:76 % | 6:13 % | 9:5 % | 74 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Sana Klinik Pegnitz GmbH | Pegnitz | <200 | p | | 2597 | 6,80 | <10000 | 0,861 | 6 | 21 | 8:16 % | 5:15 % | 6:15 % | 36 | 1,1 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus Peißenberg | Peißenberg | <50 | ö | | 3187 | -2,50 | <5000 | 0,809 | 4 | 11 | 5:42 % | 6:13 % | 4:12 % | 8 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus Penzberg | Penzberg | <200 | ö | | 3134 | -2,50 | <5000 | 0,787 | 8 | 23 | 8:18 % | 6:16 % | 5:15 % | 31 | 0,1 | 0,0 | | | | | | | | | | |
| Imalklinik GmbH | Pfaffenhofen | <500 | ö | | 2772 | 0,98 | <20000 | 0,839 | 8 | 26 | 5:22 % | 6:15 % | 8:14 % | 31 | 1,1 | 0,0 | | | | | | | | | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|-----|-----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8-99 % | 1-17 % | 18-0 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H |
| Orthopädische Fachklinik | Schwarzach | <200 | fg | | 2623 | 5,86 | <5000 | 1,320 | 2 | 6 | 8-99 % | 1:0 % | 18:0 % | 69 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Krankenhaus Rummelsberg Orthopädische Klinik | Schwarzenbruck | <500 | fg | | 2731 | 2,14 | <20000 | 1,351 | 6 | 14 | 8-99 % | 1:17 % | 4:3 % | 50 | 7,8 | 1,0 | N | H | | - | + | + |
| Krankenhaus St. Josef | Schweinfurt | <500 | fg | | 2690 | 3,54 | <10000 | 0,835 | 7 | 25 | 5:17 % | 8:14 % | 6:12 % | 41 | 0,2 | 3,8 | B | | | + | + | + |
| Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt gGmbH | Schweinfurt | <1000 | ö | | 2722 | 2,48 | <50000 | 1,006 | 10 | 34 | 5:15 % | 6:14 % | 8:12 % | 30 | 2,0 | 1,2 | N | P | | + | + | - |
| Chirurgische Klinik Seefeld | Seefeld | <50 | ö | | 2704 | 3,08 | <5000 | 1,068 | 5 | 13 | 6:37 % | 8:35 % | 9:12 % | 67 | 0,2 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| KKH Simbach / Im Rottal-Im gGmbH | Simbach | <200 | p | | 2780 | 0,74 | <5000 | 0,769 | 4 | 12 | 5:42 % | 1:11 % | 4:10 % | 4 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Rottal-Im gGmbH KH Simbach a. Inn. Abt. Short-Stay-Chirurgie | Simbach | <50 | ö | n | 2545 | 6,14 | <1000 | 0,656 | 1 | 3 | 2:33 % | 10:24 % | 6:22 % | 100 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Kliniken Oberallgäu gGmbH Klinik Sonthofen | Sonthofen | <200 | ö | | 2769 | 1,07 | <5000 | 0,661 | 4 | 10 | 5:24 % | 6:16 % | 1:13 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | ++ | + | - |
| Walddauklini Deuringen | Stadbergen | <50 | p | n | 2627 | 3,80 | <1000 | 0,909 | 2 | 7 | 8:33 % | 5:19 % | 1:10 % | 1 | 0,5 | 8,0 | | | | + | + | + |
| Klinikum Staffelfeld | Staffelfeld | <50 | p | n | 2710 | 2,10 | <1000 | 4,571 | 1 | 2 | 1:90 % | -1:10 % | | 10 | 0,0 | 67,7 | | | | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH | Starnberg | <500 | ö | | 2712 | 2,83 | <20000 | 0,761 | 4 | 21 | 8:14 % | 14:14 % | 15:13 % | 39 | 0,5 | 0,2 | N | | | + | + | - |
| Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH | Straubing | <1000 | fg | | 2775 | 0,89 | <20000 | 0,952 | 10 | 33 | 8:19 % | 5:18 % | 6:11 % | 47 | 1,7 | 0,7 | B | N | | + | + | - |
| St. Anna Krankenhaus | Sulzbach-Rosenberg | <500 | ö | | 2729 | 2,29 | <10000 | 0,830 | 8 | 26 | 8:16 % | 6:15 % | 5:13 % | 29 | 0,1 | 0,0 | | | | - | + | + |
| Isar-Amper-Klinikum Klinik Taufkirchen (Vils) | Taufkirchen | <200 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | nb | | |
| Kliniken Nordberpfalz AG Krankenhaus Tirschenreuth | Tirschenreuth | <200 | ö | | 2777 | 0,82 | <5000 | 0,815 | 6 | 22 | 6:17 % | 8:13 % | 5:10 % | 29 | 0,4 | 0,0 | | | | + | - | - |
| Klinikum Traunstein | Traunstein | <1000 | ö | | 2702 | 3,08 | <50000 | 1,082 | 12 | 40 | 5:17 % | 6:12 % | 8:11 % | 39 | 2,7 | 4,9 | N | | | nb | nb | nb |
| Stadtkrankenhaus Treuchtlingen | Treuchtlingen | <50 | ö | | 3272 | -2,50 | <1000 | 0,666 | 5 | 14 | 5:26 % | 6:19 % | 4:14 % | 10 | 0,1 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenhaus Trostberg | Trostberg | <500 | ö | | 2690 | 3,54 | <10000 | 0,913 | 10 | 26 | 8:31 % | 6:14 % | 5:11 % | 38 | 1,4 | 0,4 | N | | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG | Tutzing | <200 | fg | | 2716 | 2,60 | <5000 | 1,123 | 7 | 24 | 8:33 % | 5:22 % | 1:10 % | 37 | 4,4 | 10,2 | | | | + | + | - |
| Krankenhaus St. Camillus | Ursberg | <50 | ö | n | 2563 | 5,67 | <1000 | 0,708 | 2 | 7 | 3:17 % | 10:16 % | 1:14 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | +++ | +++ | + |
| Kreiskrankenhaus Viechtach | Viechtach | <200 | ö | | 2604 | 6,58 | <10000 | 0,868 | 8 | 24 | 6:20 % | 5:18 % | 8:13 % | 42 | 0,1 | 0,9 | | | | + | - | - |
| Kreiskrankenhaus Vilsbiburg | Vilsbiburg | <200 | ö | | 2698 | 3,26 | <10000 | 0,813 | 8 | 23 | 8:20 % | 6:14 % | 14:9 % | 35 | 0,6 | 0,0 | | | | - | - | + |
| Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH Krankenhaus Vilsbiburg | Vilsbiburg | <200 | ö | | 2649 | 4,95 | <10000 | 1,019 | 9 | 27 | 8:21 % | 6:20 % | 5:14 % | 37 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Behandlungszentrum Vogtareuth GmbH | Vogtareuth | <500 | p | | 2849 | -1,19 | <20000 | 1,832 | 4 | 15 | 8:64 % | 5:13 % | 1:12 % | 73 | 1,5 | 25,7 | B | N | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | 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 |
| Helios Klinik Volkach | Volkach | <50 | p | | 3030 | -2,50 | <5000 | 0,849 | 2 | 5 | 8:49% | 6:33% | 7:8% | 89 | 0,0 | 0,0 | | | | | + | ++ | + |
| Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH Krankenhaus Waldkirchen | Waldkirchen | <50 | ö | | 2629 | 5,59 | <5000 | 0,836 | 7 | 20 | 6:23% | 8:17% | 5:17% | 29 | 1,0 | 1,0 | | | | | + | + | + |
| Kliniken Nordberpfalz AG Krankenhaus Waldsassen | Waldsassen | <200 | ö | | 2812 | -0,17 | <5000 | 0,838 | 7 | 21 | 5:26% | 8:20% | 6:12% | 23 | 0,5 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Klinik Wartenberg Professor Dr. Selmaier GmbH & Co. KG | Wartenberg | <50 | p | | 3399 | -2,50 | <1000 | 0,832 | 1 | 3 | 6:31% | 9:16% | 4:15% | 0 | 5,0 | 19,9 | B | | | | nb | nb | nb |
| Im-Salzach-Klinikum Gabersee Haus 7 | Wasserburg | <1000 | ö | | 2763 | 1,22 | <5000 | 0,882 | 3 | 5 | 1:76% | 8:15% | 3:3% | | 2,4 | 4,3 | N | P | | | nb | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus Wasserburg | Wasserburg | <200 | ö | | 2699 | 3,23 | <10000 | 0,837 | 6 | 25 | 8:16% | 6:15% | 14:12% | 31 | 0,6 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH Krankenhaus Wegscheid | Wegscheid | <50 | ö | | 2857 | -1,40 | <5000 | 0,829 | 9 | 25 | 8:21% | 5:18% | 6:14% | 35 | 0,0 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Klinikum Weiden | Weiden | <1000 | ö | | 2770 | 1,02 | <50000 | 0,999 | 10 | 37 | 5:16% | 6:16% | 8:11% | 32 | 3,7 | 1,4 | B | N | | | + | + | + |
| Krankenhaus Weilheim | Weilheim | <200 | ö | | 2794 | 0,34 | <10000 | 0,911 | 10 | 27 | 5:24% | 8:18% | 6:14% | 43 | 0,7 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Kreis Krankenhaus Weißenburg | Weißenburg | <200 | ö | | 2675 | 4,05 | <10000 | 0,864 | 7 | 23 | 6:22% | 5:13% | 14:7% | 36 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Stiftungsklinik Weißenhorn | Weißenhorn | <200 | ö | | 2739 | 1,97 | <10000 | 0,868 | 9 | 24 | 8:23% | 6:18% | 5:17% | 34 | 0,5 | 0,1 | | | | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Markt Werneck | Werneck | <50 | ö | | 2682 | 3,78 | <5000 | 0,860 | 3 | 9 | 8:40% | 14:11% | 6:9% | 54 | 0,4 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Orthopädisches Krankenhaus Schloß Werneck | Werneck | <200 | ö | | 2702 | 3,14 | <10000 | 1,779 | 2 | 4 | 8:99% | 1:0% | 9:0% | 90 | 0,6 | 0,0 | | | | | ++ | ++ | + |
| Kreis Krankenhaus Wertingen | Wertingen | <200 | ö | | 2769 | 1,08 | <5000 | 0,828 | 9 | 25 | 8:24% | 5:15% | 6:15% | 37 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Psychosomatische Klinik Windach | Windach | <200 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | | P | | |
| Kreis Krankenhaus Wolfratshausen | Wolfratshausen | <500 | ö | | 2774 | 0,91 | <10000 | 0,883 | 10 | 29 | 8:20% | 6:15% | 5:15% | 35 | 0,5 | 0,1 | | | | | + | - | - |
| Kreis Krankenhaus Würth | Würth | <200 | ö | | 2573 | 7,77 | <5000 | 1,006 | 8 | 22 | 5:26% | 8:22% | 6:14% | 41 | 0,0 | 0,0 | | | | | ++ | ++ | - |
| Klinikum der Universität Würzburg | Würzburg | >1000 | ö | | 2750 | 1,59 | >50000 | 1,319 | 18 | 53 | 3:11% | 2:10% | 1:10% | 44 | 4,7 | 4,9 | B | N | H | P | + | + | + |
| Missionsärztliche Klinik | Würzburg | <500 | fg | | 2685 | 3,66 | <20000 | 0,875 | 5 | 23 | 6:15% | 4:11% | 15:9% | 37 | 1,1 | 0,1 | N | | | | + | + | + |
| Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus | Würzburg | <200 | ö | | 2759 | 1,38 | <10000 | 1,640 | 3 | 6 | 8:98% | 21:1% | 9:1% | 95 | 1,2 | 0,0 | | | | | + | + | + |
| Roarklinikum Würzburg gGmbH | Würzburg | <200 | fg | n | 2559 | 6,21 | <5000 | 0,839 | 3 | 8 | 8:59% | 3:18% | 5:7% | 80 | 1,2 | 0,0 | | | | | ++ | + | - |
| Stiftung Juliuspital | Würzburg | <500 | ö | | 2766 | 1,15 | <20000 | 1,067 | 12 | 32 | 8:19% | 6:18% | 5:17% | 33 | 1,4 | 7,1 | B | N | | | + | + | - |
| Therienklinik Würzburg | Würzburg | <50 | fg | | 2689 | 3,58 | <5000 | 0,494 | 3 | 9 | 8:32% | 14:17% | 6:14% | 66 | 0,0 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Zusammenfassung der DRV Schwaben | Zusmarshausen | <50 | ö | | 2829 | -0,65 | <5000 | 0,725 | 1 | 2 | 4:91% | 5:2% | -1:2% | 3 | 1,5 | 6,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus Zwiessel | Zwiessel | <200 | ö | | 2801 | 0,12 | <10000 | 0,739 | 7 | 20 | 8:22% | 5:13% | 6:12% | 26 | 0,1 | 0,0 | | | | | - | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | | | | O | ZE | SE | B |
| Maltzer Krankenhaus | Berlin | <50 | fg | n | 2749 | 3,66 | <5000 | 1,462 | 2 | 6 | 8,31 % | 5,19 % | 1,13 % | 0 | 0,8 | 0,0 | 0 | 0 | 0 |
| Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow | Berlin | <500 | fg | | 2823 | 2,09 | <20000 | 0,817 | 3 | 17 | 14,16 % | 5,16 % | 8,14 % | 30 | 0,5 | 0,0 | - | + | + |
| Martin-Luther-Krankenhaus | Berlin | <500 | fg | | 2871 | 0,66 | <20000 | 0,959 | 4 | 20 | 8,21 % | 14,13 % | 6,12 % | 47 | 0,2 | 0,2 | N | nb | nb |
| Park-Klinik Weißensee GmbH & Co Betriebs KG | Berlin | <500 | p | | 2850 | 0,00 | <20000 | 1,049 | 9 | 29 | 8,23 % | 3,15 % | 6,15 % | 54 | 0,4 | 0,1 | nb | nb | nb |
| Schloßpark-Klinik KG | Berlin | <500 | p | | 2886 | 0,33 | <10000 | 0,876 | 6 | 16 | 8,28 % | 2,25 % | 6,16 % | 57 | 1,3 | 1,4 | N | P | + |
| St. Gertrauden- Krankenhaus GmbH | Berlin | <500 | fg | | 2880 | 0,45 | <20000 | 0,966 | 8 | 25 | 3,15 % | 8,15 % | 5,15 % | 52 | 0,2 | 0,0 | nb | nb | nb |
| St. Hedwig-Kliniken Berlin GmbH | Berlin | <1000 | fg | | 2771 | 3,68 | <20000 | 1,096 | 9 | 26 | 6,18 % | 11,15 % | 5,11 % | 47 | 2,6 | 0,0 | N | P | nb |
| St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee | Berlin | <500 | fg | n | 2386 | 16,94 | <1000 | 0,932 | 2 | 4 | 1,78 % | 8,12 % | 3,4 % | | 0,1 | 35,3 | N | P | nb |
| St. Joseph-Krankenhaus I | Berlin | <500 | fg | | 2751 | 4,23 | <20000 | 0,702 | 2 | 7 | 11,26 % | 6,14 % | 14,12 % | 21 | 3,2 | 0,8 | P | nb | nb |
| Unfallkrankenhaus Berlin Krankenhaus Berlin-Marzahn | Berlin | <1000 | ö | | 2546 | 12,26 | <50000 | 1,434 | 15 | 41 | 5,18 % | 8,17 % | 1,13 % | 54 | 2,1 | 17,0 | N | + | + |
| Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Berlin | Berlin | <50 | p | n | 2665 | 7,17 | <5000 | 1,730 | 2 | 4 | 8,25 % | 10,18 % | 5,15 % | 0 | 0,0 | 0,0 | - | - | + |
| West-Klinik Dahlem | Berlin | <50 | p | n | 2898 | -2,50 | <1000 | 0,500 | 1 | 3 | 8,100 % | 1,0 % | 9,0 % | 67 | 0,6 | 0,0 | + | + | + |
| Brandenburg | | 331 | | 0 | 2767 | 0 | | 1,016 | 13 | 46 | 5,17 % | 8,15 % | 6,12 % | 35 | 2,3 | 1,4 | 3 | 21 | 0 |
| Medizinisches und Soziales Zentrum Angermünde GmbH | Angermünde | <200 | ö | | 2723 | 1,32 | <5000 | 0,703 | 4 | 10 | 4,26 % | 5,24 % | 6,13 % | 1 | 1,4 | 0,0 | P | + | + |
| Helios Klinikum Bad Saarow GmbH | Bad Saarow-Pleskow | <1000 | p | | 2774 | -0,25 | <50000 | 1,120 | 14 | 44 | 5,15 % | 8,14 % | 6,10 % | 47 | 2,0 | 0,1 | N | + | + |
| Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson im Gesundheitspark Beelitz GmbH | Beelitz | <50 | p | | 2873 | -1,99 | <1000 | 1,212 | 1 | 1 | 1:100 % | | | | 0,0 | 29,7 | - | + | + |
| Recura Kliniken GmbH | Beelitz | <50 | p | | 2260 | 25,62 | <5000 | 7,973 | 1 | 2 | 1,68 % | -1,32 % | 21,1 % | 31 | 0,0 | 64,8 | nb | nb | nb |
| Oder-Spree Krankenhaus GmbH | Beeskow | <200 | ö | | 2720 | 1,41 | <10000 | 0,890 | 8 | 24 | 6,24 % | 8,23 % | 5,21 % | 42 | 0,9 | 0,0 | + | + | - |
| Kreis Krankenhaus Beizig GmbH | Beizig | <200 | ö | | 2803 | -0,97 | <10000 | 0,795 | 7 | 25 | 5,19 % | 6,17 % | 8,12 % | 28 | 0,3 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Evang.-Freikirchliches Krankenhaus und Herzzentrum in Bernau | Bernau | <500 | fg | | 2740 | 0,73 | <20000 | 1,606 | 7 | 19 | 5,48 % | 6,9 % | 4,7 % | 44 | 4,5 | 0,0 | N | - | + |
| Asklepios Klinik Birkenwerder | Birkenwerder | <200 | p | | 2686 | 2,31 | <10000 | 1,659 | 2 | 8 | 8,52 % | 10,28 % | 5,9 % | 76 | 1,6 | 0,0 | N | + | - |
| Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH | Brandenburg | <500 | p | | 2719 | 0,92 | <5000 | 1,046 | 2 | 5 | 1:81 % | 8,7 % | 5,4 % | 1 | 5,1 | 5,4 | P | + | + |
| Asklepios Fachklinikum Brandenburg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|---------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | 5:26 % | 8:18 % | 4:16 % | | | | O | ZE | SE | B | N |
| St. Marien-Krankenhaus | Brandenburg | <200 | fg | | 2677 | 5,59 | <5000 | 1,551 | 2 | 6 | 5:26 % | 8:18 % | 4:16 % | 0 | 0,0 | 5,0 | | | | + | + | + |
| Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH | Brandenburg | <500 | ö | | 2703 | 1,93 | <50000 | 1,001 | 12 | 37 | 5:21 % | 8:11 % | 6:11 % | 42 | 0,9 | 0,1 | N | | | - | - | + |
| Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH | Cottbus | >1000 | ö | | 2786 | -0,31 | <50000 | 1,081 | 16 | 50 | 8:14 % | 5:12 % | 6:10 % | 38 | 3,1 | 0,9 | N | P | | + | + | - |
| Sana-Herzentrump Cottbus GmbH | Cottbus | <50 | p | | 2847 | -1,78 | <10000 | 2,780 | 2 | 5 | 5:97 % | -1:2 % | 8:0 % | 64 | 2,4 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Martin Gropius Krankenhaus GmbH Eberswalde | Eberswalde | <500 | ö | | 2628 | 4,39 | <5000 | 0,941 | 2 | 4 | 1:80 % | 8:6 % | 19:4 % | 0 | 4,5 | 1,0 | N | P | | + | + | + |
| Werner-Forßmann-Krankenhaus Betriebs-GmbH Eberswalde | Eberswalde | <500 | ö | | 2745 | 0,70 | <20000 | 0,924 | 8 | 37 | 5:14 % | 11:13 % | 6:12 % | 35 | 4,1 | 0,1 | N | | | + | + | + |
| Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH | Eisenhüttenstadt | <500 | fg | | 2781 | -0,40 | <10000 | 0,970 | 7 | 25 | 5:21 % | 6:16 % | 8:9 % | 28 | 1,7 | 1,6 | | P | | nb | nb | nb |
| Elbe-Elster-Klinikum (KKH Finsterwalde/ KKH Herzberg/ KKH Elstertal) GmbH | Finsterwalde | <500 | ö | | 2723 | 0,86 | <20000 | 0,820 | 7 | 23 | 5:18 % | 6:17 % | 8:16 % | 27 | 0,3 | 0,1 | | P | | + | + | + |
| Krankenhaus Forst GmbH | Forst | <500 | ö | | 2795 | -1,56 | <10000 | 0,874 | 7 | 26 | 5:13 % | 6:12 % | 8:10 % | 28 | 0,3 | 1,1 | | | | nb | nb | nb |
| Evangelisches Krankenhaus Frankfurt (Oder) / Seelow | Frankfurt | <200 | fg | | 2789 | -0,70 | <5000 | 0,999 | 6 | 18 | 5:20 % | 8:19 % | 6:17 % | 20 | 0,1 | 0,2 | | | | - | - | + |
| Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH | Frankfurt | <1000 | p | | 2777 | -0,69 | <50000 | 1,090 | 15 | 48 | 8:16 % | 5:10 % | 1:10 % | 45 | 4,2 | 0,4 | N | P | | + | - | - |
| Naemi-Wilke-Stift Guben | Guben | <200 | fg | | 2777 | -0,21 | <10000 | 0,978 | 6 | 19 | 8:36 % | 6:15 % | 5:13 % | 35 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | - |
| Oberhavel Kliniken GmbH Klinik Hennigsdorf | Hennigsdorf | <1000 | ö | | 2719 | 1,21 | <20000 | 0,939 | 7 | 28 | 5:17 % | 6:13 % | 1:11 % | 32 | 1,7 | 0,9 | N | P | | + | + | + |
| Klinikum Niederlausitz GmbH Klettwitz | Klettwitz | <1000 | ö | | 2756 | 0,04 | <20000 | 0,955 | 7 | 26 | 5:19 % | 6:18 % | 8:12 % | 27 | 0,6 | 0,8 | N | P | | nb | nb | nb |
| KMG Kliniken Aktiengesellschaft Kyritz | Kyritz | <500 | p | | 2680 | 2,77 | <20000 | 0,969 | 9 | 29 | 5:26 % | 8:24 % | 6:11 % | 40 | 1,2 | 0,0 | N | | | nb | nb | nb |
| Ev. Diakonissenhaus Berfin Teltow Lehlin | Lehlin | <50 | fg | | 2811 | -0,90 | <5000 | 0,874 | 5 | 16 | 5:24 % | 6:18 % | 4:11 % | 2 | 5,5 | 0,0 | B | | | + | + | - |
| Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Lobetal | Lobetal | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | | | |
| Asklepios Fachklinikum Lübben | Lübben | <500 | p | | 2691 | 2,19 | <5000 | 0,904 | 2 | 4 | 1:75 % | 8:9 % | 3:4 % | 0 | 1,1 | 4,5 | | P | | 0 | + | + |
| Klinikum Dahme-Spreewald GmbH Lübben | Lübben | <500 | p | | 2799 | -0,62 | <20000 | 0,816 | 6 | 23 | 6:16 % | 5:16 % | 8:13 % | 33 | 0,5 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Evangelisches Krankenhaus Luckau GmbH Luckau | Luckau | <200 | fg | | 2788 | -0,70 | <5000 | 0,811 | 9 | 29 | 11:16 % | 6:15 % | 5:11 % | 37 | 0,7 | 0,0 | | | | + | + | - |
| DRK Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft Thüringen-Brandenburg mbH | Luckenwalde | <500 | fg | | 2705 | 1,93 | <10000 | 0,885 | 9 | 28 | 5:17 % | 6:14 % | 8:13 % | 32 | 0,3 | 0,0 | N | | | + | + | + |
| Evangelisches Krankenhaus Ludwigfelde-Teltow gmbH | Ludwigfelde | <500 | fg | | 2757 | 0,33 | <10000 | 0,883 | 6 | 27 | 6:19 % | 5:15 % | 8:13 % | 29 | 0,6 | 0,1 | | | | + | + | + |
| Havelland Kliniken GmbH Nauen | Nauen | <1000 | ö | | 2779 | -0,68 | <20000 | 0,800 | 8 | 27 | 6:19 % | 5:17 % | 8:9 % | 25 | 1,0 | 0,0 | | P | | - | - | - |
| Ruppiner Kliniken GmbH Neuruppin | Neuruppin | <1000 | ö | | 2673 | 2,96 | <50000 | 1,068 | 15 | 46 | 5:15 % | 3:12 % | 8:10 % | 38 | 2,2 | 1,2 | N | P | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|------|----------------------|----------------------|---|----|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | O | ZE | | SE | B | N | H | P | Fälle |
| Kreis Krankenhaus Prignitz gemeinnützige GmbH | Perleberg | <500 | ö | | 2761 | 0,05 | <10000 | 0,846 | 8 | 26 | 5:17% | 8:14% | 6:14% | 25 | 1,1 | 0,1 | N | P | + | + | - | |
| Evangelisches Krankenhaus für Geriatrie Potsdam | Potsdam | <200 | fg | | 2687 | 3,05 | <5000 | 1,603 | 1 | 3 | 8:42% | 1:22% | 5:17% | 0 | 0,1 | 8,1 | | | - | - | - | |
| Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH | Potsdam | >1000 | ö | | 2778 | -0,24 | <50000 | 1,119 | 13 | 47 | 5:12% | 6:10% | 3:8% | 38 | 4,2 | 3,1 | N | P | nb | nb | nb | |
| Oberlinnik gGmbH | Potsdam | <200 | fg | | 2768 | -0,07 | <10000 | 1,726 | 2 | 6 | 8:99% | 1:0% | 18:0% | 84 | 5,1 | 1,6 | | | - | + | + | |
| St. Josefs-Krankenhaus Potsdam | Potsdam | <500 | fg | | 2709 | 1,77 | <10000 | 0,904 | 9 | 31 | 5:22% | 6:15% | 1:9% | 30 | 1,1 | 0,6 | N | | - | + | + | |
| Kreis Krankenhaus Prenzlau GmbH | Prenzlau | <200 | ö | | 2923 | -2,50 | <5000 | 0,747 | 6 | 17 | 6:18% | 5:16% | 1:10% | 22 | 0,1 | 0,0 | | | nb | nb | nb | |
| Evang.-Freikirchliches Krankenhaus Rüdersdorf | Rüdersdorf | <500 | fg | | 2785 | -0,48 | <10000 | 0,849 | 7 | 22 | 6:15% | 5:13% | 8:12% | 25 | 1,9 | 1,7 | B | N | P | + | + | |
| Asklepios Klinikum Uckermark Schwedt GmbH | Schwedt | <500 | p | | 2778 | -0,66 | <20000 | 1,040 | 14 | 41 | 5:19% | 8:14% | 6:11% | 38 | 3,7 | 1,7 | N | | - | - | - | |
| Sana Kliniken Sommerfeld Hellmuth-Ulrich-Kliniken | Sommerfeld | <500 | p | | 2736 | 0,91 | <10000 | 1,642 | 2 | 3 | 8:89% | 1:11% | 21:0% | 56 | 8,4 | 1,3 | N | | nb | nb | nb | |
| Spremberger Krankenhausgesellschaft mbH | Spremberg | <500 | p | | 2750 | 0,05 | <5000 | 0,818 | 8 | 24 | 5:18% | 6:16% | 8:14% | 32 | 0,0 | 0,0 | | P | nb | nb | nb | |
| Krankenhaus „Märkisch-Oderland“ GmbH | Strausberg | <500 | ö | | 2709 | 1,70 | <20000 | 0,915 | 10 | 30 | 8:18% | 6:17% | 5:15% | 35 | 1,5 | 0,0 | | | + | + | + | |
| Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH Templin | Templin | <200 | p | | 3190 | -2,50 | <10000 | 0,751 | 8 | 24 | 5:19% | 6:17% | 8:13% | 27 | 0,1 | 0,0 | | | + | - | - | |
| Asklepios Fachklinikum Teupitz | Teupitz | <500 | p | | 2560 | 6,82 | <5000 | 1,270 | 2 | 4 | 1:72% | 5:7% | 8:5% | 9 | 4,5 | 1,3 | N | P | + | + | + | |
| Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH | Treuenbrietzen | <500 | fg | | 2878 | -2,50 | <10000 | 1,068 | 2 | 6 | 4:41% | 8:41% | 23:5% | 21 | 4,4 | 6,6 | | | P | - | + | |
| Evangelisches Krankenhaus Gottesfriede GmbH | Woltersdorf | <200 | fg | | 2724 | 1,50 | <5000 | 1,770 | 1 | 3 | 8:42% | 1:25% | 5:13% | 4 | 0,1 | 8,4 | | | + | - | - | |
| Bremen | | 481 | | 0 | 2871 | 0 | | 0,978 | 10 | 43 | 8:14% | 5:13% | 6:11% | 35 | 2,92 | 3,97 | 0 | 4 | 1 | 3 | | |
| DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus GmbH | Bremen | <500 | fg | | 2854 | 0,43 | <20000 | 0,839 | 4 | 21 | 11:19% | 8:15% | 6:10% | 36 | 4,7 | 4,5 | | | + | + | + | - |
| Klinikum Bremen-Mitte gGmbH | Bremen | >1000 | ö | | 2981 | -2,50 | <50000 | 1,119 | 15 | 55 | 8:11% | 3:11% | 6:10% | 42 | 4,5 | 4,5 | | | + | + | + | + |
| Klinikum Bremen-Nord gGmbH | Bremen | <1000 | ö | | 2879 | -0,23 | <20000 | 0,935 | 6 | 25 | 6:15% | 5:14% | 14:10% | 23 | 2,6 | 4,8 | | | P | + | - | - |
| Klinikum Bremen-Ost gGmbH | Bremen | <1000 | ö | | 2872 | 0,51 | <20000 | 1,219 | 5 | 19 | 4:30% | 1:20% | 5:12% | 21 | 3,2 | 12,3 | N | P | + | - | - | |
| Klinikum Links der Weser gGmbH | Bremen | <500 | ö | | 2862 | 1,06 | <50000 | 1,218 | 5 | 18 | 5:43% | 14:10% | 6:10% | 37 | 3,8 | 3,0 | N | H | + | + | + | |
| Paracelsus-Kurfürstentklinik Bremen | Bremen | <50 | p | | 3000 | -2,50 | <5000 | 0,774 | 3 | 7 | 8:70% | 3:22% | 2:3% | 83 | 1,3 | 0,0 | | | + | + | + | + |
| Roland-Klinik | Bremen | <200 | fg | | 2772 | 2,95 | <10000 | 1,180 | 2 | 6 | 8:90% | 1:5% | 21:3% | 76 | 1,0 | 0,0 | | | - | + | + | + |
| Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen gGmbH | Bremen | <500 | fg | | 2799 | 2,10 | <20000 | 0,802 | 1 | 8 | 11:38% | 8:20% | 5:13% | 24 | 1,2 | 2,3 | | | + | + | + | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|------|-----------|--------|--------|----|------|------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | O | ZE | SE | B | N | H | | | | P | Fälle | CM | CM |
| St.-Joseph-Stift | Bremen | <500 | fg | | 2791 | 2,53 | <20000 | 0,864 | 6 | 23 | 3:13% | 2:13% | 6:12% | 43 | 1,5 | 4,5 | N | | | | + | + | + |
| DRK Krankeanstalten Wesermünde | Bremehaven | <500 | fg | | 2796 | 2,34 | <10000 | 0,795 | 6 | 20 | 6:25% | 4:22% | 5:10% | 20 | 1,2 | 0,0 | | | | | + | + | + |
| Klinikum Bremerhaven Reinkenheide | Bremehaven | <1000 | ö | | 2825 | 1,30 | <50000 | 0,839 | 1 | 20 | 11:28% | 8:12% | 1:11% | 30 | 1,2 | 2,8 | P | | | | - | + | + |
| St.-Joseph-Hospital gGmbH | Bremehaven | <500 | fg | | 2794 | 2,22 | <10000 | 0,859 | 7 | 25 | 5:16% | 6:15% | 14:10% | 30 | 2,6 | 0,0 | N | | | | - | - | - |
| Hamburg | | 352 | | 9 | 2824 | 0 | | 1,083 | 13 | 48 | 8:13% | 5:13% | 6:13% | 40 | 1,37 | 5,84 | 2 | 6 | 0 | 3 | | | |
| AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH | Hamburg | <200 | fg | | 2802 | 0,60 | <10000 | 0,970 | 3 | 13 | 6:20% | 8:17% | 4:12% | 26 | 0,5 | 2,9 | | | | | nb | nb | nb |
| AMF Facharztambulanz Hamburg GmbH | Hamburg | <50 | p | n | 2622 | 4,13 | <5000 | 0,700 | 1 | 1 | | | | | 0,1 | 0,0 | | | | | - | - | + |
| Asklepios Klinik Altona | Hamburg | <1000 | p | | 2785 | 0,95 | <50000 | 1,157 | 8 | 32 | 5:14% | 6:11% | 8:10% | 44 | 1,7 | 2,1 | N | | | | + | - | - |
| Asklepios Klinik Barmbek | Hamburg | <1000 | p | | 2785 | 0,86 | <50000 | 1,004 | 7 | 28 | 14:12% | 6:10% | 15:10% | 36 | 2,2 | 0,1 | N | | | | + | + | - |
| Asklepios Klinik Harburg | Hamburg | <1000 | p | | 2781 | 1,03 | <50000 | 1,169 | 9 | 30 | 4:20% | 5:16% | 1:9% | 38 | 1,9 | 1,5 | N | | | | + | - | - |
| Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll und Heidberg | Hamburg | >1000 | p | | 2815 | 0,01 | <50000 | 0,976 | 8 | 29 | 2:14% | 3:12% | 1:11% | 41 | 1,3 | 0,7 | | | | | + | + | - |
| Asklepios Klinik St. Georg | Hamburg | <1000 | p | | 2733 | 2,77 | <50000 | 1,604 | 10 | 32 | 5:26% | 3:13% | 8:12% | 55 | 2,6 | 6,4 | | | | | + | + | + |
| Asklepios Klinik Wandsbæk | Hamburg | <1000 | p | | 2749 | 2,05 | <50000 | 1,164 | 8 | 28 | 5:19% | 1:16% | 8:13% | 26 | 0,7 | 0,8 | | | | | - | - | - |
| Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH | Hamburg | <500 | p | | 2679 | 4,35 | <10000 | 1,192 | 7 | 22 | 8:26% | 6:16% | 5:13% | 35 | 2,5 | 0,9 | | | | | + | + | + |
| Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus | Hamburg | <200 | fg | | 2730 | 3,64 | <5000 | 1,480 | 4 | 10 | 8:78% | 9:8% | 1:7% | 87 | 0,2 | 70,9 | B | | | | nb | nb | nb |
| Bethesda – Allgemeines Krankenhaus gGmbH Bergedorf | Hamburg | <500 | fg | | 2796 | 0,95 | <10000 | 0,863 | 6 | 22 | 6:18% | 5:18% | 14:10% | 27 | 0,7 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Bundeswehrkrankenhaus Hamburg | Hamburg | <50 | ö | | 2431 | 12,45 | <10000 | 0,880 | 9 | 29 | 3:18% | 8:12% | 12:12% | 45 | 1,7 | 1,1 | | | | | nb | nb | nb |
| CardioClinic Hamburg Krankenhausesellschaft mbH | Hamburg | <50 | p | | 2612 | 6,60 | <5000 | 3,989 | 1 | 2 | 5:96% | -1:2% | 18:1% | 78 | 1,2 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Diakonie-Klinikum Hamburg gGmbH | Hamburg | <1000 | fg | | 2819 | 0,47 | <20000 | 0,924 | 5 | 18 | 6:17% | 8:12% | 4:11% | 39 | 0,6 | 2,5 | N | | | | nb | nb | nb |
| Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH | Hamburg | <500 | fg | | 2714 | 3,66 | <20000 | 1,054 | 6 | 23 | 5:22% | 6:13% | 8:10% | 27 | 0,5 | 0,6 | | | | | nb | nb | nb |
| Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH | Hamburg | <500 | fg | n | 2782 | 0,18 | <5000 | 1,086 | 3 | 12 | 8:28% | 20:19% | 1:14% | 26 | 2,7 | 36,7 | P | | | | nb | nb | nb |
| Fachklinik Helmsweg GmbH | Hamburg | <50 | p | n | 2588 | 4,81 | <1000 | 0,574 | 2 | 5 | 13:50% | 9:19% | 6:10% | 95 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Helios Krankenhaus Marienhilf | Hamburg | <500 | p | | 2823 | -0,01 | <10000 | 0,701 | 3 | 11 | 6:18% | 14:17% | 15:15% | 23 | 0,1 | 0,0 | | | | | + | + | + |
| Israelitisches Krankenhaus | Hamburg | <200 | fg | n | 2670 | 3,39 | <10000 | 1,120 | 3 | 10 | 6:61% | 7:13% | 5:6% | 41 | 0,5 | 0,1 | | | | | + | + | - |
| Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH | Hamburg | <200 | fg | | 2810 | 0,66 | <10000 | 0,740 | 3 | 8 | 6:21% | 4:14% | 1:11% | 14 | 0,1 | 24,0 | B | | | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8:44% | 6:30% | 5:9% | | | | O | ZE | SE | B |
| Klinik Dr. Guth | Hamburg | <50 | p | n | 2708 | 1,84 | <5000 | 1,095 | 2 | 9 | 8:44% | 6:30% | 5:9% | 78 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Klinikum Ellbek | Hamburg | <1000 | p | | 2823 | -0,09 | <20000 | 1,227 | 8 | 24 | 8:38% | 6:11% | 11:11% | 48 | 0,7 | 8,4 | N | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Jerusalem gemeinnützige GmbH | Hamburg | <200 | fg | n | 2750 | 0,03 | <5000 | 0,693 | 2 | 5 | 9:49% | 8:19% | 3:15% | 98 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - |
| Krankenhaus Tabea GmbH | Hamburg | <50 | p | n | 2555 | 7,39 | <5000 | 1,040 | 1 | 1 | 5:54% | 8:41% | 9:3% | 97 | 0,2 | 0,0 | N | ++ | + | - |
| Marien-Krankenhaus | Hamburg | <1000 | fg | | 2757 | 1,92 | <50000 | 1,078 | 6 | 32 | 3:15% | 14:11% | 8:11% | 48 | 1,8 | 1,9 | | - | - | - |
| Praxis-Klinik Bergedorf GmbH | Hamburg | <50 | p | n | 2409 | 14,27 | <5000 | 1,310 | 2 | 3 | 8:83% | 6:12% | 7:1% | 99 | 2,3 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Praxis-Klinik Mümmelmannsberg-Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co KG | Hamburg | <50 | p | n | 2770 | -1,59 | <1000 | 0,453 | 4 | 14 | 4:16% | 3:13% | 8:13% | 38 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - |
| Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand | Hamburg | <500 | fg | | 2853 | -0,48 | <10000 | 1,132 | 5 | 20 | 6:23% | 8:19% | 5:17% | 27 | 0,5 | 8,2 | | nb | nb | nb |
| Hessen | | 253 | | 26 | 2811 | 0 | | 1,056 | 14 | 48 | 5:16% | 8:15% | 6:12% | 38 | 1,69 | 2,28 | 7 | 11 | 2 | 16 |
| Kreis-Krankenhaus Alsfeld | Alsfeld | <200 | ö | | 2768 | 1,23 | <10000 | 0,935 | 9 | 28 | 8:18% | 5:18% | 6:15% | 37 | 0,2 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Bad Arolsen GmbH | Bad Arolsen | <200 | ö | | 2714 | 2,93 | <5000 | 0,843 | 8 | 23 | 4:16% | 5:15% | 8:15% | 23 | 0,9 | 0,0 | | + | + | - |
| Hess. Bergandklinik Kolter GmbH & Co KG | Bad Endbach | <50 | p | n | 2646 | 4,29 | <5000 | 1,794 | 1 | 2 | 8:54% | 1:13% | 5:13% | | 0,0 | 12,2 | | - | - | + |
| Rheumazentrum Mittelhessen GmbH & Co. KG Bad Endbach | Bad Endbach | <50 | p | n | 2636 | 3,46 | <5000 | 0,780 | 1 | 2 | 8:96% | 1:2% | 18:1% | | 0,0 | 6,3 | | ++ | ++ | + |
| Klinikum Bad Hersfeld GmbH | Bad Hersfeld | <1000 | ö | | 2768 | 1,21 | <50000 | 0,919 | 11 | 37 | 6:13% | 5:12% | 1:10% | 35 | 1,8 | 1,0 | | - | - | - |
| Orthopädie Bad Hersfeld GmbH | Bad Hersfeld | <50 | p | n | 2654 | 3,84 | <5000 | 1,499 | 1 | 3 | 8:99% | 1:0% | 18:0% | 89 | 0,0 | 0,0 | | 0 | + | + |
| Hochtaunus Kliniken gGmbH | Bad Homburg | <500 | ö | | 2835 | -0,67 | <20000 | 0,880 | 7 | 27 | 5:17% | 6:15% | 8:12% | 33 | 0,8 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Kreis-Klinik Helmarthausen Kreis-Kliniken Kassel gGmbH | Bad Karlshafen | <50 | ö | | 2873 | -1,69 | <5000 | 0,849 | 5 | 16 | 8:34% | 5:16% | 6:15% | 34 | 0,0 | 0,0 | | + | - | - |
| Diabetes-Klinik Bad Nauheim GmbH | Bad Nauheim | <50 | p | n | 2669 | 2,98 | <5000 | 1,121 | 1 | 1 | 10:100% | 14:0% | 9:0% | 21 | 0,0 | 0,0 | | + | + | + |
| Helios-William-Harvey-Klinik | Bad Nauheim | <50 | p | | 2841 | -0,83 | <5000 | 1,182 | 1 | 2 | 5:82% | 23:6% | 1:5% | 79 | 0,5 | 0,0 | | - | + | + |
| Kerckhoff-Klinik GmbH | Bad Nauheim | <200 | fg | | 2734 | 2,27 | <50000 | 2,089 | 4 | 9 | 5:73% | 8:11% | 4:11% | 54 | 3,6 | 0,2 | N | + | + | - |
| Parkinsonklinik Bad Nauheim | Bad Nauheim | <50 | fg | n | 2671 | 3,11 | <1000 | 1,283 | 1 | 1 | 1:100% | | | | 0,0 | 49,2 | | - | - | + |
| Helios Klinik Bad Schwalbach | Bad Schwalbach | <200 | p | | 2796 | 0,41 | <5000 | 0,909 | 8 | 21 | 8:22% | 5:22% | 6:16% | 33 | 0,1 | 0,0 | | + | + | - |
| Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg | Bad Schwalbach | <200 | fg | n | 2781 | 0,02 | <5000 | 1,708 | 1 | 3 | 8:51% | 1:25% | 5:13% | 0 | 0,0 | 2,6 | | nb | nb | nb |
| Kliniken d. Main-Taunus-Krs. Krankenhaus Bad Soden | Bad Soden | <1000 | ö | | 2818 | -0,27 | <20000 | 1,049 | 10 | 34 | 5:17% | 8:15% | 6:11% | 41 | 0,6 | 0,1 | | - | + | + |
| Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen | Bad Wildungen | <200 | p | | 2736 | 1,98 | <10000 | 1,014 | 9 | 30 | 5:21% | 11:17% | 8:11% | 37 | 1,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 6:21 % | 5:14 % | | | | 14:10 % | O | ZE |
| Heilig-Geist-Hospital | Bensheim | <200 | fg | | 2899 | -2,37 | <5000 | 0,746 | 5 | 19 | 6:21 % | 5:14 % | 32 | 0,3 | | nb | nb | nb |
| DRK-Krankenhaus | Biedenkopf | <200 | fg | | 2585 | 7,44 | <5000 | 0,578 | 6 | 22 | 6:13 % | 5:13 % | 34 | 0,4 | | + | + | + |
| BfH-Klinik Braunfels GmbH Fachklinik für Neurologie und neurologische Rehabilitation | Braunfels | <50 | fg | n | 2262 | 21,15 | <5000 | 0,929 | 2 | 4 | 1:60 % | 8:26 % | | 0,0 | 50,3 | + | ++ | + |
| Orthopädische Klinik Braunfels | Braunfels | <200 | p | n | 2690 | 2,67 | <5000 | 1,532 | 2 | 4 | 8:97 % | 1:2 % | 67 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Capio Mathilden-Hospital | Büdingen | <200 | p | | 2790 | 0,59 | <5000 | 0,789 | 7 | 24 | 6:20 % | 5:16 % | 29 | 0,3 | 0,0 | + | + | - |
| Alice-Hospital und Eleonoren-Kinderklinik | Darmstadt | <200 | fg | | 2743 | 1,99 | <10000 | 0,568 | 6 | 18 | 5:30 % | 6:20 % | 41 | 1,0 | 0,0 | + | + | + |
| Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margarete | Darmstadt | <50 | fg | | 2722 | 2,66 | <5000 | 0,765 | 2 | 5 | 6:23 % | 15:16 % | 1 | 0,8 | 1,0 | H | P | nb |
| Städt. Kliniken Darmstadt: Hessenklinik | Darmstadt | <1000 | ö | | 3011 | -2,50 | <50000 | 0,947 | 14 | 42 | 5:14 % | 1:14 % | 37 | 1,6 | 1,1 | + | + | + |
| St.-Rochus-Krankenhaus | Dieburg | <50 | fg | | 3177 | -2,50 | <5000 | 0,640 | 3 | 8 | 8:41 % | 14:12 % | 48 | 0,2 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Kreis-Krankenhaus Dillenburg / Herborn | Dillenburg | <500 | ö | | 2818 | -0,21 | <10000 | 0,810 | 9 | 28 | 6:16 % | 5:13 % | 35 | 0,2 | 0,1 | nb | nb | nb |
| Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus | Ehringshausen | <50 | fg | n | 2568 | 5,44 | <5000 | 0,655 | 4 | 12 | 5:27 % | 6:21 % | 41 | 0,0 | 0,0 | + | + | + |
| Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH Kreis-Krankenhaus Erbach | Erbach | <500 | ö | | 2748 | 1,86 | <10000 | 0,931 | 10 | 31 | 8:16 % | 6:15 % | 37 | 0,2 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Kreis-Krankenhaus Eschwege GmbH | Eschwege | <500 | ö | | 2823 | -0,49 | <10000 | 0,921 | 9 | 24 | 5:15 % | 6:13 % | 22 | 0,2 | 0,0 | + | + | + |
| Marien-Krankenhaus | Flörsheim | <200 | fg | n | 3089 | -2,50 | <5000 | 0,673 | 1 | 3 | 8:73 % | 6:15 % | 46 | 0,0 | 0,0 | - | - | - |
| Kreis-Krankenhaus Frankenberg | Frankenberg | <500 | ö | | 2754 | 1,67 | <10000 | 0,944 | 8 | 24 | 5:16 % | 8:16 % | 29 | 0,3 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Berufsgenossenschaft Unfallk. Frankfurt a. Main | Frankfurt | <500 | fg | | 2889 | -2,11 | <10000 | 1,549 | 4 | 11 | 8:88 % | 1:5 % | 87 | 0,8 | 15,9 | + | + | + |
| Bürger-Hospital | Frankfurt | <500 | fg | | 2735 | 2,24 | <20000 | 0,916 | 3 | 9 | 14:21 % | 15:17 % | 40 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Clementine-Kinderhospital | Frankfurt | <50 | fg | n | 2561 | 5,82 | <5000 | 0,687 | 2 | 5 | 4:27 % | 6:19 % | 1 | 0,2 | 35,0 | B | nb | nb |
| Frankfurter Rotkreuz-Kliniken | Frankfurt | <500 | fg | | 3024 | -2,50 | <20000 | 0,851 | 7 | 21 | 5:39 % | 8:15 % | 54 | 2,8 | 2,0 | B | - | + |
| Hospital Zum Heiligen Geist | Frankfurt | <500 | fg | | 2835 | -0,68 | <10000 | 0,912 | 4 | 19 | 5:17 % | 8:16 % | 36 | 0,5 | 0,3 | P | nb | nb |
| Klinikum der Joh.-Wolfgang-Goethe-Universität | Frankfurt | >1000 | ö | | 2747 | 1,79 | >50000 | 1,583 | 18 | 58 | 5:11 % | 1:11 % | 45 | 6,6 | 2,3 | N | H | - |
| Krankenhaus Nordwest | Frankfurt | <1000 | fg | | 2819 | -0,23 | <50000 | 1,143 | 9 | 38 | 6:15 % | 1:14 % | 31 | 2,8 | 1,3 | N | + | - |
| Krankenhaus Sachsenhausen | Frankfurt | <500 | fg | | 2785 | 0,62 | <10000 | 0,752 | 3 | 9 | 4:16 % | 13:13 % | 32 | 0,1 | 9,4 | - | + | + |
| Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH | Frankfurt | <500 | fg | | 2750 | 1,79 | <10000 | 1,467 | 4 | 10 | 8:92 % | 1:3 % | 69 | 1,7 | 1,6 | - | - | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|--------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|------|----|----------------------|----------------------|---|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | O | ZE | SE | | B | N | H |
| St. Katharinen Krankenhaus GmbH | Frankfurt | <500 | fg | | 2806 | 0,13 | <20000 | 1,104 | 7 | 22 | 8:19% | 1:18% | 37 | 0,3 | 2,5 | N | | | + | + |
| Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst | Frankfurt | <1000 | ö | | 2792 | 0,51 | <50000 | 1,114 | 8 | 32 | 8:14% | 5:10% | 39 | 1,4 | 1,0 | N | P | | | - |
| Hospital zum Heiligen Geist | Fritzlar | <200 | fg | | 2726 | 2,54 | <5000 | 0,755 | 6 | 23 | 5:21% | 6:16% | 27 | 0,1 | 0,0 | | | | | - |
| Herz-Jesu-Krankenhaus | Fulda | <500 | fg | | 2669 | 4,30 | <10000 | 1,021 | 8 | 24 | 6:23% | 8:20% | 37 | 2,8 | 2,2 | | P | | | - |
| Klinikum Fulda gAG | Fulda | <1000 | ö | | 2773 | 1,09 | <50000 | 1,219 | 14 | 46 | 5:13% | 8:12% | 42 | 1,7 | 0,5 | | P | | | - |
| Main-Kinzig-Kliniken gGmbH Krankenhaus Gelnhausen | Gelnhausen | <500 | ö | | 2740 | 2,10 | <20000 | 0,930 | 5 | 21 | 8:14% | 6:14% | 28 | 0,5 | 0,1 | | | | | - |
| Rhön-Klinik Prof. Dr. Dr. Elmar Keck | Gersfeld | <50 | p | n | 2746 | -0,65 | <1000 | 0,572 | 2 | 8 | 8:63% | 1:9% | 51 | 0,0 | 0,0 | | | | | + |
| Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gGmbH | Gießen | <200 | fg | | 2685 | 3,93 | <10000 | 0,895 | 9 | 27 | 8:25% | 6:22% | 51 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb |
| Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen | Gießen | >1000 | ö | | 2768 | 0,87 | >50000 | 1,429 | 19 | 59 | 5:15% | 8:12% | 44 | 2,9 | 1,2 | N | P | | | + |
| Krankenhaus Balmersche Stiftung | Gießen | <50 | fg | n | 2652 | 2,58 | <5000 | 0,669 | 2 | 7 | 8:34% | 5:24% | 10 | 0,2 | 0,0 | | | | | - |
| St.-Josefs-Krankenhaus | Gießen | <200 | fg | | 2737 | 2,19 | <10000 | 0,816 | 2 | 7 | 14:19% | 3:17% | 54 | 0,0 | 0,0 | | | | | + |
| Klinik Oberwald KG | Grebshain | <200 | p | | 3523 | -2,50 | <5000 | 0,720 | 1 | 3 | 5:63% | 6:18% | 81 | 0,0 | 0,0 | | | | | - |
| Pneumologische Klinik Waldhof Eigeshausen | Greifenstein | <200 | fg | n | 2747 | 1,28 | <5000 | 0,875 | 2 | 3 | 4:88% | -1:4% | 8 | 1,1 | 5,7 | | | | | nb |
| Kreis-Krankenhaus Groß-Umstadt | Groß-Umstadt | <500 | ö | | 2779 | 0,90 | <10000 | 0,995 | 10 | 29 | 8:20% | 6:18% | 38 | 0,1 | 0,5 | | | | | nb |
| Kreis-Krankenhaus Bergstraße GmbH | Heppenheim | <500 | ö | | 2837 | -0,72 | <20000 | 0,892 | 9 | 28 | 5:23% | 6:17% | 38 | 0,5 | 0,1 | | | | | nb |
| Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau GmbH | Hessisch Lichtenau | <200 | fg | | 2688 | 3,76 | <10000 | 1,585 | 1 | 4 | 8:95% | 1:3% | 62 | 0,4 | 20,2 | | | | | nb |
| Kreis-Klinik Hofgeismar Kreis-Kliniken Kassel GmbH | Hofgeismar | <200 | ö | | 2886 | -2,03 | <5000 | 0,782 | 7 | 22 | 5:22% | 6:16% | 22 | 0,0 | 0,0 | | | | | + |
| Helios St. Elisabeth Klinik Hünfeld | Hünfeld | <200 | p | | 2769 | 1,21 | <5000 | 0,737 | 6 | 23 | 6:14% | 8:14% | 35 | 0,0 | 0,0 | | | | | + |
| Helios Klinik Idstein | Idstein | <50 | p | | 2632 | 5,71 | <5000 | 0,912 | 6 | 16 | 8:27% | 6:19% | 34 | 0,0 | 0,0 | | | | | + |
| Fachklinik für Lungenerkrankung | Immenhausen | <200 | fg | n | 2536 | 7,77 | <5000 | 1,110 | 1 | 3 | 4:90% | 5:3% | 18 | 0,3 | 6,0 | | | | | nb |
| Diakonie-Kliniken Kassel gemeinnützige GmbH | Kassel | <500 | fg | | 2779 | 0,90 | <20000 | 1,050 | 7 | 21 | 5:31% | 6:15% | 28 | 0,2 | 0,3 | | | | | - |
| Elisabeth-Krankenhaus | Kassel | <200 | fg | | 2674 | 4,22 | <10000 | 0,950 | 7 | 23 | 6:18% | 5:13% | 45 | 0,3 | 0,0 | | | | | + |
| Kinderkrankenhaus Park Schönfeld GmbH | Kassel | <200 | ö | | 2678 | 4,12 | <5000 | 0,700 | 3 | 11 | 6:24% | 1:12% | 21 | 0,0 | 27,3 | B | | | | + |
| Klinik Dr. Koch GmbH & Co. KG | Kassel | <50 | p | n | 2746 | -1,41 | <5000 | 0,437 | 2 | 4 | 14:36% | 15:23% | 44 | 0,0 | 0,0 | | | | | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|-------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 5:12 % | 1:11 % | 9:10 % | | | | O | ZE | SE | B | N |
| Klinikum Kassel gGmbH | Kassel | >1000 | ö | | 2756 | 1,60 | <50000 | 1,184 | 15 | 50 | 5:12 % | 1:11 % | 9:10 % | 44 | 2,1 | 2,4 | N | P | + | - | - |
| Marienkrankenhaus | Kassel | <200 | fg | | 2733 | 2,32 | <10000 | 0,837 | 4 | 14 | 6:31 % | 4:22 % | 5:10 % | 38 | 0,0 | 0,9 | | | nb | nb | nb |
| Orthopädische Klinik Hessenklinik | Kassel | <200 | ö | | 2646 | 5,23 | <10000 | 1,351 | 2 | 6 | 8:96 % | 1:3 % | 23:1 % | 60 | 1,1 | 0,3 | | | + | - | - |
| Paracelsus-Elena-Klinik | Kassel | <200 | p | n | 2729 | 1,34 | <5000 | 1,393 | 1 | 1 | 1:100 % | 19:0 % | 4:0 % | | 0,0 | 0,0 | | | + | - | - |
| Deutsches-Rotes-Kreuz Klinik Kaufungen | Kassel | <500 | fg | | 2631 | 5,75 | <20000 | 1,040 | 10 | 29 | 6:20 % | 8:20 % | 5:15 % | 43 | 0,3 | 0,1 | | | + | - | - |
| Wolfgang-Winckler-Haus Jugendberaterung und Jugendhilfe e.V. | Kaufungen | <50 | fg | n | 2683 | 3,10 | <5000 | 1,863 | 1 | 2 | 8:38 % | 1:31 % | 5:11 % | | 0,0 | 3,3 | | | - | - | - |
| St.-Josef-Krankenhaus | Kalkheim | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | nb | | |
| Krankenhaus Eichhof | Königstein | <50 | ö | n | 2704 | 0,85 | <5000 | 0,639 | 3 | 11 | 8:46 % | 6:13 % | 4:7 % | 50 | 0,5 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach | Korbach | <500 | ö | | 2815 | -0,12 | <10000 | 0,887 | 9 | 27 | 5:15 % | 6:15 % | 8:14 % | 33 | 0,4 | 0,0 | | | + | - | - |
| St.-Marien-Krankenhaus | Lampertheim | <50 | fg | | 2921 | -2,50 | <5000 | 1,015 | 3 | 9 | 5:26 % | 1:15 % | 6:12 % | 0 | 0,1 | 4,2 | | | + | + | + |
| Asklepios Kliniken Langen-Seeligenstadt GmbH | Langen | <500 | p | | 2716 | 3,45 | <20000 | 0,969 | 6 | 26 | 5:19 % | 6:19 % | 8:13 % | 35 | 1,7 | 0,0 | N | P | + | + | - |
| Krankenhaus Eichhof Medizinisches Zentrum Eichhof | Lauterbach | <500 | fg | | 2786 | 0,72 | <10000 | 0,946 | 9 | 25 | 8:17 % | 6:15 % | 11:14 % | 37 | 0,1 | 0,0 | | | - | - | - |
| Asklepios Klinik Lich GmbH | Lich | <500 | p | | 2694 | 2,54 | <10000 | 0,970 | 6 | 25 | 6:17 % | 8:17 % | 14:12 % | 36 | 0,2 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH | Limburg | <500 | fg | | 2746 | 1,88 | <50000 | 1,121 | 11 | 38 | 5:16 % | 6:15 % | 8:12 % | 36 | 2,5 | 0,1 | | | + | + | + |
| Luisen-Krankenhaus Hessenklinik | Lindenfels | <200 | fg | | 2850 | -1,07 | <5000 | 0,856 | 7 | 19 | 8:18 % | 5:15 % | 4:15 % | 28 | 0,1 | 0,3 | | | nb | nb | nb |
| Chirurg.-Orthop. Fachklinik Lorsch GmbH u. Co. KG | Lorsch | <50 | p | | 2741 | 2,07 | <5000 | 1,830 | 2 | 3 | 8:98 % | 18:1 % | 9:0 % | 76 | 0,5 | 0,0 | | | + | + | + |
| Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehda | Marburg | <500 | fg | | 2767 | 1,28 | <10000 | 0,983 | 5 | 18 | 5:21 % | 8:15 % | 6:14 % | 28 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Dr. Schweddeklinik GmbH Klinik KG | Marburg | <50 | p | n | 2575 | 3,25 | <1000 | 0,373 | 1 | 2 | 3:96 % | 9:1 % | 4:1 % | 87 | 0,0 | 0,0 | | | --- | --- | --- |
| Klinikum Universität Marburg | Marburg | >1000 | ö | | 2783 | 0,62 | <50000 | 1,270 | 18 | 60 | 5:11 % | 1:10 % | 8:10 % | 42 | 2,7 | 1,6 | N | P | + | + | + |
| Schwalim-Eder-Kliniken GmbH, Klinikum Melsungen | Melsungen | <50 | p | | 2952 | -2,50 | <5000 | 0,802 | 4 | 13 | 5:32 % | 6:16 % | 4:10 % | 13 | 0,4 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen | Nidda | <50 | p | | 2673 | 5,18 | <5000 | 2,079 | 1 | 2 | 1:80 % | -1:7 % | 8:3 % | 8 | 0,1 | 39,9 | | | +++ | + | + |
| Ketteler-Krankenhaus | Offenbach | <500 | fg | | 2756 | 1,60 | <10000 | 0,815 | 5 | 16 | 6:23 % | 14:14 % | 5:9 % | 35 | 0,2 | 0,0 | | | + | - | - |
| Klinikum Offenbach GmbH | Offenbach | <1000 | ö | | 2812 | -0,12 | <50000 | 1,097 | 12 | 37 | 5:13 % | 6:12 % | 8:11 % | 37 | 1,5 | 2,6 | B | N | P | + | + |
| Privatklinik Dr. Fritzauf OHG | Offenbach | <50 | p | n | 2682 | 1,53 | <1000 | 0,638 | 1 | 2 | 20:46 % | 5:22 % | 10:12 % | | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 5:38% | 6:17% | 8:11% | | | | O | ZE | SE | B |
| Krankenhaus und Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg | Boizenburg | <50 | p | | 2552 | 5,40 | <5000 | 0,791 | 6 | 21 | 5:38% | 6:17% | 8:11% | 32 | 0,3 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Wanrow-Klinik Bützow gGmbH | Bützow | <50 | fg | | 2713 | 0,66 | <5000 | 0,739 | 5 | 15 | 5:24% | 6:17% | 8:14% | 25 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - |
| Krankenhaus am Crivitzer See GmbH | Crivitz | <50 | p | | 2712 | 0,08 | <5000 | 0,790 | 4 | 14 | 8:23% | 6:14% | 14:14% | 34 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Kreis Krankenhaus Demmin | Demmin | <500 | ö | | 2637 | 2,26 | <10000 | 0,754 | 5 | 18 | 8:14% | 6:13% | 14:12% | 25 | 0,2 | 2,4 | | - | - | - |
| Klinikum der Ernst-Moritz-Armdt-Universität Greifswald | Greifswald | <1000 | ö | | 2662 | 2,81 | <50000 | 1,247 | 17 | 56 | 8:12% | 5:11% | 1:10% | 41 | 5,2 | 2,3 | P | - | - | + |
| Short Care Klinik Greifswald Neurochirurgie | Greifswald | <50 | p | | 2499 | 7,83 | <1000 | 1,430 | 2 | 4 | 8:74% | 23:24% | 1:2% | 84 | 6,8 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| DRK-Krankenhaus Grevesmühlen gGmbH | Grevesmühlen | <200 | fg | | 2675 | 1,10 | <5000 | 0,805 | 5 | 19 | 6:22% | 5:19% | 8:14% | 23 | 0,1 | 0,0 | | - | - | + |
| KMG Klinikum Güstrow GmbH | Güstrow | <200 | p | | 2510 | 7,25 | <20000 | 0,906 | 9 | 29 | 5:21% | 8:12% | 8:11% | 33 | 2,1 | 0,1 | P | + | + | + |
| Kreis Krankenhaus Hagenow | Hagenow | <200 | ö | | 2699 | 0,72 | <10000 | 0,752 | 5 | 18 | 6:18% | 5:12% | 8:11% | 19 | 0,2 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Bad Doberan GmbH | Hohenfelde | <200 | p | | 2678 | 1,10 | <10000 | 0,790 | 6 | 19 | 5:21% | 6:19% | 8:11% | 24 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + |
| Klinikum Karlsburg | Karlsburg | <500 | p | | 2777 | -0,76 | <20000 | 2,009 | 2 | 6 | 5:70% | 10:25% | -1:2% | 43 | 3,6 | 1,1 | | - | - | + |
| Ev. Krankenhaus Stift Bethlehem gGmbH | Ludwigslust | <200 | fg | | 2703 | 0,56 | <10000 | 0,850 | 7 | 25 | 5:26% | 6:16% | 8:9% | 29 | 1,6 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Evangel. Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg | Neubrandenburg | <1000 | fg | | 2727 | 0,00 | <50000 | 1,012 | 16 | 49 | 8:17% | 5:12% | 6:11% | 39 | 1,7 | 3,9 | | - | - | + |
| DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH | Neustrelitz | <200 | fg | | 2728 | 0,09 | <10000 | 0,833 | 8 | 26 | 5:17% | 6:15% | 8:11% | 26 | 0,9 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Asklepios Klinik Parchim | Parchim | <200 | p | | 2726 | 0,06 | <10000 | 0,822 | 6 | 20 | 5:15% | 6:15% | 8:14% | 25 | 0,2 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Asklepios Klinik Pasewalk GmbH i.G. | Pasewalk | <500 | p | | 2645 | 2,69 | <20000 | 0,900 | 9 | 34 | 8:16% | 6:13% | 5:13% | 34 | 0,8 | 0,6 | | - | - | - |
| Klinikum Plau am See | Plau | <500 | p | | 2610 | 3,43 | <10000 | 1,278 | 6 | 18 | 8:35% | 1:25% | 5:9% | 40 | 0,8 | 16,9 | | nb | nb | nb |
| Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH | Ribnitz-Damgarten | <200 | ö | | 2645 | 2,32 | <10000 | 0,810 | 6 | 19 | 5:17% | 6:15% | 8:14% | 31 | 0,1 | 0,0 | | + | + | - |
| Klinikum der Universität Rostock | Rostock | >1000 | ö | | 2744 | 0,84 | <50000 | 1,325 | 16 | 50 | 5:18% | 8:12% | 1:12% | 47 | 5,1 | 2,8 | | + | - | - |
| Klinikum Südstadt | Rostock | <500 | ö | | 2641 | 2,78 | <20000 | 0,938 | 4 | 21 | 14:18% | 15:12% | 6:11% | 36 | 1,4 | 4,6 | | + | + | - |
| Helios-Kliniken Schwerin, Klinikum Schwerin | Schwerin | >1000 | p | | 2687 | 1,17 | <50000 | 1,027 | 15 | 48 | 5:16% | 8:13% | 4:11% | 39 | 2,9 | 0,8 | | nb | nb | nb |
| Hanse-Klinikum Stralsund GmbH | Stralsund | <1000 | p | | 2638 | 3,05 | <50000 | 0,967 | 11 | 34 | 6:15% | 5:15% | 4:9% | 34 | 3,8 | 5,0 | N | + | + | + |
| DRK-Krankenhaus Grimmener GmbH Barmannshagen | Südenholz | <200 | fg | | 2657 | 2,37 | <5000 | 0,884 | 6 | 21 | 5:23% | 8:18% | 6:17% | 24 | 0,7 | 0,0 | | - | + | + |
| DRK-Krankenhaus Teterow gGmbH | Teterow | <200 | fg | | 2752 | -0,67 | <5000 | 0,833 | 6 | 20 | 5:21% | 6:16% | 8:9% | 26 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|-----------|---------|-------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H |
| Amess Kliniken Anklam-Ueckermünde GmbH | Ueckermünde | <500 | p | | 2743 | -0,31 | <10000 | 0,774 | 7 | 22 | 6:17% | 5:16% | 1:14% | 24 | 0,1 | 0,0 | | 0 | 0 | 0 | |
| Klinik Amsee GmbH Interdisziplinäres Therapiezentrum | Waren | <50 | p | | 2781 | -1,13 | <5000 | 0,899 | 1 | 2 | 4:86% | 23:7% | -1:2% | 4 | 1,2 | 1,9 | | nb | nb | nb | |
| Müritzklinikum GmbH Waren | Waren | <500 | p | | 2686 | 0,81 | <10000 | 0,796 | 8 | 30 | 6:14% | 3:10% | 5:10% | 38 | 0,9 | 0,0 | N | P | nb | nb | |
| Hanse-Klinikum Wismar GmbH | Wismar | <500 | ö | | 2714 | 0,11 | <20000 | 0,880 | 10 | 33 | 5:16% | 6:14% | 1:10% | 27 | 1,9 | 0,4 | | P | - | - | + |
| Kreis Krankenhaus Wolgast GmbH | Wolgast | <200 | ö | | 2530 | 6,44 | <10000 | 0,777 | 6 | 19 | 5:17% | 6:15% | 8:12% | 23 | 0,5 | 0,0 | | | + | + | - |
| Niedersachsen | | 218 | | 27 | 2763 | 0 | | 1,04 | 13 | 43 | 8:15% | 5:15% | 6:12% | 37 | 1,9 | 1,66 | 2 | 47 | 0 | 17 | |
| Aller-Weser-Klinik gGmbH, Krankenhaus Achim | Achim | <200 | ö | | 2772 | -0,26 | <10000 | 0,929 | 7 | 21 | 8:27% | 5:16% | 6:15% | 41 | 0,1 | 0,0 | | - | - | - | - |
| Krankenhaus Alfeld - Betriebs gGmbH | Alfeld | <200 | fg | | 2974 | -2,50 | <10000 | 0,884 | 8 | 26 | 6:19% | 5:14% | 11:8% | 30 | 0,6 | 0,0 | | + | - | - | - |
| Marien-Hospital Anklam | Anklam | <200 | fg | | 2776 | -0,36 | <5000 | 0,712 | 3 | 16 | 14:18% | 6:14% | 15:12% | 35 | 0,0 | 0,0 | | + | + | - | - |
| Kreis Krankenhaus Aurich Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH – Ostfriesisches Krankenhaus- | Aurich | <500 | ö | | 2647 | 3,59 | <20000 | 0,968 | 7 | 26 | 8:15% | 6:13% | 14:11% | 32 | 0,6 | 0,1 | | nb | nb | nb | nb |
| Paulinenkrankenhaus | Bad Bentheim | <50 | fg | n | 2809 | -2,05 | <5000 | 1,340 | 2 | 3 | 8:98% | 1:1% | 9:1% | 70 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | + |
| Thermalsole und Schwefelbad Bentheim GmbH | Bad Bentheim | <50 | p | n | 2771 | 18,97 | <5000 | 1,298 | 1 | 1 | 9:97% | 8:3% | | | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | - |
| Diana-Klinik Krankenhausbetriebs GmbH | Bad Bevensen | <50 | p | n | 2619 | 3,54 | <1000 | 1,577 | 2 | 4 | 1:35% | 8:31% | 5:10% | 0 | 0,2 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb |
| Herz-Kreislauf-Klinik Bevensen GmbH & Co. KG | Bad Bevensen | <200 | p | | 2704 | 1,75 | <20000 | 2,376 | 3 | 10 | 5:89% | 1:3% | -1:2% | 58 | 2,5 | 0,0 | N | | - | - | + |
| Helios Klinik Bad Gandersheim | Bad Gandersheim | <200 | p | | 2828 | -1,81 | <5000 | 0,922 | 7 | 23 | 8:22% | 6:13% | 5:12% | 35 | 0,1 | 0,0 | | - | - | - | - |
| Asklepios Harz-Klinik GmbH Fritz-König-Stift | Bad Harzburg | <50 | p | | 2919 | -2,50 | <5000 | 1,600 | 2 | 5 | 8:76% | 5:8% | 4:3% | 67 | 1,5 | 0,0 | N | | + | + | - |
| Fachklinik für Diabetes und Stoffwechsell-krankheiten | Bad Lauterberg | <200 | fg | | 2806 | -1,21 | <5000 | 0,942 | 1 | 1 | 10:100% | 14:0% | | 5 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | + |
| Gollee KG Kirberg-Klinik | Bad Lauterberg | <50 | p | | 2836 | -2,00 | <1000 | 0,680 | 1 | 2 | 5:100% | | | 0 | 0,0 | 0,0 | | + | - | - | - |
| Klinik Dr. Muschinsky | Bad Lauterberg | <50 | p | n | 2443 | 10,74 | <1000 | 0,741 | 1 | 1 | 8:89% | 1:11% | | | 0,0 | 0,0 | | + | + | - | - |
| AWD Deister-Stümel-Klinik gGmbH Akutkrankenhaus | Bad Münder | <50 | fg | | 2767 | -0,09 | <5000 | 1,020 | 4 | 13 | 5:25% | 3:18% | 4:11% | 13 | 14,3 | 5,1 | N | | + | + | + |
| Evangelische Barthildis-Krankenhaus Bad Pymont GmbH | Bad Pymont | <500 | fg | | 2697 | 1,97 | <20000 | 1,199 | 6 | 25 | 8:35% | 1:17% | 5:14% | 36 | 1,4 | 0,5 | N | | - | + | + |
| Krankenhaus St. Georg* | Bad Pymont | <200 | fg | | 3364 | -2,50 | <1000 | 0,910 | 3 | 9 | 5:40% | 6:21% | 4:13% | 3 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | |
|---|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|------|-----------|--------|--------|-----|-----|------------|---------------------|----------------------|----|-------|----------------------|----|-----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | O | ZE | SE | B | N | | | H | P | Fälle | CM | CM | CMI | |
| Krankenhaus Cuxhaven GmbH | Cuxhaven | <500 | p | | 2738 | 0,71 | <20000 | 1,034 | 11 | 36 | 5:18% | 6:15% | 8:14% | 39 | 1,0 | 0,1 | N | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Krankenhaus St.-Elisabeth gGmbH | Damme | <500 | fg | | 2658 | 3,25 | <10000 | 0,858 | 8 | 25 | 8:25% | 1:14% | 6:13% | 33 | 0,4 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + |
| Capio Elbe-Jeetzel Klinik | Dannenberg | <200 | p | | 2812 | -1,36 | <10000 | 0,875 | 8 | 25 | 6:16% | 8:15% | 5:13% | 30 | 0,5 | 0,0 | | + | - | - | - | - | - | - |
| St.-Josef-Stift | Delmenhorst | <200 | fg | | 2762 | 0,02 | <10000 | 0,860 | 5 | 19 | 5:18% | 6:16% | 14:10% | 31 | 0,5 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Städtische Kliniken Delmenhorst | Delmenhorst | <500 | ö | | 2725 | 1,09 | <20000 | 0,940 | 11 | 33 | 6:15% | 8:11% | 5:10% | 34 | 1,0 | 0,0 | N | + | - | - | - | - | - | - |
| Lungenklinik Diekhofen gGmbH | Diekhofen | <50 | ö | | 2778 | -0,42 | <5000 | 0,880 | 1 | 2 | 4:95% | -1:2% | 5:1% | 13 | 1,1 | 14,2 | | + | + | + | + | + | + | + |
| St. Ansgar Diepholz GmbH | Diepholz | <200 | fg | | 2796 | -0,93 | <10000 | 0,890 | 10 | 28 | 8:18% | 5:16% | 6:10% | 44 | 0,7 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - |
| St.-Anna-Hospital | Dinklage | <50 | fg | n | 2493 | 7,12 | <10000 | 0,810 | 1 | 2 | 8:97% | 6:3% | 1:0% | 100 | 0,8 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Diakoniewerk Osnabrück gGmbH | Dissen | <200 | fg | | 2809 | -1,28 | <5000 | 0,759 | 7 | 23 | 6:17% | 14:10% | 11:10% | 29 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + | + | + | + | + |
| Krankenhaus St. Martini | Duderstadt | <200 | fg | | 2764 | -0,03 | <10000 | 0,905 | 6 | 21 | 6:15% | 8:15% | 5:13% | 27 | 0,4 | 0,0 | N | + | - | - | - | - | - | - |
| Sertürmer-Krankenhaus Einbeck GmbH | Einbeck | <200 | ö | | 3067 | -2,50 | <5000 | 0,963 | 7 | 22 | 8:23% | 5:20% | 6:20% | 35 | 0,3 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH | Emden | <500 | ö | | 2699 | 1,89 | <20000 | 0,989 | 7 | 28 | 1:16% | 8:16% | 6:13% | 30 | 0,9 | 0,7 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| St.-Antonius-Stift | Enstek | <50 | fg | n | 2651 | 2,44 | <5000 | 1,568 | 2 | 4 | 8:98% | 1:1% | 18:0% | 63 | 0,4 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Klinik Fallingbostal von Graevemeyer GmbH & Co KG | Fallingbostal | <50 | p | n | 2675 | 0,40 | <1000 | 0,669 | 1 | 2 | 5:100% | | | | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus St.-Marien-Hospital gGmbH | Friesoythe | <200 | fg | | 2681 | 2,48 | <5000 | 0,788 | 5 | 21 | 8:16% | 6:15% | 5:13% | 29 | 0,1 | 0,2 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Stenum Hermine de Voss Stiftung | Ganderkesee | <50 | fg | n | 2580 | 4,93 | <5000 | 1,614 | 2 | 4 | 8:98% | 1:1% | 21:0% | 64 | 0,3 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Robert-Koch | Gehrden | <500 | ö | | 2658 | 3,24 | <20000 | 0,942 | 8 | 27 | 5:22% | 6:14% | 8:10% | 37 | 1,1 | 0,0 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land Betriebsteil Georgsmarienhütte | Georgsmarienhütte | <50 | fg | | 3074 | -2,50 | <5000 | 0,867 | 1 | 3 | 20:47% | 5:10% | 1:10% | 0 | 0,0 | 0,0 | | - | + | + | + | + | + | + |
| Franziskus-Hospital Hardeberg | Georgsmarienhütte | <500 | fg | | 2677 | 2,60 | <20000 | 1,030 | 5 | 21 | 8:22% | 6:16% | 14:10% | 49 | 0,3 | 0,0 | | + | - | - | - | - | - | - |
| Kreis-Krankenhaus Gifhorn GmbH | Gifhorn | <500 | p | | 2751 | 0,33 | <20000 | 0,954 | 7 | 27 | 6:16% | 5:13% | 8:13% | 33 | 0,6 | 0,1 | | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Asklepios Harzkliniken GmbH Dr.-Herbert-Nieper-Krankenhaus | Goslar | <500 | p | | 2801 | -0,84 | <20000 | 0,939 | 9 | 32 | 5:19% | 6:17% | 8:10% | 34 | 1,3 | 0,1 | N | - | - | - | - | - | - | - |
| Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH | Göttingen | <500 | fg | | 2651 | 3,47 | <20000 | 1,117 | 7 | 31 | 4:26% | 8:19% | 6:11% | 43 | 0,4 | 0,5 | N | + | + | + | + | + | + | + |
| Hainberg-Klinik | Göttingen | <50 | p | | 2410 | 13,25 | <1000 | 0,731 | 3 | 7 | 8:64% | 5:11% | 13:6% | 64 | 0,0 | 0,0 | | - | - | - | - | - | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | Part. in % | | Budget-Anteile in % | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|--------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|------|-----------|----------|----------|---------|------------|------|---------------------|-----|----------------------|----|---|----------------------|-------|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 1: 14 % | 5: 14 % | 1: 14 % | 5: 14 % | 8: 10 % | 39 | 6,8 | 2,4 | B | N | H | P | Fälle | CM |
| Kliniken der Georg-August-Universität | Göttingen | >1000 | ö | | 2771 | -0,22 | >50000 | 1,497 | 18 | 56 | 5: 14 % | 1: 14 % | 8: 10 % | 39 | 6,8 | 2,4 | B | N | P | + | + | + | - | |
| Krankenhaus Neu-Bethlehem gGmbH | Göttingen | <200 | fg | | 2763 | -0,01 | <10000 | 0,728 | 4 | 12 | 5: 36 % | 6: 13 % | 14: 13 % | 57 | 1,0 | 0,0 | | | | + | + | + | + | |
| Neu-Mariahilf gGmbH | Göttingen | <200 | fg | | 2797 | -0,95 | <5000 | 0,909 | 4 | 14 | 8: 26 % | 14: 15 % | 6: 13 % | 39 | 1,2 | 0,0 | | | | — | — | — | — | |
| Johanniter-Krankenhaus Gronau Betriebs-gGmbH | Gronau | <200 | fg | | 2870 | -2,50 | <5000 | 1,028 | 8 | 20 | 8: 24 % | 5: 20 % | 6: 13 % | 28 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | + | + | |
| Rehazentrum Gylhum GmbH & Co KG | Gylhum | <50 | p | | 2731 | 0,94 | <1000 | 1,391 | 2 | 5 | 1: 34 % | 8: 22 % | 5: 15 % | | 0,0 | 0,0 | | | | — | — | — | — | |
| Kreis-Krankenhaus Haneln Gesundheits-einrichtungen Haneln-Pymont gGmbH | Haneln | <500 | ö | | 2705 | 1,72 | <20000 | 0,916 | 8 | 33 | 5: 17 % | 6: 15 % | 8: 8 % | 33 | 1,1 | 0,1 | N | | | + | + | + | + | |
| Evang. Vereins-Krankenhaus Hann. Münden gGmbH | Hann. Münden | <200 | fg | | 3003 | -2,50 | <5000 | 0,840 | 8 | 27 | 8: 15 % | 6: 14 % | 5: 13 % | 39 | 0,3 | 0,0 | | | | - | + | + | + | |
| Nephrologisches Zentrum Niedersachsen | Hann. Münden | <200 | fg | | 2834 | -1,81 | <10000 | 0,651 | 1 | 1 | 11: 74 % | 5: 8 % | 12: 5 % | 16 | 9,1 | 0,0 | N | | | - | - | - | + | |
| Diakonie-Krankenhaus Annastift gGmbH | Hannover | <500 | fg | | 2803 | -1,14 | <10000 | 1,732 | 3 | 7 | 8: 98 % | 18: 1 % | 21: 0 % | 76 | 0,0 | 0,0 | | | | - | + | + | + | |
| Diakonie-Krankenhaus Friedenstift gGmbH | Hannover | <500 | fg | | 2767 | -0,11 | <20000 | 1,032 | 8 | 32 | 8: 25 % | 1: 11 % | 6: 10 % | 43 | 1,5 | 0,3 | N | | | 0 | + | + | 0 | |
| Diakonie-Krankenhaus Herrietenstiftung gGmbH | Hannover | <500 | fg | | 2654 | 3,38 | <50000 | 1,037 | 8 | 31 | 8: 14 % | 5: 11 % | 14: 11 % | 43 | 0,5 | 0,0 | N | | P | + | + | + | + | |
| DRK-Krankenhaus Clementinenhaus | Hannover | <500 | fg | | 2723 | 1,19 | <10000 | 0,824 | 5 | 16 | 5: 28 % | 6: 21 % | 8: 10 % | 38 | 0,5 | 0,6 | | | | - | - | - | - | |
| Kinderkrankenhaus Auf der Bult | Hannover | <500 | fg | | 3256 | -2,50 | <10000 | 0,929 | 3 | 9 | 6: 22 % | 1: 17 % | 3: 14 % | 19 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | - | — | |
| Klinikum Region Hannover GmbH Hautklinik Linden | Hannover | <50 | ö | | 2997 | -2,50 | <5000 | 0,763 | 2 | 3 | 9: 72 % | 23: 12 % | 5: 3 % | 50 | 0,6 | 20,9 | | | | - | + | + | + | |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Nordstadt | Hannover | <1000 | ö | | 2788 | -0,71 | <50000 | 1,070 | 10 | 33 | 3: 14 % | 8: 14 % | 1: 13 % | 47 | 0,5 | 0,7 | | | | + | - | - | - | |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Oststadt-Heldéhaus | Hannover | <500 | ö | | 3095 | -2,50 | <20000 | 1,226 | 4 | 14 | 4: 41 % | 5: 22 % | 6: 9 % | 26 | 2,3 | 0,8 | | | | + | + | + | - | |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Sisoah | Hannover | <500 | ö | | 3047 | -2,50 | <20000 | 1,065 | 8 | 23 | 5: 25 % | 6: 24 % | 11: 13 % | 36 | 2,3 | 1,9 | N | | | ++ | + | + | - | |
| Lister-Krankenhaus | Hannover | <50 | fg | n | 2721 | -2,21 | <5000 | 0,420 | 1 | 2 | 3: 59 % | 2: 39 % | 17: 0 % | 97 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - | + | |
| Medizinische Hochschule Hannover | Hannover | >1000 | ö | | 2676 | 2,49 | >50000 | 1,836 | 20 | 62 | 5: 13 % | 3: 12 % | 1: 10 % | 45 | 8,7 | 3,3 | N | | P | + | + | + | - | |
| Sophien-Klinik GmbH | Hannover | <200 | p | | 2650 | 3,50 | <5000 | 0,684 | 3 | 7 | 8: 75 % | 3: 7 % | 5: 6 % | 59 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | - | - | |
| Sophien-Klinik Vahrenwald gGmbH | Hannover | <50 | p | n | 2556 | 4,05 | <1000 | 0,608 | 2 | 5 | 8: 66 % | 13: 15 % | 6: 9 % | 98 | 0,0 | 0,0 | | | | 0 | - | - | - | |
| Vinzenz-Krankenhaus Hannover | Hannover | <500 | fg | | 2682 | 2,44 | <20000 | 0,932 | 7 | 23 | 5: 19 % | 6: 12 % | 11: 12 % | 33 | 0,6 | 0,0 | | | | + | + | + | + | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|--------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|------|----|----------------------|---|---|----|-------|----|
| | | | | | | | | | | 25% | 50% | 50% | | | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM |
| St.-Vinzenz-Hospital Haselüne | Haselüne | <200 | fg | | 3222 | -2,50 | <5000 | 0,821 | 4 | 11 | 5:33% | 4:15% | 6:15% | 3 | 1,5 | 0,0 | | | P | | ++ | + | - |
| Kreiskrankenhaus St. Marienberg | Heimstedt | <500 | ö | | 2904 | -2,50 | <10000 | 0,816 | 9 | 26 | 6:17% | 5:15% | 8:12% | 22 | 1,3 | 0,0 | | | | | - | - | + |
| Kliniken Herzberg und Osterode GmbH | Herzberg | <500 | p | | 2804 | -1,16 | <20000 | 0,949 | 8 | 29 | 5:17% | 6:16% | 8:13% | 32 | 0,5 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| BfH - Klinik Hessisch Oldendorf GmbH | Hessisch Oldendorf | <200 | fg | | 2337 | 16,88 | <5000 | 2,735 | 1 | 2 | 1:96% | 21:2% | -1:2% | 5 | 0,2 | 70,3 | | | | | ++ | +++ | ++ |
| Klinikum Hildesheim GmbH | Hildesheim | <1000 | p | | 2668 | 2,86 | <50000 | 1,121 | 10 | 34 | 8:19% | 5:16% | 6:12% | 42 | 1,9 | 1,2 | N | | | | + | - | - |
| St.-Bernward-Krankenhaus | Hildesheim | <1000 | fg | | 2704 | 1,73 | <50000 | 1,005 | 9 | 31 | 5:14% | 8:14% | 6:11% | 34 | 1,1 | 0,3 | N | | | | + | + | - |
| Evangelisches Krankenhaus | Holzminden | <500 | fg | | 2711 | 1,55 | <10000 | 0,900 | 8 | 30 | 5:22% | 6:11% | 8:11% | 35 | 0,6 | 0,1 | | | | | - | - | - |
| Waldklinik Jesting/Aldag GmbH & Co. KG | Jesting | <50 | p | N | 2646 | 2,93 | <1000 | 2,245 | 1 | 1 | 1:97% | -1:2% | 21:1% | 1 | 0,0 | 88,4 | | | | | nb | nb | nb |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Agnes-Karll | Laatzten | <500 | ö | | 2679 | 2,53 | <20000 | 1,051 | 6 | 21 | 8:22% | 1:21% | 5:17% | 29 | 0,6 | 0,5 | | | | | + | + | + |
| DRK-Krankenanstalten Wesermünde | Langen-Debstedt | <500 | fg | | 2792 | -0,82 | <10000 | 1,245 | 4 | 9 | 8:56% | 11:22% | 12:12% | 68 | 3,6 | 0,0 | N | | | | + | + | - |
| Klinikum Region Hannover GmbH Geriatrie Langenhagen | Langenhagen | <50 | ö | | 2727 | 1,04 | <1000 | 1,742 | 2 | 4 | 1:30% | 8:18% | 6:16% | 0 | 0,0 | 0,5 | | | | | - | - | - |
| Paracelsus-Klinik am Silbersee | Langenhagen | <200 | p | | 2916 | -2,50 | <5000 | 0,625 | 2 | 10 | 14:18% | 15:16% | 8:15% | 28 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | + | + |
| Borromäus-Hospital | Leer | <500 | fg | | 2734 | 0,83 | <20000 | 0,839 | 7 | 30 | 8:15% | 11:14% | 6:12% | 47 | 0,4 | 0,1 | N | | | | + | + | - |
| Klinikum Leer gGmbH | Leer | <500 | ö | | 2697 | 1,98 | <20000 | 0,872 | 6 | 20 | 5:24% | 6:14% | 8:14% | 30 | 0,7 | 0,1 | | | | | + | + | - |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Lehrte | Lehrte | <200 | ö | | 2662 | 3,09 | <10000 | 0,943 | 8 | 23 | 5:17% | 6:17% | 8:17% | 41 | 0,8 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Residenz Klinikum Lilienthal | Lilienthal | <50 | p | | 2727 | 1,05 | <5000 | 0,927 | 6 | 19 | 5:21% | 6:18% | 8:18% | 27 | 0,2 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Hedon-Klinik | Lingen | <50 | p | n | 1828 | 62,23 | <1000 | 2,374 | 1 | 1 | 1:100% | | | | 0,0 | 90,6 | | | | | - | - | - |
| St.-Bonifatius-Hospital | Lingen | <500 | fg | | 2661 | 3,14 | <20000 | 1,051 | 7 | 32 | 5:19% | 6:12% | 8:11% | 39 | 1,4 | 0,2 | N | | | | + | - | - |
| St.-Franziskus-Hospital | Lohne | <200 | fg | | 2664 | 3,04 | <10000 | 0,800 | 8 | 28 | 8:17% | 11:11% | 6:11% | 46 | 0,3 | 0,2 | | | | | nb | nb | nb |
| St.-Anna-Stift | Lönningen | <200 | fg | | 2788 | -0,71 | <5000 | 0,768 | 7 | 21 | 6:17% | 8:15% | 11:14% | 40 | 0,0 | 0,3 | | | | | + | - | - |
| Orthoklinik Lüneburg GmbH | Lüneburg | <50 | p | n | 2790 | -2,10 | <5000 | 1,041 | 2 | 5 | 8:100% | | | 77 | 0,0 | 0,0 | | | | | - | - | + |
| Privatklinik Dr. Havemann | Lüneburg | <50 | p | ns | 2783 | -1,30 | <1000 | 0,594 | 2 | 5 | 13:30% | 14:29% | 15:20% | 55 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Städtisches Krankenhaus Lüneburg | Lüneburg | <1000 | ö | | 2679 | 2,55 | <50000 | 0,962 | 8 | 31 | 6:14% | 5:12% | 1:10% | 34 | 1,2 | 0,2 | N | | | | - | + | + |
| Christliches Klinikum Melle GmbH | Melle | <500 | fg | | 3022 | -2,50 | <10000 | 0,948 | 6 | 20 | 8:23% | 6:15% | 5:13% | 38 | 0,5 | 0,0 | | | | | + | - | - |
| Krankenhaus Ludmillerstift | Meppen | <500 | fg | | 2552 | 6,98 | <20000 | 1,058 | 7 | 29 | 8:19% | 1:14% | 6:11% | 37 | 0,9 | 6,4 | | | | | + | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | | Budget-Anteile in % | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|----------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|--------|------------|-----|---------------------|----|----------------------|----|----|----------------------|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 5:83 % | 8:7 % | 9:4 % | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle | CM | CM |
| Altus-Klinik | Münster | <50 | p | n | 2446 | 8,26 | <1000 | 0,600 | 1 | 1 | 5:83 % | 8:7 % | 9:4 % | 93 | 0,0 | 0,0 | - | - | - | - | - | - | + |
| Flüggenhofsee-Klinik | Münster | <50 | p | n | 2598 | 1,51 | <1000 | 0,432 | 1 | 2 | 3:99 % | 6:1 % | | 91 | 0,0 | 0,0 | — | — | — | — | — | — | - |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Neustadt am Rübenberge | Neustadt | <500 | ö | | 2734 | 0,84 | <20000 | 0,920 | 6 | 27 | 5:19 % | 6:15 % | 8:11 % | 27 | 0,5 | 0,0 | + | + | + | + | + | + | - |
| Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Nienburg | Nienburg | <500 | p | | 2648 | 3,56 | <20000 | 1,038 | 9 | 26 | 5:18 % | 1:14 % | 6:14 % | 30 | 0,6 | 0,1 | + | + | + | + | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Norden Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH – Ostfriesisches Krankenhaus- | Norden | <500 | ö | | 2847 | -2,28 | <10000 | 0,819 | 7 | 20 | 6:20 % | 5:20 % | 8:12 % | 22 | 0,5 | 0,0 | + | + | + | + | + | + | - |
| Wesemarsch-Klinik Nordenham GmbH | Nordenham | <200 | ö | | 2845 | -2,25 | <5000 | 0,892 | 8 | 27 | 8:16 % | 6:13 % | 5:12 % | 33 | 1,7 | 0,0 | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Nordney Allergie- und Hautklinik gGmbH | Norderney | <50 | p | | 3728 | -2,50 | <5000 | 0,698 | 1 | 12 | 9:36 % | 5:14 % | 8:9 % | 14 | 0,2 | 0,0 | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Grafshafter Klinikum Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße GmbH | Nordhorn | <500 | ö | | 2818 | -1,53 | <10000 | 0,891 | 8 | 22 | 5:24 % | 8:16 % | 6:14 % | 28 | 1,2 | 0,2 | + | + | + | + | + | + | + |
| Marienkrankenhaus Nordhorn Euregio-Klinik Hannoverstraße GmbH | Nordhorn | <500 | fg | | 2707 | 1,67 | <10000 | 0,779 | 5 | 18 | 6:15 % | 14:13 % | 15:9 % | 31 | 0,2 | 0,0 | - | - | - | - | - | - | + |
| Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim | Northeim | <500 | ö | | 2764 | -0,02 | <20000 | 0,999 | 12 | 36 | 5:21 % | 8:15 % | 6:11 % | 44 | 0,9 | 0,1 | + | + | + | + | + | + | - |
| Ev-Krankenhaus Oldenburg | Oldenburg | <500 | fg | | 2692 | 2,13 | <20000 | 1,060 | 6 | 20 | 8:25 % | 3:19 % | 1:16 % | 49 | 0,9 | 6,7 | - | - | - | - | - | - | - |
| Klinikum Oldenburg gGmbH | Oldenburg | <1000 | ö | | 2723 | 1,15 | <50000 | 1,362 | 13 | 42 | 5:19 % | 6:12 % | 3:11 % | 42 | 3,3 | 1,5 | + | + | + | + | + | + | - |
| Plus-Hospital Oldenburg | Oldenburg | <500 | fg | | 2638 | 3,87 | <20000 | 1,147 | 9 | 31 | 2:18 % | 6:13 % | 8:12 % | 63 | 1,5 | 0,6 | + | + | + | + | + | + | - |
| Kinderspital Osnabrück | Osnabrück | <200 | fg | | 2699 | 1,89 | <5000 | 0,795 | 2 | 6 | 4:26 % | 6:18 % | 3:11 % | 4 | 0,6 | 8,7 | + | + | + | + | + | + | - |
| Klinikum Osnabrück GmbH | Osnabrück | <1000 | ö | | 2673 | 2,68 | <50000 | 1,179 | 13 | 40 | 5:14 % | 8:14 % | 1:11 % | 38 | 2,2 | 5,7 | + | + | + | + | + | + | + |
| Marienhospital Osnabrück | Osnabrück | <1000 | fg | | 2671 | 2,77 | <50000 | 1,063 | 9 | 34 | 5:17 % | 6:16 % | 3:11 % | 38 | 3,1 | 0,1 | + | + | + | + | + | + | + |
| Paracelsus-Klinik Osnabrück | Osnabrück | <500 | p | | 2772 | -0,24 | <10000 | 1,222 | 6 | 20 | 8:24 % | 1:20 % | 3:13 % | 61 | 2,5 | 0,4 | + | + | + | + | + | + | - |
| Krankenhaus St. Raphael | Ostercappeln | <200 | fg | | 2602 | 5,13 | <10000 | 1,038 | 5 | 17 | 4:24 % | 6:17 % | 5:10 % | 36 | 0,9 | 0,3 | + | + | + | + | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Osterholz | Osterholz-Scharmbeck | <200 | ö | | 2897 | -2,50 | <10000 | 0,822 | 6 | 19 | 5:17 % | 6:15 % | 8:13 % | 25 | 0,2 | 0,0 | + | + | + | + | + | + | - |
| Capio Krankenhaus Land Hadeln | Ottendorf | <200 | ö | | 2809 | -1,26 | <5000 | 0,874 | 8 | 25 | 6:22 % | 8:15 % | 5:15 % | 40 | 1,9 | 0,0 | nb | nb | nb | nb | nb | nb | nb |
| Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH | Papenburg | <500 | fg | | 2657 | 3,26 | <20000 | 0,990 | 7 | 26 | 8:20 % | 6:13 % | 5:13 % | 36 | 1,1 | 0,0 | + | + | + | + | + | + | + |
| Klinikum Peine gGmbH | Peine | <500 | ö | | 2832 | -1,91 | <20000 | 0,968 | 10 | 31 | 5:20 % | 8:14 % | 6:14 % | 30 | 0,3 | 0,0 | - | - | - | - | - | - | ++ |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|--------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|----------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 50 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H |
| Christliches Krankenhaus Quakenbrück | Quakenbrück | <500 | fg | | 2605 | 5,06 | <10000 | 1,174 | 5 | 19 | 8:22% | 1: 19% | 5:18% | 30 | 0,6 | 0,6 | | P | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Rinteln | Rinteln | <200 | ö | | 2914 | -2,50 | <5000 | 0,924 | 10 | 27 | 6:18% | 8: 16% | 5:16% | 32 | 0,4 | 0,1 | N | | - | - | - |
| Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH | Rotenburg | <1000 | fg | | 2699 | 1,91 | <50000 | 1,060 | 9 | 36 | 4:13% | 8: 13% | 6:11% | 37 | 1,5 | 0,8 | N | P | - | - | - |
| Klinikum Salzgitter GmbH | Salzgitter | <500 | p | | 2939 | -2,50 | <20000 | 0,959 | 8 | 25 | 6:16% | 5: 14% | 11:12% | 31 | 0,8 | 0,1 | N | | + | - | - |
| St. Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter gGmbH | Salzgitter | <200 | fg | | 2790 | -0,75 | <5000 | 0,852 | 6 | 19 | 6:14% | 5: 13% | 8:13% | 25 | 0,4 | 0,0 | | | + | + | - |
| Krankenhaus Salzhäusen | Salzhäusen | <50 | fg | | 2727 | 1,05 | <5000 | 0,789 | 5 | 15 | 8:19% | 4: 15% | 11:14% | 34 | 1,6 | 0,0 | N | | - | - | - |
| Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH | Sande | <500 | ö | | 2768 | -0,16 | <20000 | 1,083 | 7 | 23 | 8:30% | 1: 19% | 5:11% | 33 | 1,0 | 1,8 | | | + | + | + |
| Krankenhaus Scharnebeck, Heinrich Krumstroh GmbH & Co | Scharnebeck | <50 | p | n | 2483 | 6,96 | <5000 | 0,650 | 3 | 5 | 8:71% | 6: 14% | 5:10% | 97 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Asklepios Kliniken Schildaual GmbH | Seesen | <500 | p | | 2861 | -2,30 | <20000 | 1,359 | 5 | 17 | 1:36% | 5: 19% | 8:19% | 30 | 1,5 | 9,3 | N | | + | - | - |
| Krankenhaus Sögel gGmbH | Sögel | <200 | ö | | 2653 | 3,40 | <10000 | 0,830 | 8 | 27 | 8:17% | 6: 16% | 5:14% | 37 | 0,3 | 0,1 | | | + | + | + |
| Heidekreis-Klinikum GmbH Krankenhaus Soltau | Soltau | <500 | ö | | 2699 | 1,93 | <10000 | 0,945 | 6 | 23 | 6:15% | 8: 14% | 5:12% | 27 | 0,3 | 0,0 | | | + | - | - |
| MediClin Klinikum Soltau | Soltau | <50 | p | n | 2877 | -2,50 | <1000 | 0,914 | 1 | 2 | 8:53% | 1: 38% | 5:4% | 2 | 1,0 | 48,1 | | | - | - | + |
| Klinikum Region Hannover GmbH Klinikum Springe | Springe | <200 | ö | | 2775 | -0,33 | <5000 | 0,879 | 7 | 24 | 8:20% | 5: 18% | 6:17% | 29 | 0,2 | 0,0 | | | - | - | + |
| Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Stade | Stade | <500 | ö | | 2698 | 1,94 | <20000 | 0,976 | 9 | 32 | 5:13% | 6: 13% | 8:12% | 34 | 1,0 | 0,1 | N | | + | + | - |
| Klinik Dr. Hancken GmbH | Stade | <50 | p | n | 2861 | -2,50 | <5000 | 0,984 | 1 | 3 | 10:40% | 6: 11% | 4:11% | 57 | 9,4 | 2,3 | | | + | + | + |
| Klinik Dr. Witvity Zentrum für Arthroskopie | Stade | <50 | p | n | 2547 | 5,37 | <1000 | 0,936 | 1 | 2 | 8:100% | | | 99 | 0,0 | 0,0 | | | + | +++ | +++ |
| Augenklinik Stadthagen GmbH | Stadthagen | <50 | p | n | 2749 | -2,48 | <1000 | 0,492 | 1 | 2 | 2:100% | | | 95 | 0,0 | 0,0 | | | - | - | - |
| Kreiskrankenhaus Stadthagen | Stadthagen | <200 | ö | | 2658 | 3,23 | <10000 | 0,961 | 8 | 27 | 5:22% | 6: 15% | 8:14% | 36 | 0,5 | 0,0 | N | | - | + | + |
| Krankenhaus Charlothenstift Stadtdendorf GmbH | Stadtdendorf | <200 | ö | | 2717 | 1,34 | <5000 | 0,915 | 7 | 21 | 8:24% | 6: 20% | 5:12% | 30 | 0,7 | 0,0 | | | - | - | - |
| Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Stolzenau | Stolzenau | <50 | p | | 3846 | -2,50 | <5000 | 0,753 | 5 | 19 | 5:19% | 6: 19% | 8:15% | 17 | 0,0 | 0,0 | | | + | - | - |
| St. Ansgar Bassum-Sulingen GmbH | Sulingen | <200 | fg | | 2784 | -0,61 | <5000 | 1,160 | 7 | 19 | 8:39% | 5: 15% | 6:11% | 36 | 1,8 | 0,3 | | | ++ | ++ | - |
| Elisabeth-Krankenhaus | Thuine | <200 | fg | | 2704 | 1,73 | <5000 | 1,002 | 6 | 21 | 6:26% | 5: 15% | 8:12% | 37 | 0,8 | 0,0 | | | + | + | + |
| St. Ansgar Klinik Twistringen | Twistringen | <200 | fg | | 2881 | -2,50 | <1000 | 0,746 | 3 | 8 | 8:20% | 5: 17% | 4:11% | 0 | 0,9 | 8,8 | P | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | | Budget-Anteile in % | | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | |
|---|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|--------|---------------------|---|----------------------|----|---|----------------------|----|----|-------|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8:11 % | 6:14 % | 8:11 % | 6:14 % | 8:11 % | 6:14 % | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle |
| St.-Vinzenz-Gesellschaft mbH | Ahlen | <500 | fg | | 2674 | 1,54 | <10000 | 0,792 | 6 | 22 | 6:14 % | 8:11 % | 14:10 % | 23 | 0,4 | 0,2 | | | | | nb | nb | nb | |
| St.-Vinzenz-Krankenhaus | Altena | <200 | fg | | 3301 | -2,50 | <5000 | 0,941 | 6 | 18 | 8:24 % | 6:19 % | 5:14 % | 33 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | |
| Kath. KH St. Johannes-Hospital | Amsberg | <500 | fg | | 2718 | 1,07 | <5000 | 0,960 | 3 | 11 | 1:40 % | 6:11 % | 5:11 % | 1 | 1,1 | 4,3 | | | | | P | nb | nb | nb |
| Karolinen-Hospital Hüsten | Amsberg-Hüsten | <500 | fg | | 2602 | 3,42 | <10000 | 0,841 | 3 | 15 | 5:24 % | 6:18 % | 14:13 % | 28 | 0,9 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | nb |
| Städt. KH Marienhospital Arnsberg gGmbH | Amsberg-Neheim | <500 | ö | | 2748 | -1,52 | <10000 | 0,894 | 11 | 36 | 8:18 % | 6:16 % | 11:15 % | 39 | 0,5 | 0,2 | | | | | - | - | - | - |
| Krankenhaus St. Barbara Attendorn GmbH | Attendorn | <500 | p | | 2655 | 2,16 | <10000 | 1,040 | 7 | 23 | 8:26 % | 5:15 % | 6:12 % | 38 | 0,5 | 2,9 | | | | | + | + | + | + |
| Helios Klinik Bad Berleburg, Wittgensteiner Akutkliniken „Bad Berleburg“ GmbH | Bad Berleburg | <200 | p | | 2626 | 3,03 | <5000 | 0,928 | 9 | 29 | 8:18 % | 5:18 % | 6:17 % | 37 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | nb |
| St.-Josef-Hospital | Bad Driburg | <500 | fg | | 2686 | 0,73 | <5000 | 0,859 | 7 | 21 | 6:26 % | 5:19 % | 1:9 % | 25 | 0,0 | 0,0 | | | | | P | - | - | + |
| Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge | Bad Honnef | <500 | fg | | 2772 | -1,10 | <10000 | 0,858 | 6 | 23 | 5:14 % | 8:14 % | 6:14 % | 36 | 0,1 | 1,2 | | | | | - | - | - | - |
| Schlossberg-Klinik Wittgenstein GmbH & Co. KG i. I. | Bad Laasphe | <50 | p | | 3474 | -2,50 | <1000 | 1,111 | 1 | 2 | 1:97 % | 8:1 % | 3:1 % | | 2,4 | 9,1 | | | | | nb | nb | nb | nb |
| Karl-Hansen-Klinik | Bad Lippspringe | <500 | fg | | 2551 | 5,59 | <10000 | 0,764 | 2 | 5 | 4:45 % | 3:44 % | 19:2 % | 33 | 1,9 | 7,6 | | | | | - | - | - | + |
| Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld GmbH Bad Oeynhausen | Bad Oeynhausen | <50 | p | n | 2646 | 0,31 | <5000 | 0,695 | 1 | 1 | 5:100 % | | | 100 | 0,0 | 0,0 | | | | | - | - | - | + |
| Auguste-Viktoria-Klinik | Bad Oeynhausen | <200 | fg | | 2610 | 3,72 | <10000 | 1,789 | 2 | 5 | 8:98 % | 18:1 % | 21:1 % | 74 | 1,6 | 0,0 | | | | | + | + | + | - |
| Gollwitzer-Meier-Klinik | Bad Oeynhausen | <50 | fg | n | 4045 | -2,50 | <1000 | 0,896 | 1 | 2 | 5:98 % | 6:1 % | -1:0 % | | 3,3 | 23,0 | | | | | + | - | - | - |
| Herz- und Diabetozentrum Nordrhein Westfalen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum | Bad Oeynhausen | <500 | fg | | 2814 | -1,34 | <50000 | 2,591 | 3 | 7 | 5:79 % | 10:14 % | -1:2 % | 53 | 8,7 | 0,4 | | | | | - | - | - | + |
| Rheuma-Klinik Dr. Laufen | Bad Oeynhausen | <50 | p | | 2560 | 5,53 | <1000 | 0,842 | 1 | 1 | 8:94 % | 18:4 % | 9:2 % | | 0,0 | 0,0 | | | | | - | + | + | + |
| Zweckverband Krankenhaus Bad Oeynhausen | Bad Oeynhausen | <500 | ö | | 2699 | 0,81 | <20000 | 0,922 | 6 | 24 | 5:20 % | 6:16 % | 8:12 % | 29 | 0,6 | 0,0 | | | | | + | - | - | - |
| St. Marien-Hospital gGmbH | Balve | <50 | fg | | 2759 | -0,31 | <5000 | 0,757 | 7 | 21 | 6:24 % | 8:17 % | 5:17 % | 24 | 0,4 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb | nb |
| St.-Elisabeth-Hospital Beckum GmbH | Beckum | <500 | fg | | 2824 | -2,50 | <10000 | 0,935 | 7 | 21 | 8:32 % | 5:15 % | 6:13 % | 37 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | + | + | - |
| St.-Hubertus-Stift | Beckburg | <200 | fg | | 2995 | -2,50 | <5000 | 0,940 | 5 | 15 | 5:25 % | 8:19 % | 6:18 % | 22 | 0,0 | 0,0 | | | | | + | + | + | - |
| LVR-Klinik Beckburg-Hau | Beckburg-Hau | <500 | ö | | 2637 | 3,05 | <5000 | 0,963 | 1 | 4 | 1:84 % | 3:5 % | 8:3 % | 0 | 1,0 | 2,2 | | | | | N | P | + | + |
| Ev. Krankenhaus gGmbH | Bergisch Gladbach | <500 | fg | | 2646 | 2,91 | <20000 | 0,916 | 7 | 23 | 5:33 % | 8:10 % | 6:10 % | 37 | 0,4 | 0,0 | | | | | P | 0 | 0 | 0 |
| Marien-Krankenhaus gGmbH | Bergisch Gladbach | <500 | fg | | 2626 | 3,86 | <20000 | 1,213 | 8 | 28 | 8:23 % | 1:17 % | 6:14 % | 42 | 0,4 | 0,6 | | | | | N | - | - | - |
| Vinzenz-Pallott-Hospital | Bergisch Gladbach | <500 | fg | | 2698 | 0,88 | <10000 | 0,853 | 3 | 18 | 14:19 % | 8:18 % | 15:13 % | 34 | 0,2 | 2,4 | | | | | B | - | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungs-dichte Basis-DRG 25% 50% | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|-----------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|------------------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|-------|------|----------------------|----------------------|---|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 11:25% | 1:12% | 6:10% | | O | ZE | SE | | B | N | H | P | Fälle |
| Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH | Bielefeld | <1000 | fg | | 2654 | 2,28 | <50000 | 0,844 | 2 | 20 | 11:25% | 1:12% | 6:10% | 21 | 2,2 | 1,4 | B | N | | + | + | + |
| Franziskus-Hospital gGmbH | Bielefeld | <500 | fg | | 2671 | 3,34 | <20000 | 0,939 | 7 | 27 | 6:15% | 11:11% | 8:9% | 35 | 4,2 | 0,1 | N | | | - | - | + |
| Frauenklinik Dr. Hartog | Bielefeld | <50 | p | n | 2358 | 10,92 | <1000 | 0,664 | 2 | 4 | 14:29% | 13:28% | 15:25% | 57 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | - |
| Krankenhaus Mara gGmbH | Bielefeld | <200 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | | |
| Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH Klinikum Mitte | Bielefeld | <1000 | ö | | 2638 | 2,71 | <50000 | 1,022 | 10 | 38 | 5:16% | 8:13% | 6:12% | 46 | 2,0 | 0,1 | N | | | - | - | - |
| St.-Agnes-Hospital | Bocholt | <500 | fg | | 2600 | 4,09 | <20000 | 0,960 | 9 | 32 | 5:22% | 6:15% | 8:9% | 35 | 0,6 | 0,1 | | | | + | + | - |
| Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH | Bochum | <1000 | fg | | 2716 | 0,49 | <20000 | 0,759 | 1 | 12 | 11:40% | 5:12% | 6:11% | 25 | 2,2 | 0,2 | | | | P | | - |
| Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH | Bochum | <1000 | ö | | 2736 | 0,04 | <50000 | 1,513 | 12 | 32 | 5:27% | 8:25% | 1:10% | 44 | 3,5 | 8,2 | | | | N | | + |
| Knappschaftskrankenhaus Langedreer | Bochum | <1000 | ö | | 2684 | 3,05 | <50000 | 1,280 | 10 | 36 | 2:17% | 1:14% | 8:13% | 48 | 3,6 | 0,3 | N | | | + | + | + |
| Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid GmbH | Bochum | <500 | fg | | 2695 | 1,86 | <10000 | 0,993 | 5 | 18 | 6:24% | 8:23% | 5:14% | 40 | 0,1 | 0,0 | | | | P | | - |
| St. Josef-Hospital u. St. Elisabeth-Hospital gGmbH | Bochum | <1000 | fg | | 2681 | 1,56 | <50000 | 1,057 | 11 | 34 | 5:14% | 8:13% | 3:12% | 32 | 1,9 | 1,0 | N | | | + | + | + |
| St. Josefs-Hospital Linden | Bochum | <200 | p | | 2923 | -2,50 | <5000 | 0,831 | 2 | 7 | 6:21% | 5:20% | 2:17% | 51 | 0,1 | 0,0 | | | | P | | - |
| St. Marien-Hospital Wattenscheid gGmbH | Bochum | <50 | fg | | 2672 | 2,26 | <5000 | 1,657 | 2 | 6 | 1:23% | 5:19% | 4:14% | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Ev. Krankenhaus Bad Godesbg Gemeinnützige GmbH | Bonn | <500 | fg | | 2593 | 4,49 | <20000 | 1,029 | 7 | 25 | 3:21% | 8:17% | 6:12% | 48 | 1,4 | 0,1 | N | | | + | + | - |
| Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth/St. Petrus/St. Johannes GmbH | Bonn | <500 | fg | | 2610 | 3,70 | <20000 | 1,100 | 8 | 22 | 5:31% | 8:30% | 6:10% | 50 | 0,7 | 0,6 | | | | + | - | - |
| Johanniter-Krankenhaus Friedr.-Wilhelm-Stift GmbH | Bonn | <500 | fg | | 2605 | 4,25 | <20000 | 0,869 | 6 | 23 | 2:13% | 6:12% | 14:9% | 37 | 5,1 | 1,0 | N | | | - | + | + |
| Klinik Dardene | Bonn | <50 | p | n | 2647 | -1,05 | <1000 | 0,429 | 1 | 1 | 2:100% | | | 97 | 0,0 | 0,0 | | | | - | ++ | +++ |
| LVR-Klinik Bonn | Bonn | <1000 | ö | | 2634 | 3,36 | <5000 | 1,058 | 2 | 4 | 1:82% | 3:3% | 19:3% | 1 | 1,0 | 39,1 | | | | - | + | + |
| Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg | Bonn | <500 | fg | | 2677 | 1,47 | <20000 | 0,993 | 8 | 27 | 8:15% | 4:14% | 6:13% | 42 | 0,2 | 3,4 | B | | | - | - | + |
| MediClin Robert Janke Klinik Dr.-Hoefler-Janke GmbH & Co. KG | Bonn | <200 | p | | 2771 | -1,24 | <5000 | 1,322 | 2 | 5 | 1:37% | 8:34% | 4:13% | 56 | 5,0 | 0,0 | | | | - | - | + |
| St.-Josef-Hospital | Bonn | <500 | fg | | 2656 | 2,20 | <10000 | 0,945 | 5 | 19 | 8:33% | 6:18% | 2:12% | 51 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| St.-Marien-Hospital | Bonn | <500 | fg | | 2591 | 4,66 | <20000 | 0,849 | 3 | 17 | 6:20% | 5:16% | 14:15% | 32 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|------|-----|----------------------|----------------------|---|----|----|-------|----|-----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 50 % | | O | ZE | SE | | B | N | H | P | Fälle | CM | CMI |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universitätsklinikum Bonn | Bonn | >1000 | ö | | 2728 | 0,19 | >50000 | 1,284 | 11 | 41 | 5:13 % | 1:11 % | 11:10 % | 41 | 5,0 | 3,2 | N | P | P | + | + | - | | |
| St.-Marien-Hospital Borken GmbH | Borken | <500 | fg | | 2688 | 1,28 | <20000 | 0,960 | 8 | 24 | 8:25 % | 1:15 % | 6:13 % | 31 | 0,4 | 1,6 | | | | - | + | + | | |
| Krankenhaus zur hl. Familie Bornheim | Bornheim | <50 | fg | | 2551 | 5,97 | <5000 | 1,624 | 2 | 4 | 1:31 % | 8:21 % | 5:11 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - | | |
| Knappschickschenhaus Bottrop | Bottrop | <500 | ö | | 2624 | 3,77 | <20000 | 0,801 | 1 | 8 | 11:46 % | 5:13 % | 1:10 % | 21 | 3,0 | 0,3 | | | | - | + | + | | |
| Marienhospital Bottrop gGmbH | Bottrop | <500 | fg | | 2641 | 2,26 | <20000 | 0,910 | 6 | 23 | 6:21 % | 5:16 % | 8:12 % | 35 | 0,8 | 0,1 | | | | + | - | - | | |
| St.-Vincenz-Hospital Brakel | Brakel | <200 | fg | | 2764 | -0,85 | <5000 | 1,031 | 3 | 9 | 8:65 % | 5:10 % | 6:8 % | 41 | 0,7 | 0,1 | | | | - | - | - | | |
| Städt. Krankenhaus Maria-Hilf-Brilon | Brilon | <500 | ö | | 2646 | 3,36 | <10000 | 0,859 | 8 | 28 | 8:16 % | 6:15 % | 5:14 % | 37 | 1,2 | 0,0 | | | | - | - | - | | |
| Marienhospital Brühl GmbH | Brühl | <500 | fg | | 2722 | 0,31 | <20000 | 0,829 | 7 | 26 | 6:19 % | 8:12 % | 14:12 % | 34 | 0,1 | 0,1 | | | | + | - | - | | |
| Lukas-Krankenhaus Bünde | Bünde | <500 | fg | | 2633 | 2,91 | <20000 | 1,002 | 10 | 32 | 8:21 % | 6:18 % | 5:14 % | 41 | 0,1 | 2,7 | B | | | nb | nb | nb | | |
| St. Nikolaus-Hospital Büren GmbH | Büren | <200 | fg | | 3947 | -2,50 | <1000 | 0,709 | 3 | 9 | 5:29 % | 6:18 % | 4:12 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | + | | |
| Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel | Castrop-Rauxel | <500 | fg | | 2707 | 1,55 | <10000 | 0,960 | 6 | 21 | 8:18 % | 1:17 % | 5:14 % | 26 | 0,3 | 1,6 | | | | + | + | - | | |
| St.-Rochus-Hospital Castrop-Rauxel | Castrop-Rauxel | <500 | fg | | 2722 | 0,08 | <10000 | 0,830 | 6 | 23 | 5:15 % | 6:15 % | 14:11 % | 37 | 0,2 | 0,0 | | | | - | + | + | | |
| Christophorus-Kliniken GmbH Betriebsstell. St. Vincenz-Hospital GmbH | Coesfeld | <500 | fg | | 2621 | 3,00 | <50000 | 0,851 | 8 | 26 | 5:17 % | 6:17 % | 8:10 % | 23 | 1,2 | 0,9 | | | | - | + | + | | |
| Vestische Kinderklinik Datteln | Datteln | <500 | fg | | BE | 0,00 | | | | | | | | 1,0 | 99,1 | | B | | | nb | nb | nb | | |
| St.-Vincenz-Krankenhaus Datteln | Datteln | <500 | fg | | 2656 | 1,90 | <20000 | 0,821 | 6 | 25 | 14:14 % | 6:12 % | 5:10 % | 42 | 0,7 | 0,1 | | | | + | + | + | | |
| Klinikum Lippe GmbH – Detmold | Detmold | <1000 | ö | | 2721 | 0,14 | <50000 | 1,000 | 9 | 35 | 5:15 % | 8:14 % | 6:12 % | 34 | 1,2 | 0,1 | | | | - | + | + | | |
| Evangelisches und Johanner Klinikum Niederrhein gmbH Evang. Krankenhaus Dinslaken | Dinslaken | <500 | fg | | 2713 | 0,39 | <10000 | 1,106 | 10 | 30 | 5:22 % | 8:21 % | 6:18 % | 44 | 1,5 | 1,3 | | | | - | - | + | | |
| Kreis Krankenhaus Dornagen | Dornagen | <500 | ö | | 2739 | -0,36 | <20000 | 0,992 | 8 | 27 | 8:20 % | 5:16 % | 6:16 % | 39 | 0,9 | 0,1 | | | | + | - | - | | |
| St. Elisabeth Krankenhaus Dorsten | Dorsten | <500 | fg | | 2643 | 2,55 | <20000 | 0,800 | 7 | 22 | 5:17 % | 6:15 % | 4:14 % | 27 | 0,6 | 0,3 | | | | - | - | - | | |
| Ev. Krankenhaus Bethanien GmbH Dortmund | Dortmund | <200 | fg | | 2766 | -1,06 | <10000 | 1,025 | 4 | 13 | 8:38 % | 5:22 % | 20:9 % | 27 | 0,3 | 0,0 | | | | 0 | + | + | | |
| Ev. Krankenhaus Lütgendortmund GmbH Dortmund | Dortmund | <500 | fg | | 2829 | -1,96 | <10000 | 0,971 | 6 | 22 | 8:20 % | 6:17 % | 5:13 % | 41 | 0,0 | 0,0 | | | | + | - | + | | |
| Hütten-Hospital Dortmund | Dortmund | <200 | ö | | 2596 | 4,53 | <5000 | 1,534 | 2 | 6 | 1:31 % | 5:18 % | 4:11 % | 1 | 0,0 | 6,7 | | | | + | + | - | | |
| Kath.-Krankenhaus Dortmund West Dortmund | Dortmund | <500 | fg | | 2654 | 1,97 | <10000 | 0,976 | 4 | 16 | 8:37 % | 6:16 % | 5:15 % | 28 | 0,1 | 0,0 | | | | + | - | - | | |
| Klinikum Dortmund gGmbH Dortmund | Dortmund | <50 | ö | | 2757 | -0,03 | >50000 | 1,218 | 13 | 47 | 8:13 % | 11:11 % | 3:9 % | 46 | 1,8 | 0,8 | | | | + | - | - | | |
| Knappschickschenhaus Dortmund Dortmund | Dortmund | <500 | ö | | 2668 | 2,73 | <20000 | 0,942 | 8 | 28 | 6:16 % | 8:16 % | 4:11 % | 33 | 1,3 | 0,1 | | | | + | + | + | | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | | Leistungs-dichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|------|----------------------------|-----------|--------|--------|----|-----|------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------|----|----|----|
| | | | | | | | | 25 % | 50 % | | O | ZE | SE | B | N | H | | | | P | Fälle | CM | CM | CM |
| St. Marien-Hospital | Dortmund | <500 | fg | | 3041 | -2,50 | <5000 | 0,891 | 2 | 6 | 20:25% | 5:22% | 10:16% | 8 | 0,0 | 0,0 | | | | P | + | + | - | |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus Dortmund | Dortmund | <50 | fg | | 3014 | -2,50 | <5000 | 0,995 | 3 | 10 | 5:32% | 6:17% | 4:11% | 0 | 0,0 | 2,4 | | | | | | - | + | + |
| St.-Johannes-Hospital Dortmund | Dortmund | <1000 | fg | | 2672 | 1,88 | <50000 | 0,880 | 3 | 16 | 5:27% | 11:21% | 2:11% | 37 | 2,8 | 0,9 | B | | | | | + | + | + |
| St.-Josefs-Hospital | Dortmund | <500 | fg | | 2662 | 2,39 | <20000 | 0,880 | 7 | 27 | 6:16% | 11:12% | 5:10% | 31 | 0,5 | 0,0 | | | | | | + | + | - |
| Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Buchholz | Duisburg | <500 | ö | | 2720 | 3,69 | <5000 | 1,464 | 2 | 9 | 8:75% | 1:7% | 9:7% | 82 | 0,7 | 52,9 | B | | | | | + | - | - |
| Evang. Krankenhaus Bethesda | Duisburg | <500 | fg | | 2675 | 1,61 | <20000 | 0,929 | 5 | 19 | 8:14% | 6:12% | 4:12% | 43 | 0,3 | 0,2 | | | | | | - | + | + |
| Evangelisches und Johanner Klinikum Niederrhein gGmbH | Duisburg | <1000 | fg | | 2737 | -0,02 | <50000 | 1,343 | 6 | 22 | 5:27% | 11:19% | 4:12% | 42 | 1,7 | 0,3 | | | | | | + | + | - |
| Johanner-Krankenhaus Rheinhausen | Duisburg | <500 | fg | | 2758 | -0,82 | <20000 | 1,016 | 6 | 22 | 5:39% | 6:15% | 8:14% | 31 | 2,4 | 1,2 | | | | | | - | - | + |
| Klinikum Duisburg gGmbH | Duisburg | <1000 | ö | | 2556 | 5,79 | <50000 | 1,178 | 8 | 27 | 1:23% | 8:17% | 5:10% | 33 | 1,2 | 8,5 | | | | | | + | + | + |
| Maltzer Krankenhaus St. Johannes Stift | Duisburg | <500 | fg | | 2691 | 1,43 | <10000 | 1,039 | 8 | 26 | 8:22% | 5:19% | 3:19% | 47 | 0,1 | 0,8 | | | | | | - | + | + |
| Maltzer-Krankenhaus St. Anna | Duisburg | <500 | fg | | 2687 | 1,41 | <20000 | 0,943 | 5 | 24 | 3:27% | 6:14% | 5:10% | 44 | 1,2 | 0,0 | | | | | | + | + | - |
| St.-Barbara-Hospital | Duisburg | <500 | fg | | 2728 | -0,88 | <10000 | 0,870 | 4 | 13 | 6:28% | 9:24% | 8:13% | 37 | 0,2 | 3,1 | | | | | | - | - | + |
| St.-Johannes-Hospital | Duisburg | <1000 | fg | | 2728 | -0,51 | <50000 | 1,182 | 10 | 32 | 6:14% | 5:13% | 8:12% | 30 | 3,5 | 0,1 | | | | | | - | - | - |
| Krankenhaus Düren gGmbH | Düren | <1000 | ö | | 2584 | 4,27 | <20000 | 0,912 | 9 | 26 | 5:24% | 6:15% | 8:9% | 31 | 2,2 | 0,0 | | | | | | + | + | + |
| LVR-Augustinus-Krankenhaus GmbH | Düren | <500 | fg | | 2616 | 3,68 | <20000 | 1,075 | 6 | 21 | 8:32% | 1:19% | 6:14% | 30 | 0,6 | 0,1 | | | | | | + | + | - |
| St.-Marien-Hospital gGmbH Düren-Birkesdorf | Düren | <500 | fg | | 2617 | 3,27 | <20000 | 0,787 | 4 | 18 | 6:17% | 14:12% | 4:10% | 23 | 0,1 | 0,8 | | | | | | + | - | - |
| Dominikus-Krankenhaus | Düsseldorf | <500 | fg | | 2634 | 2,77 | <10000 | 0,961 | 3 | 16 | 3:35% | 5:19% | 6:14% | 56 | 1,4 | 1,5 | | | | | | - | + | + |
| Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf | Düsseldorf | <1000 | fg | | 2685 | 1,26 | <50000 | 0,826 | 5 | 24 | 6:15% | 5:14% | 11:11% | 34 | 2,2 | 0,2 | | | | | | + | - | - |
| Florence-Nightingale- Krankenhaus | Düsseldorf | <1000 | fg | | 2632 | 2,91 | <20000 | 0,806 | 4 | 13 | 4:23% | 6:13% | 14:10% | 27 | 2,0 | 5,6 | | | | | | + | + | - |
| Krankenhaus Moersbroich-Rath GmbH | Düsseldorf | <500 | fg | | 2631 | 3,37 | <20000 | 1,281 | 7 | 18 | 5:47% | 8:25% | 6:9% | 49 | 1,2 | 0,2 | | | | | | + | + | + |
| LVR-Klinikum Düsseldorf | Düsseldorf | <1000 | ö | | 2732 | -0,09 | <1000 | 0,986 | 2 | 4 | 1:86% | 8:6% | 5:2% | | 0,0 | 0,9 | | | | | | nb | nb | nb |
| Marien-Hospital Düsseldorf | Düsseldorf | <500 | fg | | 2674 | 1,53 | <20000 | 0,772 | 4 | 18 | 11:23% | 6:12% | 1:9% | 29 | 2,9 | 2,8 | B | | | | | - | - | + |
| Paracelsus Klinik Golzheim | Düsseldorf | <200 | p | | 2738 | -0,26 | <5000 | 0,936 | 2 | 5 | 11:71% | 12:26% | 13:1% | 65 | 0,5 | 0,0 | | | | | | - | + | + |
| Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Krankenhaus Benrather | Düsseldorf | <500 | p | | 2735 | -0,19 | <10000 | 0,811 | 6 | 23 | 8:20% | 6:12% | 5:12% | 41 | 0,7 | 0,0 | | | | | | + | + | + |
| Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Krankenhaus Gerresheim | Düsseldorf | <500 | p | | 2716 | 0,35 | <20000 | 1,075 | 9 | 30 | 5:18% | 6:15% | 9:12% | 41 | 0,8 | 0,8 | | | | | | - | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|-----|----|----------------------|---|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle |
| St.-Martinus-Krankenhaus | Düsseldorf | <500 | fg | | 2741 | 0,42 | <10000 | 1,070 | 5 | 18 | 2,31% | 8,15% | 6,11% | 49 | 0,0 | 2,5 | | | | - | - | + |
| St.-Vinzenz-Krankenhaus | Düsseldorf | <500 | fg | | 2631 | 3,25 | <10000 | 1,191 | 7 | 23 | 8,38% | 6,25% | 5,9% | 43 | 0,9 | 2,4 | | | | + | + | + |
| Universitätsklinikum Düsseldorf | Düsseldorf | >1000 | ö | | 2690 | 1,26 | >50000 | 1,442 | 13 | 47 | 5,18% | 1,12% | 8,9% | 42 | 8,2 | 2,4 | N | H | | - | + | + |
| St. Franziskus-Krankenhaus Eitorf GmbH | Eitorf | <200 | fg | | 2770 | -1,51 | <5000 | 0,748 | 7 | 19 | 5,20% | 6,16% | 8,11% | 21 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| St.-Willibrod-Spital Emmerich-Rees GmbH | Emmerich | <500 | fg | | 2739 | 0,53 | <20000 | 1,053 | 4 | 20 | 8,39% | 4,16% | 6,11% | 33 | 0,3 | 1,0 | | | | + | - | - |
| Marienhospital GmbH | Ensdetten | <500 | fg | | 2659 | 1,41 | <10000 | 1,015 | 7 | 21 | 8,25% | 5,17% | 6,14% | 34 | 4,3 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| St.-Josef-Krankenhaus | Engelskirchen | <500 | fg | | 2927 | -2,50 | <10000 | 1,049 | 7 | 24 | 8,21% | 11,15% | 6,14% | 32 | 0,4 | 0,9 | | | | + | + | - |
| Ev. Krankenhaus Enger gGmbH | Enger | <50 | fg | | 2647 | 2,98 | <5000 | 1,827 | 1 | 1 | 8,64% | 1,20% | 5,7% | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| Marien-Hospital | Erfstadt | <200 | fg | | 2647 | 2,10 | <5000 | 0,692 | 5 | 14 | 5,28% | 6,21% | 8,11% | 17 | 0,2 | 0,0 | | | | - | + | + |
| Hermann-Josef-Krankenhaus | Erielenz | <500 | fg | | 2596 | 4,37 | <20000 | 0,901 | 8 | 30 | 5,22% | 6,15% | 11,10% | 38 | 1,1 | 0,5 | | | | - | - | + |
| Von Hoerdesches Marien-Hospital | Erwitte | <200 | fg | | 2867 | -2,50 | <5000 | 0,843 | 4 | 15 | 11,27% | 6,22% | 5,12% | 46 | 0,1 | 0,0 | | | | + | + | - |
| St.-Antonius-Hospital | Eschweiler | <500 | fg | | 2634 | 2,87 | <20000 | 0,815 | 4 | 24 | 11,25% | 5,20% | 8,12% | 39 | 2,1 | 0,0 | N | | | - | + | + |
| Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gemeinnützige GmbH | Essen | <1000 | fg | | 2599 | 4,43 | <50000 | 1,139 | 9 | 30 | 8,18% | 5,14% | 1,13% | 45 | 4,5 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH | Essen | <1000 | fg | | 2609 | 4,38 | <50000 | 0,897 | 4 | 16 | 5,29% | 11,12% | 6,12% | 26 | 1,5 | 0,5 | | | | + | + | - |
| Ev.-Krankenhaus Essen-Werden gGmbH | Essen | <500 | fg | | 2714 | 0,46 | <10000 | 1,097 | 4 | 13 | 8,31% | 2,27% | 5,14% | 52 | 5,6 | 6,3 | N | P | | - | + | + |
| Ev.-Krankenhaus Lutherhaus gGmbH | Essen | <500 | fg | | 2551 | 5,13 | <20000 | 1,003 | 5 | 22 | 8,20% | 6,19% | 4,14% | 37 | 1,0 | 0,1 | N | | | + | + | - |
| Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH | Essen | <1000 | fg | | 2728 | -0,11 | <20000 | 0,980 | 9 | 30 | 5,25% | 6,14% | 8,10% | 33 | 1,2 | 0,0 | | | | - | - | + |
| Kath. Krankenhaus St. Josef Essen-Werden | Essen | <200 | fg | | 2639 | 2,79 | <10000 | 0,845 | 5 | 19 | 6,20% | 3,17% | 8,15% | 44 | 1,5 | 0,0 | | | | - | + | + |
| Katholische Kliniken Ruhralbinsel gGmbH | Essen | <500 | fg | | 2562 | 5,88 | <20000 | 0,986 | 6 | 20 | 8,29% | 6,16% | 1,13% | 45 | 0,1 | 0,2 | | | | P | + | + |
| Katholisches Krankenhaus Philippsstift gGmbH Essen-Borbeck | Essen | <500 | fg | | 2728 | -0,60 | <20000 | 1,018 | 7 | 19 | 5,30% | 1,16% | 8,14% | 29 | 0,8 | 0,1 | | | | P | - | + |
| Kliniken Essen Mitte Ev.-Huyssens-Stiftung/ Knappschaft gGmbH/ Akademisches Lehrkrankenhaus | Essen | <1000 | fg | | 2619 | 3,61 | <20000 | 0,963 | 6 | 27 | 4,22% | 6,14% | 3,8% | 34 | 4,7 | 9,0 | B | N | P | + | + | + |
| Ruhrlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH | Essen | <500 | ö | | 2506 | 7,83 | <10000 | 1,264 | 2 | 4 | 4,87% | 1,3% | -1,2% | 29 | 0,1 | 1,4 | | | | + | + | + |
| Universitätsklinikum Essen | Essen | >1000 | ö | | 2716 | 0,72 | >50000 | 1,509 | 17 | 48 | 2,11% | 5,9% | 1,9% | 43 | 8,8 | 1,8 | N | | | - | + | + |
| Marien-Hospital | Euskirchen | <500 | fg | | 2620 | 3,55 | <20000 | 0,920 | 8 | 27 | 5,23% | 6,16% | 1,12% | 36 | 0,7 | 1,9 | B | | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|---------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 5:21 % | 1:14 % | 8:11 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H |
| St.-Katharinen-Hospital | Frechen | <500 | fg | | 2645 | 2,56 | <20000 | 0,908 | 10 | 30 | 5:21 % | 1:14 % | 8:11 % | 28 | 0,7 | 0,1 | | | | + | + | + |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus | Geilenkirchen | <500 | fg | | 2547 | 6,12 | <10000 | 1,001 | 7 | 20 | 8:29 % | 6:21 % | 5:15 % | 42 | 0,3 | 0,0 | | | | + | + | - |
| St.-Clemens-Hospital Geldern | Geldern | <500 | fg | | 2690 | 1,21 | <10000 | 0,617 | 1 | 7 | 11:37 % | 6:12 % | 5:8 % | 18 | 0,6 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Ev. Kliniken Gelsenkirchen GmbH | Gelsenkirchen | <500 | fg | | 2733 | 1,63 | <20000 | 1,003 | 8 | 28 | 1:13 % | 8:12 % | 6:12 % | 38 | 0,6 | 0,2 | | | | + | + | - |
| Marienhospital GmbH | Gelsenkirchen | <1000 | fg | | 2626 | 2,76 | <50000 | 0,925 | 8 | 27 | 5:28 % | 6:11 % | 3:10 % | 35 | 1,7 | 0,1 | | | | - | - | + |
| Bergamtsheil und Kinderklinik Buer GmbH | Gelsenkirchen-Buer | <500 | ö | | 2693 | 0,76 | <20000 | 0,986 | 5 | 21 | 8:32 % | 6:14 % | 1:10 % | 44 | 0,5 | 4,2 | | | | + | + | + |
| St. Marien-Hospital Buer GmbH | Gelsenkirchen-Buer | <500 | fg | | 2769 | 0,04 | <10000 | 0,996 | 6 | 21 | 5:20 % | 14:15 % | 8:15 % | 43 | 1,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Elisabeth-Krankenhaus GmbH | Gelsenkirchen-Erie | <500 | fg | | 2710 | 2,08 | <5000 | 1,205 | 4 | 10 | 5:24 % | 10:16 % | 1:13 % | 7 | 0,2 | 0,0 | | | | - | + | ++ |
| St. Josef-Hospital | Gelsenkirchen-Horst | <500 | fg | | 2706 | 0,93 | <10000 | 1,037 | 6 | 21 | 6:23 % | 4:18 % | 5:12 % | 20 | 6,0 | 4,2 | B | | | + | + | + |
| Hospital Zum Hl. Geist gGmbH | Geseke | <200 | fg | | 2862 | -2,50 | <5000 | 0,707 | 7 | 17 | 5:20 % | 8:19 % | 6:15 % | 23 | 0,1 | 0,0 | | | | + | + | - |
| St.-Barbara-Hospital | Gladbeck | <500 | fg | | 2709 | 0,44 | <20000 | 0,937 | 8 | 29 | 1:15 % | 8:13 % | 6:12 % | 35 | 1,8 | 0,4 | | | | + | - | - |
| Wilhelm-Anton-Hospital | Goch | <500 | fg | | 2727 | -0,35 | <10000 | 0,787 | 5 | 21 | 4:22 % | 6:16 % | 8:7 % | 25 | 2,0 | 0,3 | | | | - | - | + |
| Maria-Josef-Hospital GmbH | Greven | <500 | fg | | 2684 | 1,40 | <10000 | 0,876 | 7 | 25 | 5:14 % | 8:13 % | 6:13 % | 35 | 0,2 | 0,1 | | | | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenanstalten | Grevenbroich | <500 | ö | | 2727 | 0,00 | <20000 | 0,928 | 7 | 25 | 6:19 % | 5:18 % | 8:9 % | 29 | 0,5 | 1,3 | | | | + | + | + |
| Lukas-Krankenhaus | Gronau | <200 | fg | | 2618 | 4,83 | <5000 | 1,519 | 2 | 4 | 8:32 % | 1:26 % | 5:10 % | 0 | 0,0 | 6,5 | | | | + | + | + |
| St. Antonius-Hospital GmbH | Gronau | <500 | fg | | 2593 | 4,18 | <10000 | 0,918 | 9 | 29 | 6:16 % | 8:13 % | 5:12 % | 37 | 0,6 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Gummiesbach GmbH | Gummiesbach | <1000 | ö | | 2600 | 4,60 | <50000 | 0,937 | 5 | 24 | 6:13 % | 1:12 % | 8:12 % | 35 | 1,2 | 1,0 | | | | P | | - |
| St.-Elisabeth-Hospital | Gütersloh | <500 | fg | | 2643 | 2,62 | <20000 | 0,755 | 2 | 13 | 11:25 % | 8:20 % | 14:9 % | 25 | 1,3 | 0,0 | | | | - | - | + |
| Städtisches Klinikum Gütersloh | Gütersloh | <500 | ö | | 2573 | 4,77 | <20000 | 1,003 | 10 | 37 | 5:24 % | 8:13 % | 6:12 % | 42 | 0,8 | 0,1 | | | | + | + | + |
| Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh | Gütersloh | <500 | ö | | 3709 | -2,50 | <5000 | 0,820 | 4 | 11 | 1:46 % | 5:9 % | 8:6 % | 0 | 0,7 | 4,0 | | | | nb | nb | nb |
| St.-Josef-Krankenhaus | Haan | <500 | fg | | 2682 | 2,36 | <10000 | 1,065 | 3 | 17 | 5:23 % | 10:18 % | 4:15 % | 32 | 0,3 | 0,6 | | | | - | - | - |
| Allgemeines Krankenhaus Hagen gGmbH | Hagen | <1000 | fg | | 2698 | 0,73 | <20000 | 0,972 | 10 | 36 | 6:16 % | 5:15 % | 8:11 % | 33 | 2,0 | 0,2 | | | | + | + | + |
| Helios Klinik Hagen-Ambrock Fachklinik für Pneumologie | Hagen | <50 | p | | 2571 | 3,48 | <5000 | 1,012 | 1 | 2 | 4:90 % | -1:6 % | 5:2 % | 10 | 0,3 | 0,6 | | | | nb | nb | nb |
| Kath. Krankenhaus Hagen gGmbH | Hagen | <500 | fg | | 2667 | 1,88 | <50000 | 1,030 | 13 | 38 | 5:17 % | 3:15 % | 1:13 % | 43 | 3,0 | 1,5 | | | | N | P | nb |
| Ev. Krankenhaus Eisey gGmbH | Hagen-Eisey | <200 | fg | | 3147 | -2,50 | <5000 | 0,815 | 2 | 12 | 20:27 % | 6:13 % | 5:11 % | 30 | 0,0 | 0,1 | | | | + | + | - |
| Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH | Hagen-Haspe | <500 | fg | | 2715 | 0,43 | <10000 | 0,905 | 7 | 23 | 8:23 % | 6:18 % | 5:11 % | 31 | 0,8 | 3,7 | | | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | | |
|--|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|---|---|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 4:22 % | 6:14 % | 5:11 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H | P |
| Klinikum Ravensberg gGmbH Betriebsteil Krankenhaus Halle | Halle | <200 | fg | | 2531 | 6,03 | <10000 | 0,788 | 5 | 15 | 4:22 % | 6:14 % | 5:11 % | 25 | 0,1 | 0,1 | | | | + | - | - | |
| St.-Sixtus-Hospital | Haltern | <500 | fg | | 2655 | 1,67 | <10000 | 0,845 | 7 | 22 | 8:28 % | 5:13 % | 6:11 % | 38 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | + | |
| Ev. Krankenhaus Hamm | Hamm | <1000 | fg | | 2624 | 2,91 | <20000 | 0,963 | 6 | 26 | 5:15 % | 6:15 % | 14:10 % | 26 | 2,1 | 0,3 | N | | | - | - | + | |
| Klinik für Manuelle Therapie e.V. | Hamm | <200 | fg | n | 2493 | 8,23 | <5000 | 1,308 | 1 | 2 | 8:55 % | 1:45 % | 19:1 % | | 8,6 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Malteser Krankenhaus St. Josef gGmbH | Hamm | <500 | fg | | 2766 | -1,71 | <10000 | 0,814 | 6 | 22 | 6:19 % | 8:13 % | 5:11 % | 37 | 1,0 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Marien-Hospital Hamm gGmbH | Hamm | <1000 | fg | | 2701 | 2,18 | <20000 | 1,164 | 9 | 30 | 5:23 % | 8:16 % | 6:13 % | 36 | 4,1 | 0,1 | N | P | | + | - | - | |
| St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH | Hamm | <500 | fg | | 2588 | 4,76 | <20000 | 0,810 | 1 | 14 | 11:35 % | 8:14 % | 6:8 % | 38 | 2,2 | 0,1 | N | | | + | + | + | |
| Ev. Krankenhaus Hattingen gGmbH | Hattingen | <500 | fg | | 2728 | 0,01 | <10000 | 0,976 | 12 | 36 | 8:23 % | 1:15 % | 6:13 % | 38 | 0,6 | 0,2 | N | | | + | - | - | |
| Kath. Krankenhaus St. Elisabeth Blankenstein gGmbH | Hattingen | <200 | fg | | 2714 | 0,16 | <5000 | 0,941 | 4 | 10 | 8:38 % | 5:25 % | 6:12 % | 23 | 4,8 | 0,0 | | | | + | + | + | |
| Städtisches Krankenhaus Heinsberg GmbH | Heinsberg | <500 | ö | | 2619 | 3,55 | <10000 | 0,830 | 6 | 24 | 5:17 % | 6:14 % | 14:13 % | 31 | 0,1 | 0,1 | | | | + | + | - | |
| Lungenklinik Hemer des Deutschen Gemeinschafts- Diakonieverbandes GmbH | Hemer | <500 | fg | | 2637 | 3,40 | <10000 | 1,382 | 1 | 3 | 4:91 % | -1:1 % | 3:1 % | 32 | 2,0 | 1,1 | N | | | + | - | - | |
| Paracelsus-Klinik Hemer GmbH | Hemer | <200 | p | | 2757 | -1,01 | <5000 | 0,873 | 8 | 22 | 8:17 % | 6:17 % | 5:15 % | 33 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | - | |
| Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus | Herdecke | <500 | fg | | 2667 | 2,71 | <10000 | 0,922 | 5 | 18 | 8:16 % | 5:15 % | 6:12 % | 26 | 2,3 | 14,7 | | | | P | + | + | + |
| Klinikum Herford | Herford | <1000 | ö | | 2608 | 3,90 | <50000 | 0,991 | 11 | 35 | 6:16 % | 5:13 % | 1:10 % | 32 | 0,9 | 0,1 | N | P | | N | P | nb | nb |
| Mathilden-Hospital gGmbH | Herford | <500 | fg | | 2597 | 4,05 | <10000 | 0,927 | 9 | 27 | 6:18 % | 8:18 % | 5:15 % | 39 | 0,3 | 0,0 | | | | + | - | - | |
| Ev.-Krankenhaus Heme | Heme | <500 | fg | | 2660 | 2,35 | <20000 | 1,120 | 10 | 30 | 6:19 % | 4:15 % | 5:13 % | 40 | 0,8 | 1,8 | B | N | | + | + | + | |
| Kath. Krankenhaus Marienhospital | Heme | <1000 | fg | | 2703 | 0,48 | <50000 | 1,055 | 6 | 25 | 11:26 % | 5:17 % | 6:9 % | 38 | 2,2 | 1,4 | N | | | - | - | + | |
| Rheumazentrum Ruhrgebiet St.-Josef-Krankenhaus | Heme | <200 | fg | N | 3132 | -2,50 | <5000 | 0,792 | 1 | 1 | 8:98 % | 4:1 % | 1:0 % | 0 | 1,5 | 28,4 | | | | + | + | + | |
| St.-Anna-Hospital | Heme Wanne-Eickel | <500 | fg | | 2480 | 9,64 | <50000 | 0,979 | 1 | 5 | 8:65 % | 6:7 % | 14:4 % | 40 | 0,4 | 0,0 | | | | + | + | + | |
| Gertrudis-Hospital | Herten | <200 | fg | | 2697 | 1,25 | <5000 | 1,019 | 4 | 16 | 6:32 % | 8:13 % | 5:13 % | 21 | 0,7 | 3,0 | | | | - | + | + | |
| St.-Elisabeth-Hospital Herten gGmbH | Herten | <500 | fg | | 2702 | 1,09 | <20000 | 1,022 | 7 | 20 | 8:33 % | 5:14 % | 6:12 % | 36 | 0,5 | 0,1 | | | | + | + | + | |
| Capio Klinik im Park | Hilden | <200 | p | N | 2192 | 4,87 | <5000 | 0,689 | 1 | 1 | 5:100 % | | | 99 | 0,0 | 0,0 | | | | - | + | + | |
| St.-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH | Hilden | <500 | fg | | 2651 | 2,20 | <10000 | 0,826 | 6 | 24 | 6:21 % | 5:14 % | 8:11 % | 40 | 0,4 | 0,1 | | | | - | - | - | |
| St.-Ansgar-Krankenhaus | Höxter | <500 | fg | | 2560 | 5,55 | <20000 | 0,777 | 3 | 20 | 11:23 % | 5:13 % | 6:12 % | 27 | 0,9 | 0,1 | N | | | - | - | - | |
| Sana-Krankenhaus Hürth GmbH | Hürth | <200 | p | | 2636 | 3,07 | <5000 | 0,925 | 6 | 20 | 5:34 % | 6:17 % | 8:14 % | 24 | 0,6 | 0,1 | | | | + | + | + | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG 25% 50% | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|-----------------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|-------|-----|----------------------|----------------------|---|----|----|-------|
| | | | | | | | | | | 11:18% | 8:14% | 5:14% | | O | ZE | SE | | B | N | H | P | Fälle |
| Klinikum Ibbenbüren gGmbH | Ibbenbüren | <500 | fg | | 2709 | -0,11 | <20000 | 0,811 | 5 | 23 | 11:18% | 8:14% | 5:14% | 26 | 1,0 | 0,2 | | | | nb | nb | nb |
| Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn gGmbH | Iserlohn | <500 | fg | | 2681 | 2,15 | <10000 | 0,854 | 4 | 13 | 1:16% | 14:14% | 5:11% | 17 | 0,6 | 5,2 | | | | nb | nb | nb |
| St. Elisabeth-Hospital gGmbH | Iserlohn | <500 | fg | | 2693 | 1,36 | <10000 | 0,944 | 8 | 28 | 6:22% | 8:19% | 11:14% | 40 | 0,2 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| Marienhospital Letmathe | Iserlohn-Letmathe | <200 | ö | | 2731 | -0,14 | <5000 | 0,905 | 4 | 16 | 8:28% | 5:18% | 6:16% | 32 | 2,2 | 0,0 | | | | - | - | + |
| Augusta-Hospital Anholt GmbH | Isselburg-Anholt | <200 | fg | | BE | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | | nb | | |
| Krankenhaus St. Elisabeth | Jülich | <200 | fg | | 2804 | -2,09 | <5000 | 0,786 | 7 | 23 | 5:19% | 6:19% | 8:16% | 26 | 0,4 | 0,1 | | | | + | + | + |
| St.-Nikolaus-Hospital Kalkar | Kalkar | <200 | fg | | 3436 | -2,50 | <1000 | 0,721 | 2 | 6 | 5:31% | 4:20% | 6:14% | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | P | ++ | ++ |
| Städt. Hellmig-Krankenhaus Kamen | Kamen | <500 | ö | | 2627 | 2,42 | <10000 | 0,842 | 8 | 24 | 6:18% | 8:18% | 5:13% | 29 | 0,3 | 0,0 | | | | - | + | + |
| St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH | Kamp-Lintfort | <500 | fg | | 2749 | -0,39 | <20000 | 0,987 | 6 | 20 | 8:27% | 5:24% | 6:14% | 29 | 1,2 | 0,1 | | | | + | + | + |
| Hospital zum Heiligen Geist | Kempfen | <500 | fg | | 2671 | 1,66 | <10000 | 0,614 | 1 | 12 | 11:35% | 8:9% | 6:9% | 27 | 0,8 | 5,3 | | | | + | + | + |
| Marienhospital Kvelaer | Kvelaer | <500 | fg | | 2657 | 2,86 | <10000 | 0,995 | 7 | 21 | 5:26% | 1:18% | 6:12% | 41 | 0,3 | 0,2 | | | | - | - | - |
| St.-Antonius-Hospital gGmbH Kleve | Kleve | <500 | fg | | 2722 | 0,55 | <20000 | 0,480 | 1 | 2 | 11:53% | 5:11% | 6:7% | 16 | 1,7 | 0,1 | | | | + | - | - |
| Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln | Köln | <200 | fg | | 2672 | 1,68 | <5000 | 1,294 | 3 | 5 | 8:99% | 1:0% | 18:0% | 84 | 0,5 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Eduardus-Krankenhaus gGmbH Köln | Köln | <500 | fg | | 2750 | -0,59 | <10000 | 1,213 | 5 | 17 | 8:49% | 5:16% | 6:11% | 56 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | + |
| Ev. Krankenhaus Kalk Köln | Köln | <500 | fg | | 2638 | 2,80 | <20000 | 0,942 | 7 | 26 | 6:17% | 5:14% | 14:12% | 26 | 0,6 | 0,1 | | | | + | - | - |
| Evang. Krankenhaus Köln Weyental gGmbH Köln | Köln | <500 | fg | | 2715 | 0,55 | <10000 | 0,799 | 4 | 16 | 6:17% | 14:14% | 8:14% | 47 | 0,1 | 0,0 | | | | + | - | - |
| Heilig-Geist-Krankenhaus Köln | Köln | <500 | fg | | 2605 | 4,14 | <20000 | 0,915 | 6 | 22 | 11:14% | 6:14% | 14:11% | 30 | 0,5 | 0,1 | | | | N | + | - |
| Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsteil Holweide | Köln | <1000 | ö | | 2653 | 2,68 | <20000 | 0,992 | 5 | 24 | 14:14% | 6:12% | 3:11% | 45 | 2,0 | 0,1 | | | | N | - | - |
| Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsteil Merheim | Köln | <1000 | ö | | 2700 | 1,69 | <50000 | 1,424 | 8 | 29 | 8:18% | 4:14% | 5:12% | 46 | 3,3 | 3,7 | | | | + | - | - |
| Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsteil Riehl | Köln | <500 | ö | | 2800 | -2,20 | <10000 | 0,910 | 5 | 19 | 6:21% | 4:12% | 15:9% | 24 | 0,2 | 1,9 | | | | N | P | - |
| Krankenhaus der Augustinerinnen Köln | Köln | <500 | fg | | 2643 | 2,67 | <20000 | 0,950 | 3 | 13 | 8:21% | 14:16% | 15:13% | 37 | 0,1 | 0,2 | | | | + | - | - |
| Krankenhaus Porz am Rhein Köln | Köln | <500 | fg | | 2632 | 3,03 | <20000 | 0,897 | 7 | 23 | 5:28% | 6:12% | 8:9% | 28 | 0,8 | 0,1 | | | | + | + | - |
| St.-Agatha-Krankenhaus Köln | Köln | <200 | fg | | 2624 | 3,68 | <5000 | 0,940 | 5 | 20 | 8:20% | 6:17% | 5:11% | 39 | 0,1 | 0,2 | | | | P | - | - |
| St.-Antonius-Krankenhaus Köln | Köln | <500 | fg | | 2684 | 1,26 | <10000 | 0,945 | 5 | 17 | 6:17% | 5:17% | 8:15% | 35 | 0,1 | 0,0 | | | | - | - | - |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus Köln | Köln | <500 | fg | | 2536 | 6,15 | <20000 | 0,874 | 5 | 21 | 3:16% | 2:13% | 6:11% | 59 | 0,3 | 0,0 | | | | + | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|--------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|--------|----|-----|------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------|-----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | O | ZE | SE | B | N | H | | | | P | Fälle | CM |
| St.-Franziskus-Hospital GmbH | Köln | <500 | fg | | 2628 | 3,35 | <20000 | 1,000 | 6 | 24 | 8,28% | 3,20% | 6,15% | 50 | 0,8 | 0,3 | | | | - | - | - |
| St.-Hildegardis-Krankenhaus | Köln | <500 | fg | | 2743 | 0,34 | <10000 | 0,869 | 5 | 19 | 4,25% | 8,15% | 11,14% | 31 | 0,1 | 1,1 | | | | - | - | - |
| St.-Marien-Hospital GmbH | Köln | <200 | fg | | 2735 | 0,25 | <5000 | 1,215 | 2 | 7 | 1,24% | 5,18% | 20,14% | 4 | 0,0 | 0,7 | | | | - | + | + |
| St.-Vinzenz-Hospital GmbH | Köln | <500 | fg | | 2565 | 5,45 | <20000 | 0,932 | 8 | 24 | 5,33% | 8,16% | 6,10% | 45 | 1,6 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Universitätsklinikum Köln | Köln | >1000 | ö | | 2672 | 2,24 | >50000 | 1,518 | 14 | 48 | 5,14% | 1,11% | 2,10% | 49 | 5,3 | 3,3 | B | N | P | + | + | - |
| Alexianer-Krankenhaus | Krefeld | <500 | fg | | 2577 | 5,01 | <20000 | 0,949 | 10 | 29 | 6,17% | 8,16% | 5,15% | 35 | 0,4 | 11,4 | | | | + | + | + |
| Helios Klinik Hüls | Krefeld | <200 | p | | 2690 | 0,47 | <5000 | 1,106 | 6 | 20 | 6,19% | 5,18% | 8,14% | 17 | 0,8 | 3,0 | | | | + | + | + |
| Helios Klinikum Krefeld | Krefeld | >1000 | p | | 2758 | -1,03 | <50000 | 1,159 | 14 | 46 | 5,17% | 1,10% | 6,10% | 42 | 2,5 | 1,5 | | | | + | + | + |
| Klinik Königshof | Krefeld | <200 | fg | | 2801 | -2,00 | <1000 | 1,276 | 1 | 2 | 1,85% | 4,9% | 19,5% | | 0,0 | 0,0 | | | | +++ | + | --- |
| St.-Josefs-Hospital Uerdingen | Krefeld | <500 | fg | | 2674 | 1,35 | <10000 | 0,874 | 7 | 26 | 8,16% | 11,12% | 6,11% | 51 | 0,8 | 0,0 | N | | | - | + | + |
| St.-Martinus-Krankenhaus | Langenfeld | <200 | fg | | 2632 | 3,08 | <10000 | 0,746 | 8 | 25 | 6,17% | 5,13% | 8,12% | 34 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Helios Klinik Lengerich GmbH | Lengerich | <200 | p | | 2694 | 0,94 | <5000 | 0,854 | 9 | 26 | 6,23% | 5,16% | 8,14% | 33 | 0,6 | 0,2 | | | | nb | nb | nb |
| LWL-Klinik Lengerich Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich | Lengerich | <500 | ö | | 2547 | 8,36 | <1000 | 0,942 | 2 | 5 | 1,73% | 8,8% | 19,7% | 0 | 2,0 | 5,5 | N | | P | nb | nb | nb |
| Kath. Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH St. Josefs-Hospital | Lennebstadt | <500 | fg | | 2729 | -0,24 | <10000 | 0,783 | 8 | 25 | 8,14% | 6,13% | 14,10% | 37 | 0,0 | 0,1 | | | | nb | nb | nb |
| Klinikum Leverkusen gGmbH | Leverkusen | <1000 | ö | | 2638 | 2,68 | <50000 | 1,104 | 11 | 37 | 5,17% | 6,17% | 8,8% | 34 | 2,4 | 1,3 | N | | | + | + | - |
| Remigius-Krankenhaus Opladen | Leverkusen | <500 | fg | | 2616 | 4,32 | <20000 | 1,147 | 8 | 26 | 8,23% | 4,14% | 5,14% | 39 | 0,4 | 1,0 | | | | - | - | + |
| St.-Josef-Krankenhaus | Limich | <200 | fg | | 2696 | 1,17 | <5000 | 0,465 | 1 | 1 | 11,60% | 5,9% | 8,9% | 13 | 2,3 | 0,1 | | | | + | + | + |
| Dreiflügel-Hospital gem. GmbH | Lippstadt | <500 | fg | | 2691 | 0,98 | <20000 | 0,776 | 1 | 10 | 11,37% | 8,18% | 5,13% | 31 | 1,5 | 1,3 | | | | - | - | - |
| Ev. Krankenhaus Lippstadt | Lippstadt | <500 | fg | | 2674 | 2,09 | <20000 | 0,878 | 5 | 22 | 6,15% | 1,14% | 14,11% | 25 | 0,5 | 0,1 | | | | + | - | - |
| Krankenhaus Lübbecke | Lübbecke | <500 | ö | | 2669 | 1,94 | <20000 | 0,865 | 8 | 27 | 6,15% | 11,13% | 8,11% | 34 | 0,4 | 0,1 | N | | P | - | - | - |
| Berglandklinik Lüdenscheid | Lüdenscheid | <50 | p | n | 2545 | 2,37 | <1000 | 0,457 | 2 | 4 | 14,45% | 13,28% | 15,21% | 41 | 0,0 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Klinikum Lüdenscheid | Lüdenscheid | <1000 | ö | | 2714 | 0,89 | <50000 | 0,967 | 11 | 38 | 5,16% | 6,12% | 4,9% | 33 | 2,5 | 0,7 | N | | P | + | - | - |
| Sportklinik Hellenen | Lüdenscheid | <500 | fg | | 2706 | 0,45 | <10000 | 1,178 | 2 | 5 | 8,98% | 1,2% | 21,0% | 70 | 0,8 | 0,1 | | | | nb | nb | nb |
| St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH | Lüdinghausen | <500 | fg | | 2807 | -1,33 | <5000 | 0,963 | 9 | 28 | 5,20% | 8,19% | 6,16% | 28 | 0,0 | 0,3 | | | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Lünen- Brambauer GmbH | Lünen | <200 | ö | | 2609 | 4,27 | <10000 | 0,999 | 5 | 15 | 8,19% | 6,18% | 5,16% | 44 | 0,2 | 0,0 | | | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | | | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|------|----|----------------------|----------------------|----|---|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 5:19 % | 8:13 % | 6:13 % | | O | ZE | SE | | B | N | H |
| St.-Marien-Hospital | Lünen | <1000 | fg | | 2601 | 4,73 | <50000 | 1,151 | 11 | 35 | 5:19 % | 8:13 % | 6:13 % | 40 | 1,4 | 1,4 | N | + | + | + | |
| Marien-Hospital | Marl | <500 | fg | | 2657 | 2,21 | <20000 | 0,686 | 1 | 7 | 11:48 % | 5:15 % | 6:13 % | 25 | 1,9 | 0,0 | N | + | - | - | |
| Paracelsus-Klinik | Marl | <500 | p | | 3178 | -2,50 | <10000 | 0,941 | 10 | 29 | 8:32 % | 5:14 % | 14:8 % | 40 | 1,1 | 0,0 | | - | - | - | |
| St.-Marien-Hospital Marsberg | Marsberg | <200 | fg | | 2747 | -0,27 | <5000 | 0,915 | 8 | 25 | 8:21 % | 6:18 % | 5:13 % | 33 | 0,2 | 0,0 | | - | - | - | |
| Kreiskrankenhaus Mechemich | Mechemich | <500 | ö | | 2626 | 3,60 | <20000 | 0,972 | 9 | 31 | 5:14 % | 8:14 % | 6:13 % | 29 | 0,6 | 0,7 | | + | - | - | |
| St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank | Meerbusch | <200 | fg | | 2967 | 0,06 | <5000 | 1,306 | 2 | 4 | 8:95 % | 4:1 % | 1:1 % | 48 | 0,4 | 11,2 | | + | - | - | |
| St. Vincenz-Krankenhaus gGmbH | Menden | <500 | fg | | 2683 | 1,33 | <10000 | 0,834 | 7 | 26 | 6:16 % | 5:15 % | 8:13 % | 32 | 0,4 | 0,0 | N | nb | nb | nb | |
| St. Walburga-Krankenhaus GmbH | Meschede | <500 | fg | | 2719 | -0,06 | <10000 | 0,659 | 1 | 11 | 11:29 % | 6:14 % | 8:10 % | 26 | 1,0 | 0,0 | N | nb | nb | nb | |
| Veramed-Klinik GmbH & Co. Krankenhaus KG am Tannenbergring | Meschede | <50 | p | n | 3448 | -2,50 | <5000 | 1,005 | 2 | 3 | 9:24 % | 6:20 % | 4:16 % | 2 | 1,3 | 0,0 | | nb | nb | nb | |
| Ev.-Krankenhaus Mettmann GmbH | Mettmann | <500 | fg | | 2591 | 4,29 | <10000 | 0,836 | 7 | 25 | 6:18 % | 5:17 % | 8:12 % | 26 | 0,3 | 0,0 | | + | + | + | |
| Chir. Klinik Dr. Baumhöfener GmbH & CO KG | Minden | <50 | p | | 2583 | 4,66 | <1000 | 0,700 | 2 | 6 | 6:26 % | 10:25 % | 8:19 % | 85 | 0,0 | 0,0 | | - | - | + | |
| Johannes Westing Klinikum Minden | Minden | >1000 | ö | | 2734 | 0,06 | <50000 | 1,019 | 11 | 38 | 5:11 % | 11:10 % | 1:10 % | 32 | 3,0 | 0,9 | N | + | + | - | |
| Krankenhaus Bethanien | Moers | <1000 | fg | | 2631 | 2,96 | <20000 | 0,652 | 1 | 6 | 11:38 % | 4:12 % | 5:11 % | 17 | 1,9 | 0,1 | | + | + | + | |
| St.-Josef-Krankenhaus Moers | Moers | <500 | fg | | 2700 | 1,58 | <20000 | 0,873 | 8 | 26 | 1:15 % | 6:13 % | 5:12 % | 33 | 0,6 | 0,2 | | P | + | - | |
| Evang.-Krankenhaus Bethesda | Mönchengladbach | <500 | fg | | 2712 | 0,42 | <10000 | 0,929 | 8 | 25 | 6:21 % | 9:12 % | 13:12 % | 49 | 0,2 | 0,0 | | - | - | - | |
| Krankenhaus Maria Hilf GmbH I u. II | Mönchengladbach | <1000 | fg | | 2596 | 4,70 | <50000 | 0,946 | 4 | 23 | 11:23 % | 5:14 % | 4:12 % | 32 | 1,8 | 1,1 | N | + | + | - | |
| Krankenhaus Neuwark Maria von den Aposteln | Mönchengladbach | <500 | fg | | 2723 | 0,09 | <20000 | 0,930 | 5 | 21 | 8:26 % | 6:17 % | 14:10 % | 39 | 0,5 | 0,1 | | + | - | - | |
| Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH | Mönchengladbach | <1000 | ö | | 2612 | 3,56 | <20000 | 0,915 | 6 | 28 | 5:15 % | 6:13 % | 14:11 % | 27 | 0,4 | 0,6 | | + | + | - | |
| St.-Josef Krankenhaus Monheim GmbH | Monheim | <200 | fg | | 2610 | 3,74 | <5000 | 0,944 | 6 | 17 | 6:27 % | 5:18 % | 8:16 % | 36 | 0,8 | 3,0 | | - | - | - | |
| Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH | Mülheim | <1000 | fg | | 2672 | 1,58 | <50000 | 1,039 | 12 | 36 | 5:24 % | 2:15 % | 6:13 % | 49 | 1,2 | 0,1 | | - | - | + | |
| St.-Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr GmbH | Mülheim | <500 | fg | | 2658 | 2,07 | <20000 | 0,585 | 1 | 2 | 11:49 % | 6:13 % | 8:12 % | 18 | 1,6 | 0,0 | P | + | + | - | |
| Clemenshospital GmbH | Münster | <500 | fg | | 2582 | 4,64 | <20000 | 1,097 | 6 | 23 | 4:18 % | 8:15 % | 6:14 % | 34 | 0,9 | 6,3 | | + | + | - | |
| Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH | Münster | <500 | fg | | 2647 | 2,47 | <10000 | 0,963 | 5 | 22 | 8:21 % | 5:12 % | 14:12 % | 34 | 0,0 | 3,2 | | + | + | + | |
| Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH | Münster | <500 | fg | | 2634 | 3,91 | <20000 | 0,848 | 9 | 28 | 1:16 % | 8:16 % | 11:15 % | 37 | 2,1 | 0,4 | N | nb | nb | nb | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|--------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|-------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | | O | ZE | SE | B |
| St.-Marien-Krankenhaus GmbH | Rattingen | <500 | fg | | 2613 | 3,72 | <10000 | 0,843 | 6 | 21 | 6:20% | 5:13% | 8:10% | 32 | 0,4 | 0,9 | - | + | + |
| Elisabeth-Krankenhaus GmbH | Recklinghausen | <500 | fg | | 2692 | 1,07 | <10000 | 0,957 | 8 | 22 | 5:35% | 8:18% | 1:12% | 34 | 2,0 | 2,6 | + | + | + |
| Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen | Recklinghausen | <500 | ö | | 2586 | 3,90 | <20000 | 1,149 | 9 | 33 | 1:15% | 4:13% | 8:12% | 35 | 1,3 | 0,5 | - | + | + |
| Prosper-Hospital | Recklinghausen | <1000 | fg | | 2681 | 1,33 | <20000 | 0,848 | 3 | 22 | 11:28% | 6:16% | 3:10% | 35 | 1,5 | 1,1 | + | - | - |
| Dünkeloh-Klinik GmbH & Co. KG | Remscheid | <50 | p | | 2760 | -1,02 | <1000 | 0,656 | 1 | 6 | 6:63% | 8:14% | 9:13% | 65 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Fabricius-Klinik Remscheid GmbH | Remscheid | <200 | fg | | 2594 | 4,06 | <5000 | 1,168 | 3 | 8 | 8:70% | 5:7% | 6:5% | 62 | 0,8 | 0,1 | + | - | - |
| Klinikum Remscheid GmbH | Remscheid | <1000 | p | | 2808 | -2,40 | <20000 | 0,815 | 3 | 20 | 11:19% | 5:17% | 6:10% | 22 | 2,3 | 1,3 | + | + | + |
| Stiftung Iamenhof | Remscheid | <500 | fg | | 2761 | -1,02 | <1000 | 0,970 | 3 | 6 | 1:63% | 8:21% | 19:10% | 1 | 0,0 | 10,1 | + | + | + |
| St. Vincenz-Hospital gGmbH | Rheda-Wiedenbrück | <200 | fg | | 2572 | 5,20 | <10000 | 1,050 | 9 | 25 | 6:23% | 8:23% | 5:12% | 45 | 0,2 | 0,1 | + | - | - |
| Gesundheitszentrum Rheine | Rheine | <1000 | fg | | 2588 | 4,52 | <50000 | 0,898 | 4 | 22 | 11:17% | 5:17% | 6:12% | 29 | 1,0 | 1,9 | nb | nb | nb |
| St.-Josefs-Krankenhaus gGmbH | Salzkotten | <200 | fg | | 2547 | 5,75 | <10000 | 0,851 | 6 | 24 | 8:23% | 6:13% | 5:11% | 39 | 0,1 | 0,0 | 0 | + | + |
| Asklepios Klinik St. Augustin GmbH | Sankt-Augustin | <500 | p | | 2621 | 2,00 | <20000 | 1,440 | 5 | 22 | 6:16% | 8:15% | 1:14% | 30 | 2,7 | 0,0 | N | P | + |
| St.-Antonius-Krankenhaus | Schleiden | <200 | fg | | 2715 | 0,29 | <5000 | 0,799 | 6 | 18 | 8:28% | 5:17% | 6:17% | 35 | 0,2 | 0,1 | + | + | + |
| St.-Georg-Krankenhaus Fredeburg | Schmallenberg-Fredeburg | <200 | fg | | 2824 | -2,49 | <5000 | 0,706 | 5 | 19 | 6:19% | 8:19% | 5:14% | 25 | 0,3 | 0,0 | - | - | + |
| Fachkrankenhaus Kloster-Grafschaft | Schmallenberg-Grafschaft | <200 | fg | | 2693 | 1,72 | <5000 | 0,800 | 2 | 3 | 4:77% | 5:5% | 6:5% | 2 | 0,0 | 19,4 | + | + | - |
| Helios Klinikum Schwelm | Schwelm | <500 | p | | 2724 | 0,04 | <20000 | 0,893 | 9 | 32 | 6:14% | 8:13% | 5:13% | 37 | 1,2 | 1,3 | + | + | + |
| Marienhospital Schwelm | Schwelm | <50 | fg | | 2641 | 2,80 | <5000 | 1,126 | 4 | 14 | 8:41% | 5:15% | 6:12% | 41 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb |
| Ev. Krankenhaus Schwerte GmbH | Schwerte | <200 | fg | | 3086 | -2,50 | <5000 | 1,043 | 3 | 9 | 1:26% | 4:20% | 5:16% | 1 | 0,2 | 4,3 | ++ | + | - |
| Marienkrankenhaus Schwerte gGmbH | Schwerte | <500 | fg | | 2578 | 4,90 | <20000 | 0,942 | 9 | 30 | 8:24% | 6:14% | 5:9% | 48 | 0,4 | 0,0 | - | + | + |
| St.-Josef-Stift | Sendenhorst | <500 | fg | | 2612 | 3,66 | <10000 | 1,267 | 2 | 4 | 8:99% | 9:0% | 18:0% | 42 | 2,0 | 14,4 | nb | nb | nb |
| Helios Herzzentrum Siegburg | Siegburg | <50 | p | | 2775 | -1,36 | <10000 | 4,810 | 1 | 3 | 5:91% | -1:6% | 11:1% | 98 | 1,1 | 0,0 | - | + | ++ |
| Helios Krankenhaus Siegburg | Siegburg | <500 | p | | 2769 | -1,11 | <20000 | 0,927 | 5 | 19 | 5:44% | 6:12% | 8:9% | 34 | 3,2 | 0,0 | + | - | - |
| DRK Kinderklinik Siegen gGmbH | Siegen | <200 | fg | | BE | | | | | | | | | 1,4 | 98,6 | B | P | nb | nb |
| Krankenhausverbund Siegerland GmbH | Siegen | <1000 | fg | | 2720 | 0,60 | <50000 | 1,007 | 9 | 34 | 6:15% | 8:13% | 9:9% | 43 | 1,3 | 1,7 | + | + | - |
| Kreis-Klinikum Siegen gGmbH | Siegen | <1000 | ö | | 2620 | 3,50 | <20000 | 0,790 | 1 | 12 | 11:33% | 1:15% | 8:13% | 25 | 2,3 | 0,7 | N | P | - |
| St.-Marien-Krankenhaus gGmbH | Siegen | <500 | fg | | 2674 | 2,10 | <20000 | 1,027 | 9 | 24 | 5:31% | 8:18% | 6:10% | 46 | 4,1 | 0,0 | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | | | Abweichung Ist-Werte | | |
|--|---------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|---------|----|-----|------------|---------------------|----------------------|---|-------|----------------------|----|-----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | O | ZE | SE | B | N | | | H | P | Fälle | CM | CM | CMI |
| Marienkrankenhaus gGmbH | Soest | <500 | fg | | 2664 | 3,35 | <10000 | 1,023 | 6 | 21 | 4:22 % | 5:21 % | 6:14 % | 31 | 1,0 | 0,1 | | | | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Bethanien gGmbH | Solingen | <200 | fg | | 2379 | 13,70 | <5000 | 1,112 | 2 | 3 | 4:87 % | -1:4 % | 5:3 % | 9 | 2,5 | 4,6 | | | | | + | + | - |
| St.-Lukas-Klinik GmbH | Solingen | <500 | fg | | 2680 | 1,91 | <20000 | 0,973 | 6 | 23 | 1:25 % | 6:13 % | 3:11 % | 31 | 0,4 | 2,1 | | | | | - | - | - |
| Städtisches Klinikum Solingen | Solingen | <1000 | ö | | 2700 | 1,26 | <50000 | 0,759 | 1 | 16 | 11:30 % | 5:14 % | 6:11 % | 26 | 2,3 | 0,1 | N | | | | - | - | - |
| Krankenhaus und MVZ Marie-Hilf Stadtlohn GmbH | Stadtlohn | <200 | fg | | 2643 | 2,88 | <5000 | 0,880 | 6 | 21 | 5:18 % | 8:17 % | 6:13 % | 31 | 0,2 | 0,0 | | | | | + | + | - |
| Marienhospital Steinfurt gGmbH | Steinfurt-Borghorst | <500 | fg | | 2690 | 0,97 | <10000 | 0,835 | 7 | 25 | 5:18 % | 6:15 % | 8:12 % | 31 | 0,2 | 0,1 | | | | | nb | nb | nb |
| St.-Rochus-Krankenhaus | Steinheim | <200 | fg | | 2926 | -2,50 | <5000 | 0,899 | 8 | 25 | 5:21 % | 6:15 % | 8:13 % | 33 | 0,6 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Bethlehem-Krankenhaus | Stolberg | <500 | fg | | 2639 | 2,80 | <20000 | 0,861 | 4 | 19 | 8:17 % | 6:16 % | 14:12 % | 25 | 1,0 | 0,1 | N | | | | - | - | + |
| Klinik Dr. Evers | Sundern | <50 | p | n | 2740 | -1,44 | <1000 | 1,295 | 1 | 2 | 1:90 % | 8:4 % | 19:3 % | | | 3,9 | | | | | - | - | - |
| Sauerlandklinik Hachen | Sundern | <50 | fg | n | 2701 | -0,25 | <5000 | 1,388 | 1 | 1 | 1:100 % | 8:0 % | | | | 0,4 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Antoniuszentrum GmbH Kranken und Seniorenhaus der Stadt Tönisvorst | Tönisvorst | <200 | ö | | 2799 | -2,26 | <5000 | 0,720 | 4 | 15 | 5:32 % | 6:19 % | 4:10 % | 22 | 0,0 | 0,0 | | | | | 0 | + | + |
| Ev.-Krankenhaus Unna | Unna | <500 | fg | | 2697 | 1,26 | <20000 | 1,051 | 8 | 25 | 8:27 % | 1:16 % | 6:16 % | 36 | 1,2 | 2,3 | | | | | + | + | - |
| Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königshorn | Unna | <50 | fg | | BE | | | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | nb | | |
| Katharinen-Hospital gGmbH | Unna | <500 | fg | | 2628 | 3,09 | <20000 | 0,585 | 1 | 7 | 11:35 % | 5:23 % | 6:9 % | 21 | 1,6 | 2,1 | B | | | | + | + | + |
| Klinikum Niedberg | Velbert | <1000 | ö | | 2582 | 4,86 | <20000 | 0,871 | 7 | 25 | 5:16 % | 6:16 % | 8:9 % | 34 | 0,9 | 0,1 | | | | | + | - | - |
| Klinikum Ravensberg gGmbH Betriebsteil Krankenhaus Versmold | Versmold | <50 | ö | | 4171 | -2,50 | <5000 | 0,690 | 5 | 16 | 6:21 % | 5:19 % | 1:11 % | 13 | 0,0 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH | Viersen | <500 | fg | | 2708 | 0,54 | <20000 | 0,814 | 6 | 25 | 5:16 % | 6:13 % | 14:12 % | 30 | 0,3 | 0,0 | | | | | - | - | - |
| St.-Irmgardis-Krankenhaus Süttein | Viersen | <200 | fg | | 2712 | 0,78 | <5000 | 0,840 | 8 | 23 | 6:20 % | 5:19 % | 8:16 % | 29 | 0,1 | 0,1 | | | | | nb | nb | nb |
| St. Marien-Hospital | Vreden | <200 | fg | | 2711 | 0,78 | <5000 | 0,955 | 5 | 15 | 8:50 % | 5:12 % | 1:8 % | 43 | 0,7 | 6,0 | | | | | + | + | + |
| Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH | Waldbröl | <500 | ö | | 2661 | 2,09 | <20000 | 0,902 | 7 | 22 | 5:31 % | 6:14 % | 8:11 % | 31 | 0,9 | 0,0 | | | | | - | - | + |
| St. Laurentius-Stift | Waltrop | <200 | fg | | 2804 | -1,74 | <5000 | 1,391 | 2 | 6 | 5:24 % | 1:24 % | 8:22 % | 0 | 0,0 | 9,3 | | | | | - | - | + |
| St. Petri-Hospital Warburg gGmbH | Warburg | <500 | ö | | 2805 | -2,31 | <5000 | 0,801 | 6 | 20 | 6:17 % | 5:16 % | 11:15 % | 31 | 0,4 | 0,0 | | | | | nb | nb | nb |
| Josephs-Hospital | Warendorf | <500 | fg | | 2633 | 3,18 | <20000 | 0,916 | 10 | 27 | 5:27 % | 6:14 % | 8:10 % | 33 | 1,0 | 0,2 | | | | | - | + | + |
| Krankenhaus Maria-Hilf | Warstein | <200 | fg | | 2922 | -2,50 | <5000 | 0,807 | 6 | 20 | 5:18 % | 8:16 % | 6:13 % | 30 | 0,1 | 0,0 | | | | | - | - | - |
| St.-Antonius-Krankenhaus Wegberg GmbH | Wegberg | <200 | fg | | 3227 | -2,50 | <5000 | 0,829 | 4 | 12 | 5:25 % | 6:19 % | 4:14 % | 13 | 0,3 | 0,0 | | | | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | |
|--|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8:21 % | 5:18 % | 6:11 % | | | | O | ZE | SE | B |
| Märkische Kliniken GmbH Stadtklinik Werddahl | Werddahl | <200 | ö | | 2725 | 0,20 | <5000 | 0,778 | 7 | 23 | 8:21 % | 5:18 % | 6:11 % | 31 | 0,0 | 0,0 | | + | - | - |
| Mariannen-Hospital gGmbH | Werl | <200 | fg | | 2671 | 1,88 | <5000 | 1,012 | 7 | 22 | 6:20 % | 5:18 % | 8:16 % | 30 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus Wermelskirchen GmbH | Wermelskirchen | <500 | fg | | 2592 | 4,27 | <10000 | 0,740 | 6 | 25 | 6:16 % | 8:14 % | 5:11 % | 32 | 0,2 | 0,0 | | - | - | - |
| St. Christophorus-Krankenhaus GmbH | Werne | <500 | fg | | 2633 | 3,06 | <10000 | 1,003 | 8 | 22 | 8:29 % | 5:18 % | 6:16 % | 42 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + |
| Ev. Krankenhaus Wesel | Wesel | <500 | fg | | 2603 | 4,60 | <20000 | 0,793 | 2 | 17 | 11:25 % | 8:14 % | 1:14 % | 26 | 2,3 | 0,3 | | + | + | + |
| Marien-Hospital gGmbH | Wesel | <500 | fg | | 2705 | 0,94 | <20000 | 0,893 | 8 | 28 | 5:23 % | 6:15 % | 4:12 % | 28 | 0,5 | 1,3 | | + | + | + |
| Dreifaltigkeits-Krankenhaus | Wesseling | <200 | fg | | 2599 | 4,33 | <10000 | 1,014 | 9 | 27 | 6:21 % | 5:18 % | 8:15 % | 35 | 0,1 | 0,4 | | ++ | ++ | + |
| Orthopädische Klinik Volmarstein | Wetter | <200 | fg | | 2704 | 0,94 | <10000 | 1,609 | 2 | 4 | 8:98 % | 1:1 % | 18:0 % | 91 | 0,7 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Marienkrankehaus Wickede-Wimbern gGmbH | Wickede-Wimbern | <500 | fg | | 2867 | -2,50 | <5000 | 1,065 | 6 | 23 | 8:28 % | 6:24 % | 5:13 % | 31 | 0,6 | 0,1 | | nb | nb | nb |
| Katharinen-Hospital Willich gGmbH | Willich | <200 | fg | | 2709 | 0,71 | <5000 | 0,833 | 6 | 19 | 6:26 % | 5:18 % | 8:12 % | 28 | 0,5 | 0,0 | | + | + | - |
| St.-Franziskus-Hospital | Winterberg | <50 | fg | | 2685 | 2,00 | <5000 | 0,855 | 7 | 20 | 6:20 % | 8:19 % | 5:19 % | 29 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| St.-Josef-Krankenhaus | Wipperfürth | <500 | fg | | 2681 | 1,45 | <10000 | 0,857 | 6 | 23 | 6:17 % | 8:17 % | 5:11 % | 36 | 0,1 | 0,1 | | - | - | + |
| Ev. Krankenhaus Witten gGmbH | Witten | <500 | fg | | 2865 | -2,50 | <10000 | 1,075 | 9 | 30 | 6:18 % | 8:16 % | 11:14 % | 37 | 1,0 | 2,2 | N | + | + | + |
| Marien-Hospital Witten gGmbH | Witten | <500 | fg | | 2626 | 3,28 | <20000 | 0,916 | 5 | 20 | 5:27 % | 6:12 % | 14:11 % | 33 | 1,6 | 0,0 | | + | + | + |
| Geriatriche Kliniken St. Antonius gGmbH | Wuppertal | <50 | fg | | 2852 | 2,41 | <5000 | 1,397 | 3 | 8 | 1:34 % | 5:17 % | 8:11 % | 1 | 0,1 | 0,0 | | + | + | + |
| Helios Klinikum Wuppertal GmbH | Wuppertal | >1000 | p | | 2857 | -2,39 | <50000 | 1,208 | 14 | 44 | 5:22 % | 8:10 % | 6:9 % | 44 | 1,7 | 0,2 | B | N | + | - |
| Kliniken St. Antonius gGmbH | Wuppertal | <1000 | fg | | 2728 | -0,11 | <20000 | 0,919 | 6 | 18 | 6:15 % | 4:15 % | 14:14 % | 34 | 0,7 | 6,3 | B | P | + | - |
| Krankenhaus Bethesda | Wuppertal | <500 | fg | | 2587 | 4,46 | <20000 | 1,015 | 8 | 26 | 8:17 % | 6:14 % | 5:13 % | 41 | 0,6 | 0,4 | | + | + | - |
| Krankenhaus St. Josef | Wuppertal | <200 | fg | | 2766 | -0,49 | <5000 | 1,334 | 2 | 6 | 8:96 % | 1:1 % | 9:1 % | 59 | 2,5 | 8,9 | | - | - | - |
| Medizinisches Zentrum KreisAachen gGmbH, Würselen | Würselen | <500 | ö | | 2685 | 1,27 | <50000 | 1,049 | 9 | 30 | 8:21 % | 1:14 % | 5:13 % | 31 | 1,1 | 1,8 | B | nb | nb | nb |
| St.-Josef-Hospital | Xanten | <200 | fg | | 2734 | -0,12 | <5000 | 1,005 | 5 | 17 | 8:32 % | 5:15 % | 6:15 % | 36 | 0,1 | 2,6 | | + | + | - |
| Rheinland-Pfalz | | 323 | | 6 | 2956 | 0 | | 0,957 | 12 | 42 | 5:16 % | 8:14 % | 6:13 % | 36 | 1,62 | 2,15 | 9 | 5 | 0 | 11 |
| DRK-Krankenhaus-Alzey-Worms | Alzey | <200 | fg | | 3003 | -1,16 | <5000 | 0,750 | 6 | 23 | 6:19 % | 5:18 % | 4:12 % | 32 | 0,0 | 0,0 | | ++ | ++ | + |
| Rheinessen-Fachklinik Alzey Zentrum für Psychiatrie und Neurologie | Alzey | <500 | ö | | 2678 | 9,91 | <5000 | 0,929 | 2 | 6 | 1:65 % | 8:22 % | 19:3 % | 0 | 0,0 | 60,2 | B | P | + | - |
| Rhein-Mosel-Fachklinik Zentrum für Psychiatrie | Andemach | <500 | ö | | 2733 | 7,71 | <5000 | 0,795 | 2 | 5 | 1:81 % | 8:7 % | 3:5 % | 0 | 4,0 | 0,0 | N | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|----------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----|-------|-----------|-------|-------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|
| | | | | | | | | | 25% | 50% | DRG | 6:16% | 9:16% | 7:15% | | | | O | ZE | SE |
| Biomed-Klinik GmbH | Bad Bergzabern | <50 | p | n | 3108 | -2,50 | <5000 | 0,719 | 2 | 4 | 6:16% | 9:16% | 7:15% | 97 | 3,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Capio Deutsche Klinik Bad Bertrich GmbH Capio Mosel-Eifel-Klinik FK für Venenerkrankungen | Bad Bertrich | <50 | p | n | 2505 | 4,01 | <5000 | 0,781 | 1 | 1 | 5:99% | 9:1% | | | 0,0 | 0,0 | | + | + | - |
| Ev.-Krankenhaus der Inneren Mission | Bad Dürkheim | <200 | fg | | 2879 | 2,70 | <10000 | 0,948 | 7 | 24 | 8:22% | 6:18% | 5:18% | 35 | 0,1 | 6,8 | B | nb | nb | nb |
| Hufeland-Klinik | Bad Ems | <200 | p | | 2964 | -0,07 | <5000 | 0,731 | 1 | 3 | 4:65% | 8:18% | 9:7% | 1 | 3,4 | 3,9 | | nb | nb | nb |
| Diakoniekrankenhaus Kreuznacher Diakonie Standort Bad Kreuznach / Kirn | Bad Kreuznach | <1000 | fg | | 2857 | 2,85 | <20000 | 0,876 | 7 | 29 | 8:21% | 6:15% | 5:11% | 35 | 0,9 | 0,1 | | + | + | - |
| Krankenhaus St. Marienwörth | Bad Kreuznach | <500 | fg | | 2860 | 2,12 | <10000 | 0,782 | 7 | 25 | 6:17% | 8:12% | 5:12% | 35 | 0,8 | 0,2 | | - | + | + |
| Gefäß-Zentrum Dr. Bauer | Bad Neuenahr- Ahrweiler | <50 | p | | 2912 | 0,69 | <5000 | 0,957 | 1 | 1 | 5:84% | 9:10% | 6:2% | 82 | 0,0 | 0,0 | | + | + | - |
| KH-Verbund Marienhausklinikum im Kreis Ahrweiler | Bad Neuenahr- Ahrweiler | <500 | fg | | 2945 | 0,00 | <20000 | 0,932 | 9 | 31 | 8:17% | 5:14% | 6:13% | 31 | 0,3 | 0,2 | | + | + | + |
| Venen-Clinic Fachkrankenhaus für Venen- u. Enddarmkrankungen | Bad Neuenahr- Ahrweiler | <50 | p | n | 2570 | 10,99 | <5000 | 0,748 | 1 | 1 | 5:98% | 9:1% | 6:1% | 97 | 0,0 | 0,0 | | 0 | + | + |
| Heilig-Geist-Hospital | Bingen | <200 | fg | | 2975 | -0,53 | <5000 | 0,716 | 9 | 25 | 6:16% | 5:15% | 8:15% | 31 | 0,4 | 0,0 | | - | - | - |
| Elisabeth-Stiftung des DRK | Birkenfeld | <200 | fg | | 2961 | -0,04 | <5000 | 0,668 | 6 | 19 | 5:20% | 8:17% | 6:15% | 27 | 0,5 | 0,0 | | + | + | + |
| Marienhausklinik Biburg | Biburg | <500 | fg | | 2939 | 0,78 | <10000 | 0,795 | 9 | 28 | 8:19% | 6:14% | 5:12% | 35 | 0,4 | 0,1 | | - | + | + |
| Marien-Krankenhaus Cochem | Cochem | <200 | fg | | 2952 | 0,11 | <5000 | 0,814 | 5 | 19 | 6:27% | 5:17% | 8:11% | 33 | 0,2 | 0,0 | | - | + | + |
| Krankenhaus Maria-Hilf | Daun | <500 | fg | | 2915 | 1,07 | <10000 | 0,892 | 7 | 23 | 8:25% | 6:14% | 5:13% | 38 | 0,4 | 0,2 | | - | - | - |
| Herz-Jesu-Krankenhaus | Dembach | <500 | fg | | 2802 | 4,66 | <10000 | 0,853 | 6 | 20 | 5:24% | 6:16% | 14:9% | 35 | 0,3 | 0,0 | | + | + | - |
| Ev.-Johanniter-Krankenhaus Dierdorf-Selters gmbH | Dierdorf | <200 | fg | | 2984 | -0,17 | <10000 | 0,800 | 8 | 25 | 5:18% | 1:16% | 6:16% | 29 | 0,2 | 3,7 | B | + | + | - |
| DRK-Krankenhaus Diez | Diez | <200 | fg | | 2953 | 0,00 | <5000 | 0,839 | 5 | 14 | 8:27% | 6:15% | 5:13% | 37 | 0,1 | 0,0 | | + | ++ | + |
| Stadtklinik Frankenthal | Frankenthal | <500 | ö | | 3000 | -1,00 | <10000 | 0,892 | 6 | 20 | 5:18% | 6:17% | 8:10% | 25 | 0,1 | 0,0 | | + | + | - |
| Gesellschaft für Mikroneurochirurgie mbH | Gensingen | <50 | p | n | 2537 | 13,36 | <5000 | 1,546 | 1 | 1 | 8:99% | 1:1% | | 100 | 0,4 | 0,0 | | + | - | - |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus | Grolstein | <200 | fg | | 2935 | 0,54 | <5000 | 0,699 | 6 | 15 | 5:21% | 6:19% | 8:11% | 15 | 0,7 | 0,1 | | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenhaus Grünstadt | Grünstadt | <200 | ö | | 2893 | 2,29 | <10000 | 0,789 | 7 | 23 | 5:17% | 6:16% | 8:13% | 32 | 0,1 | 0,0 | | + | - | - |
| Westenwaldklinikum Hachenburg | Hachenburg | <1000 | fg | | 3010 | -1,40 | <20000 | 0,758 | 6 | 23 | 6:16% | 5:14% | 8:13% | 27 | 0,1 | 0,7 | B | - | - | - |
| St.-Josef-Krankenhaus | Hermeskeil | <200 | fg | | 3043 | -2,22 | <5000 | 0,899 | 6 | 19 | 8:17% | 5:16% | 6:15% | 31 | 0,3 | 0,2 | | + | - | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|---|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------|---|-----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 8-85 % | 6-12 % | 8-11 % | | | | 5-17 % | 11-13 % | O | ZE | SE | B |
| Lutrina-Klinik | Kaiserslautern | <50 | p | n | 2861 | 0,10 | <1000 | 0,551 | 1 | 3 | 8-85 % | 6-12 % | 5:2 % | 99 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Westplatz-Klinikum GmbH Standort I Kaiserslautern | Kaiserslautern | >1000 | ö | | 2854 | 3,09 | <50000 | 1,121 | 10 | 37 | 5:17 % | 11:13 % | 8:11 % | 36 | 1,6 | 2,0 | P | | | - | + | + |
| Asklepos Südpfälz-Kliniken GmbH | Kandel | <500 | p | | 2865 | 2,23 | <20000 | 0,885 | 7 | 25 | 6:16 % | 8:14 % | 5:14 % | 30 | 0,6 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Westplatz-Klinikum GmbH Standort III + IV Kirchheimbolanden/Rockenhausen | Kirchheimbolanden | <500 | ö | | 2882 | 2,25 | <10000 | 0,810 | 7 | 22 | 6:21 % | 8:21 % | 5:14 % | 40 | 0,2 | 0,0 | | | | - | - | - |
| Bezirksverband Pfälz Pfalz-Klinik Landeck | Klingenmünster | <1000 | ö | | 2938 | 0,53 | <5000 | 0,934 | 2 | 5 | 1:85 % | 8:5 % | 3:4 % | 0 | 2,1 | 2,3 | N | P | | +++ | + | - |
| Bundeswehrzentral-Krankenhaus | Koblenz | <200 | ö | | 2714 | 8,23 | <20000 | 1,268 | 11 | 38 | 5:24 % | 8:14 % | 3:11 % | 48 | 2,8 | 1,4 | | | | nb | nb | nb |
| Katholisches Klinikum Marienhof/St. Josef gGmbH | Koblenz | <500 | fg | | 2872 | 2,48 | <20000 | 1,047 | 8 | 22 | 5:25 % | 8:20 % | 4:12 % | 47 | 1,3 | 0,5 | N | | | + | + | - |
| Städt. Krankenhaus Kempferhof Koblenz | Koblenz | <1000 | ö | | 2932 | 0,64 | <20000 | 0,956 | 7 | 31 | 6:24 % | 11:10 % | 8:8 % | 30 | 2,5 | 1,0 | | | | + | + | - |
| Stiftungsklinikum Mittelrhein gGmbH | Koblenz | <1000 | fg | | 2928 | 0,77 | <20000 | 1,049 | 11 | 35 | 5:21 % | 8:19 % | 6:14 % | 45 | 1,9 | 7,6 | | | | + | + | + |
| Klinik Lahnhöhe Krankenhaus GmbH & Co KG Lahnstein | Lahnstein | <500 | p | N | 2659 | 7,87 | <5000 | 1,007 | 1 | 2 | 8:94 % | 1:6 % | 18:0 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | - | + | + |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus | Lahnstein | <500 | fg | | 3256 | -2,50 | <5000 | 0,705 | 5 | 19 | 6:25 % | 5:11 % | 14:10 % | 38 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Klinikum Landau - Südliche Weinstraße | Landau | <500 | ö | | 2851 | 3,16 | <20000 | 0,989 | 9 | 26 | 5:20 % | 8:18 % | 6:14 % | 31 | 0,8 | 0,0 | | | | + | - | - |
| St. Johannis- Krankenhaus gGmbH | Landstuhl | <500 | fg | | 2947 | 0,09 | <10000 | 0,931 | 5 | 21 | 8:24 % | 6:15 % | 5:14 % | 39 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Franziskus-Krankenhaus | Linz | <200 | fg | | 2893 | 1,81 | <10000 | 0,973 | 6 | 19 | 8:35 % | 6:16 % | 4:13 % | 44 | 0,2 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |
| Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik | Ludwigshafen | <500 | ö | | 2861 | 2,81 | <10000 | 1,549 | 4 | 12 | 8:72 % | 9:9 % | 21:8 % | 86 | 1,4 | 31,3 | B | | | nb | nb | nb |
| Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH | Ludwigshafen | <1000 | ö | | 2942 | 0,18 | <50000 | 1,119 | 10 | 37 | 5:19 % | 11:17 % | 6:10 % | 39 | 2,8 | 1,6 | | | | nb | nb | nb |
| St.-Marien- und St.-Anastaff-Krankenhaus | Ludwigshafen | <500 | fg | | 2898 | 1,54 | <20000 | 0,943 | 4 | 19 | 6:15 % | 8:14 % | 5:11 % | 32 | 0,8 | 4,2 | B | | | nb | nb | nb |
| DRK-Schmerz-Zentrum Mainz Alice-Hospital | Mainz | <50 | fg | | 2747 | 6,47 | <5000 | 1,338 | 1 | 2 | 8:74 % | 1:21 % | 19:3 % | 37 | 0,0 | 45,8 | | | | - | - | + |
| Katholisches Klinikum Mainz: St.-Hildegardis, St.-Vincenz und St.-Elisabeth | Mainz | <1000 | fg | | 2961 | -0,13 | <50000 | 0,902 | 6 | 22 | 4:16 % | 6:16 % | 14:11 % | 32 | 2,0 | 0,7 | | | | - | + | + |
| Klinikum der Johann Gutenberg-Universität | Mainz | >1000 | ö | | 2896 | 1,70 | >50000 | 1,263 | 20 | 60 | 5:15 % | 8:10 % | 1:9 % | 45 | 5,1 | 2,1 | B | N | P | + | + | + |
| St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH | Mayen | <500 | ö | | 2931 | 0,79 | <10000 | 0,879 | 9 | 30 | 6:16 % | 5:13 % | 8:12 % | 38 | 0,4 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Giantalkliniken Meisenheim | Meisenheim | <200 | ö | | 2915 | 0,94 | <5000 | 0,756 | 5 | 16 | 1:28 % | 8:21 % | 6:14 % | 17 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | - |
| Krankenhaus der barmherzigen Brüder | Montabaur | <200 | fg | | 2841 | 3,26 | <10000 | 0,830 | 8 | 27 | 6:20 % | 8:19 % | 11:12 % | 37 | 0,0 | 1,7 | | | | nb | nb | nb |
| Marienkrankenhaus Nassau | Nassau | <500 | fg | | 3176 | -2,50 | <1000 | 0,904 | 3 | 8 | 5:23 % | 1:21 % | 6:17 % | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | nb | nb | nb |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|-----------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|---|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | DRG | | | | O | ZE | SE | B | N |
| Marienhausklinik St. Josef Neuenburg | Neuenburg | <50 | fg | | 2805 | 4,22 | <5000 | 0,905 | 4 | 14 | 8:24% | 5:19% | 6:16% | 22 | 0,0 | 0,0 | - | + | + | |
| Krankenhaus Hetzeltift Neustadt | Neustadt | <500 | fg | | 2850 | 3,12 | <20000 | 0,920 | 12 | 34 | 5:20% | 6:18% | 8:9% | 38 | 1,6 | 0,0 | - | - | + | |
| DRK-Krankenhaus Neuwied | Neuwied | <500 | fg | | 2904 | 1,71 | <20000 | 0,881 | 6 | 20 | 5:34% | 6:12% | 8:11% | 30 | 0,8 | 0,1 | - | - | + | |
| Marienhausklinikum | Neuwied | <1000 | fg | | 2947 | 0,25 | <50000 | 0,890 | 4 | 22 | 11:19% | 8:16% | 6:11% | 34 | 1,5 | 0,7 | + | + | - | |
| Loreley-Kliniken St. Goar-Oberwesel | Oberwesel | <500 | fg | | 3039 | -2,16 | <5000 | 0,857 | 1 | 3 | 8:69% | 5:7% | 6:7% | 18 | 14,9 | 0,0 | + | + | - | |
| Städt. Krankenhaus Pirmasens gGmbH | Pirmasens | <500 | ö | | 2754 | 4,93 | <20000 | 0,930 | 8 | 28 | 5:24% | 6:15% | 8:9% | 34 | 0,8 | 0,0 | + | + | - | |
| St.-Joseph-Krankenhaus GmbH | Prüm | <200 | fg | | 2929 | 0,25 | <5000 | 0,766 | 7 | 21 | 5:20% | 8:17% | 6:15% | 21 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb | |
| Krankenhaus Maria Stern | Remagen | <200 | fg | | 2868 | 2,56 | <5000 | 0,855 | 6 | 22 | 6:20% | 8:17% | 5:17% | 24 | 1,8 | 0,0 | nb | nb | nb | |
| St.-Elisabeth-Krankenhaus | Rodalben | <200 | fg | | 2986 | -1,08 | <5000 | 1,059 | 7 | 22 | 8:33% | 6:17% | 5:14% | 41 | 0,4 | 0,0 | nb | nb | nb | |
| Kreis-Krankenhaus St. Franziskus | Saarburg | <500 | ö | | 2887 | 1,84 | <10000 | 0,758 | 11 | 31 | 8:16% | 6:15% | 5:13% | 38 | 0,5 | 0,0 | + | + | + | |
| Diakonie-Krankenhaus Kreuzmacher Diakonie | Simmern | <500 | fg | | 2954 | -0,03 | <10000 | 0,783 | 8 | 25 | 5:17% | 6:13% | 8:12% | 33 | 0,5 | 0,0 | + | + | - | |
| Krankenhaus der Ev.-Diakonissenanstalt | Speyer | <500 | fg | | 2875 | 2,28 | <20000 | 0,904 | 3 | 18 | 5:17% | 14:16% | 6:13% | 26 | 0,1 | 4,0 | nb | nb | nb | |
| Anna-Herrieten-Stift Fachklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und Zentrum | Traben-Trarbach | <50 | fg | | 3077 | -2,50 | <1000 | 0,460 | 2 | 5 | 14:32% | 13:21% | 8:19% | 52 | 0,0 | 0,0 | nb | nb | nb | |
| Ev.-Elisabeth-Krankenhaus Trier gGmbH | Trier | <200 | fg | | 2939 | 0,46 | <5000 | 0,738 | 5 | 19 | 8:16% | 6:14% | 5:14% | 38 | 0,1 | 0,0 | nb | nb | nb | |
| Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH | Trier | <1000 | fg | | 2905 | 1,46 | <50000 | 0,938 | 8 | 31 | 6:15% | 3:14% | 8:9% | 40 | 0,9 | 2,4 | B | + | + | |
| Krankenhaus der Barmherzigen Brüder | Trier | <1000 | fg | | 2874 | 2,80 | <50000 | 1,017 | 3 | 22 | 11:25% | 5:22% | 8:11% | 36 | 2,4 | 0,9 | N | + | - | |
| Marien-Krankenhaus | Trier | <200 | fg | | 2964 | -0,15 | <10000 | 0,763 | 5 | 20 | 6:20% | 14:13% | 5:11% | 39 | 0,2 | 0,0 | - | + | + | |
| Krankenhausverbund Bernkastel-Wittlich | Wittlich | <1000 | fg | | 2939 | 0,43 | <20000 | 0,873 | 9 | 32 | 5:16% | 6:15% | 8:13% | 30 | 0,6 | 0,4 | + | + | + | |
| Klinikum Worms gGmbH | Worms | <1000 | ö | | 2869 | 2,79 | <50000 | 0,965 | 10 | 31 | 5:15% | 6:13% | 8:12% | 32 | 0,2 | 0,1 | + | - | - | |
| St. Elisabeth Krankenhaus gGmbH | Zweibrücken | <500 | fg | | 2999 | -1,05 | <10000 | 0,971 | 9 | 27 | 5:21% | 6:18% | 8:17% | 34 | 0,0 | 1,6 | + | - | - | |
| Saarland | | 289 | | 0 | 2933 | 0 | | 1,006 | 11 | 41 | 5:16% | 6:12% | 8:12% | 34 | 2,18 | 1,46 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| Caritas-Krankenhaus Dillingen | Dillingen | <500 | fg | | 3096 | -2,50 | <10000 | 0,909 | 6 | 19 | 1:26% | 6:18% | 5:14% | 19 | 0,3 | 0,3 | nb | nb | nb | |
| Universitätsklinik des Saarlandes | Homburg | >1000 | ö | | 2840 | 2,38 | >50000 | 1,408 | 19 | 57 | 5:15% | 8:11% | 1:9% | 45 | 5,1 | 0,6 | N | P | nb | |
| Caritas-Krankenhaus Lebach | Lebach | <200 | fg | | 2985 | -1,31 | <10000 | 0,902 | 8 | 25 | 6:20% | 8:18% | 5:17% | 31 | 1,3 | 0,1 | nb | nb | nb | |
| SHG Kliniken Merzig Von-Fellenberg-Stift | Merzig | <500 | ö | | 2887 | 1,23 | <10000 | 0,851 | 7 | 21 | 1:16% | 8:13% | 6:12% | 23 | 1,2 | 0,2 | + | - | - | |
| DRK Klinik Mettlach | Mettlach | <50 | fg | | 2767 | 4,91 | <1000 | 1,638 | 1 | 4 | 1:42% | 8:23% | 4:9% | 0,0 | 0,0 | 24,7 | nb | nb | nb | |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | |
|---|-------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|--------|---------|----|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 6:23 % | 1:17 % | 4:15 % | O | | | | ZE | SE | B |
| Marienhausklinik Kinderklinik Kohlhof | Neunkirchen | <50 | fg | | 2912 | 0,55 | <5000 | 0,590 | 3 | 8 | 6:23 % | 1:17 % | 4:15 % | 5 | 0,1 | 31,7 | | nb | nb | nb |
| Saarland Klinik kreuznacher diakonie Flecher Krankenhau Neunkirchen | Neunkirchen | <200 | fg | | 3031 | -2,44 | <5000 | 0,993 | 3 | 9 | 10:29 % | 5:24 % | 20:11 % | 11 | 0,2 | 0,0 | P | nb | nb | nb |
| St. Josef-Krankenhaus | Neunkirchen | <200 | fg | | 2969 | -0,92 | <5000 | 0,715 | 5 | 18 | 6:16 % | 5:12 % | 14:11 % | 38 | 0,3 | 0,1 | | nb | nb | nb |
| Städtisches Klinikum Neunkirchen gGmbH | Neunkirchen | <500 | ö | | 2919 | 0,36 | <20000 | 0,876 | 10 | 29 | 1:13 % | 6:12 % | 5:11 % | 31 | 2,5 | 1,6 | N | nb | nb | nb |
| Knappschafts-Krankenhaus Püttlingen | Püttlingen | <500 | ö | | 2873 | 1,64 | <20000 | 1,124 | 7 | 23 | 8:22 % | 1:17 % | 6:13 % | 30 | 0,6 | 1,9 | | nb | nb | nb |
| Caritasklinik St. Theresia-Rasppluhl | Saarbrücken | <500 | fg | | 2903 | 0,79 | <20000 | 0,905 | 7 | 28 | 3:19 % | 6:12 % | 5:9 % | 38 | 3,0 | 1,7 | B | - | - | + |
| Klinikum Saarbrücken gGmbH | Saarbrücken | <1000 | ö | | 3000 | -1,68 | <50000 | 1,096 | 12 | 42 | 8:13 % | 5:13 % | 1:12 % | 37 | 0,6 | 0,7 | | nb | nb | nb |
| Krankenhaus St. Josef | Saarbrücken | <200 | fg | | 2956 | -0,60 | <10000 | 0,800 | 4 | 13 | 5:20 % | 6:17 % | 8:14 % | 44 | 0,3 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Saarland Klinik kreuznacher diakonie EVK Saarbrücken | Saarbrücken | <200 | fg | | 2887 | 1,24 | <5000 | 0,972 | 7 | 22 | 8:22 % | 5:17 % | 6:17 % | 36 | 0,1 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Saarland-Heilstätten GmbH Kliniken-Sonnenberg | Saarbrücken | <500 | ö | | 2921 | 0,29 | <5000 | 1,775 | 2 | 5 | 1:37 % | 8:30 % | 5:9 % | 15 | 0,5 | 22,9 | P | + | - | - |
| Krankenhaus Saarlouis vom DRK | Saarlouis | <500 | fg | | 2882 | 1,39 | <10000 | 0,868 | 7 | 25 | 5:14 % | 6:13 % | 13:11 % | 32 | 0,3 | 0,1 | | nb | nb | nb |
| St. Elisabeth-Klinik | Saarlouis | <500 | fg | | 2932 | 0,02 | <20000 | 0,966 | 6 | 24 | 8:21 % | 5:20 % | 6:16 % | 38 | 0,9 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Kreiskrankenhaus St. Ingbert gGmbH | St. Ingbert | <200 | ö | | 2915 | 0,47 | <10000 | 0,947 | 8 | 24 | 8:20 % | 5:19 % | 6:18 % | 38 | 0,0 | 0,0 | | nb | nb | nb |
| Marien-Krankenhaus | St. Wendel | <500 | fg | | 2870 | 1,71 | <10000 | 0,839 | 6 | 21 | 6:18 % | 5:17 % | 8:12 % | 29 | 0,3 | 0,0 | P | + | - | - |
| Knappschafts-Krankenhaus Sulzbach | Sulzbach | <500 | ö | | 2879 | 1,46 | <20000 | 0,857 | 7 | 23 | 2:26 % | 5:14 % | 1:11 % | 47 | 0,4 | 0,4 | | nb | nb | nb |
| SHG Kliniken Völklingen | Völklingen | <500 | ö | | 2873 | 1,59 | <20000 | 0,729 | 1 | 2 | 11:57 % | 5:28 % | 4:6 % | 18 | 3,2 | 0,1 | P | nb | nb | nb |
| St. Michael-Krankenhaus | Völklingen | <200 | fg | | 3060 | -2,50 | <5000 | 1,079 | 8 | 26 | 5:25 % | 6:20 % | 8:10 % | 39 | 0,7 | 0,1 | | nb | nb | nb |
| Marienhausklinik St. Elisabeth-Krankenhaus Wadern / St. Josef Loshheim am See | Wadern | <500 | fg | | 3025 | -2,28 | <10000 | 0,831 | 4 | 14 | 8:24 % | 5:22 % | 6:19 % | 14 | 4,3 | 0,3 | | nb | nb | nb |
| St. Nikolaus-Hospital | Wallerfangen | <200 | fg | | 3045 | -2,50 | <1000 | 1,388 | 3 | 8 | 1:30 % | 8:24 % | 5:10 % | | 0,0 | 4,6 | P | nb | nb | nb |
| Sachsen | | 361 | | 0 | 2740 | 0 | | 1,05 | 13 | 45 | 5:15 % | 8:14 % | 6:13 % | 37 | 2,52 | 1,32 | 5 | 39 | 1 | 17 |
| Paracelsus-Klinik Adorf GmbH* | Adorf | <200 | p | | 2813 | -2,32 | <5000 | 0,988 | 7 | 19 | 8:30 % | 5:14 % | 6:13 % | 38 | 0,2 | 0,0 | | - | - | + |
| EKA Erzeugnis-Klinikum Amnaberg gGmbH | Amnaberg-Buchholz | <500 | ö | | 2710 | 0,94 | <20000 | 0,898 | 6 | 23 | 6:19 % | 5:18 % | 1:9 % | 25 | 1,4 | 0,0 | N | ++ | ++ | + |
| Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ansdorf | Ansdorf | <500 | ö | | 2804 | -1,10 | <5000 | 0,939 | 2 | 5 | 1:72 % | 8:12 % | 19:3 % | 1 | 0,8 | 0,8 | N | P | + | + |
| Helios Klinikum Aue GmbH | Aue | <1000 | p | | 2917 | -2,50 | <20000 | 0,991 | 11 | 40 | 5:15 % | 8:12 % | 6:12 % | 38 | 0,5 | 1,0 | N | P | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|---------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|-------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|---|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | | | | O | ZE | SE | B | N |
| Waldkrankenhaus Bad Dübener-Fachkrankenhaus für Orthopädie | Bad Dübener | <200 | p | | 2793 | -1,63 | <10000 | 1,399 | 2 | 5 | 8,97% | 1,2% | 9,0% | 80 | 0,7 | 0,0 | | - | + | + |
| Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bautzen | Bautzen | <500 | ö | | 2764 | -0,64 | <20000 | 0,838 | 10 | 32 | 6,15% | 5,14% | 1,9% | 31 | 0,5 | 0,4 | | + | + | - |
| Oberlausitz-Kliniken gGmbH, KH Bischofswerda | Bischofswerda | <200 | ö | | 2734 | 0,40 | <10000 | 0,912 | 7 | 23 | 8,22% | 5,15% | 6,14% | 38 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + |
| Helios Kliniken Leipziger Land GmbH | Borna | <500 | p | | 2755 | 0,20 | <20000 | 0,927 | 9 | 30 | 5,14% | 6,13% | 1,11% | 32 | 0,5 | 0,2 | N | ++ | ++ | + |
| DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein | Chemnitz | <500 | fg | | 2671 | 2,16 | <10000 | 0,756 | 4 | 16 | 9,20% | 6,13% | 14,12% | 31 | 1,4 | 2,9 | | + | + | - |
| Klinikum Chemnitz gGmbH | Chemnitz | >1000 | ö | | 2813 | -0,81 | >50000 | 1,122 | 12 | 38 | 5,19% | 6,11% | 8,10% | 35 | 3,0 | 1,4 | N | + | + | + |
| Zeisigwaldklinik Bethanien Chemnitz | Chemnitz | <500 | fg | | 2799 | -1,62 | <20000 | 1,138 | 6 | 19 | 8,32% | 11,23% | 6,14% | 52 | 0,9 | 0,4 | N | + | - | - |
| Fachkrankenhaus Coswig GmbH | Coswig | <200 | p | | 2670 | 2,31 | <10000 | 1,173 | 1 | 3 | 4,91% | 5,3% | -1,2% | 24 | 6,3 | 6,3 | | ++ | + | - |
| Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH | Delitzsch | <200 | ö | | 2690 | 1,72 | <10000 | 0,929 | 9 | 25 | 8,20% | 6,20% | 5,17% | 34 | 0,0 | 0,0 | | ++ | - | - |
| Dr. Drohla GmbH Krankenhaus Döbeln | Döbeln | <200 | p | | 2673 | 2,18 | <10000 | 1,028 | 7 | 24 | 8,31% | 5,21% | 6,13% | 43 | 0,3 | 0,0 | N | - | + | + |
| Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen | Döbeln | <200 | ö | | BE | | | | | | | | | | | | B | P | nb | |
| Diakonissenkrankenhaus Dresden | Dresden | <500 | fg | | 2695 | 1,44 | <10000 | 0,827 | 4 | 22 | 6,16% | 11,14% | 14,13% | 36 | 0,4 | 0,0 | N | + | + | - |
| Helios Klinik Dresden-Wachwitz GmbH | Dresden | <200 | p | | 3349 | -2,50 | <5000 | 0,965 | 2 | 4 | 6,30% | 23,13% | 17,9% | 15 | 6,0 | 2,4 | | ++ | + | - |
| Herzzentrum Dresden GmbH | Dresden | <200 | p | | 2771 | -0,25 | <20000 | 2,533 | 4 | 8 | 5,94% | -1,3% | 4,2% | 59 | 3,6 | 0,1 | N | + | + | + |
| Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Städtisches Klinikum | Dresden | <1000 | ö | | 2779 | -1,14 | <50000 | 1,119 | 15 | 45 | 8,17% | 5,15% | 6,12% | 48 | 4,2 | 1,7 | N | + | + | - |
| Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden | Dresden | <500 | fg | | 2703 | 1,31 | <10000 | 0,890 | 3 | 14 | 6,21% | 14,14% | 15,11% | 36 | 1,3 | 3,4 | | + | + | + |
| St.-Marien-Krankenhaus Dresden, Fachklinik Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie / Caritas e.V. | Dresden | <200 | fg | | 2788 | -1,30 | <5000 | 0,949 | 2 | 5 | 1,72% | 8,17% | 19,8% | | 1,3 | 5,0 | | + | + | - |
| Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt | Dresden | <1000 | ö | | 2743 | -0,01 | <20000 | 0,937 | 6 | 22 | 5,16% | 6,13% | 1,11% | 20 | 1,1 | 0,4 | N | - | + | + |
| Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden AöR | Dresden | >1000 | ö | | 2751 | -0,23 | >50000 | 1,275 | 12 | 48 | 8,12% | 2,11% | 1,11% | 48 | 6,2 | 4,2 | N | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH | Eilenburg | <200 | ö | | 2774 | -1,12 | <5000 | 0,759 | 5 | 17 | 5,20% | 6,18% | 14,10% | 25 | 0,2 | 0,0 | | + | + | + |
| Krankenhaus Erlabrunn gGmbH | Erlabrunn | <500 | p | | 2803 | -1,90 | <20000 | 1,044 | 6 | 21 | 8,30% | 6,13% | 5,12% | 34 | 0,7 | 0,4 | N | P | + | - |
| Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH | Freiberg | <500 | p | | 2719 | 0,64 | <20000 | 0,932 | 9 | 32 | 5,13% | 6,13% | 1,12% | 28 | 0,6 | 0,1 | N | + | + | - |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | |
|--|---------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|------|-----------|---------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 6:17 % | 5:16 % | 8:16 % | | | | O | ZE | SE | B | N | H |
| Weißeritztal-Kliniken GmbH | Freital | <500 | p | | 2792 | -1,59 | <20000 | 0,940 | 8 | 27 | 6:17 % | 5:16 % | 8:16 % | 32 | 0,4 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Kreis Krankenhaus Rudolf Virchow gGmbH Glauchau | Glauchau | <500 | ö | | 3004 | -2,50 | <20000 | 0,790 | 6 | 23 | 6:20 % | 5:15 % | 8:11 % | 29 | 1,8 | 0,1 | N | P | | + | + | + |
| Malters Krankenhaus St. Carolus Görnitz | Görnitz | <200 | fg | | 3059 | -2,50 | <5000 | 0,942 | 7 | 25 | 5:17 % | 11:17 % | 6:14 % | 35 | 1,1 | 0,8 | | | | - | - | - |
| Städtisches Klinikum Görnitz gGmbH | Görnitz | <1000 | ö | | 2756 | -0,45 | <50000 | 1,009 | 15 | 45 | 5:14 % | 8:11 % | 2:9 % | 42 | 2,8 | 3,0 | N | | | + | + | + |
| Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Großschweidnitz | Großschweidnitz | <500 | ö | | 2791 | -1,04 | <5000 | 0,954 | 2 | 4 | 1:73 % | 8:22 % | 19:2 % | 0 | 2,6 | 2,6 | N | P | | ++ | + | + |
| Diakoniekrankenhaus Chemnitz Land – DIAKOMED gGmbH | Hartmannsdorf | <500 | fg | | 2684 | 1,60 | <10000 | 0,910 | 7 | 25 | 8:18 % | 5:15 % | 6:14 % | 25 | 0,3 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald | Hohwald | <200 | p | | 2727 | 0,43 | <10000 | 1,696 | 2 | 4 | 8:98 % | 1:1 % | 21:0 % | 82 | 1,6 | 0,0 | N | | | + | - | - |
| Klinikum Hoyerswerda gGmbH | Hoyerswerda | <1000 | ö | | 2811 | -1,89 | <50000 | 0,965 | 11 | 34 | 8:16 % | 5:12 % | 6:10 % | 38 | 3,1 | 0,2 | N | | | - | - | - |
| Malters Krankenhaus St. Johannes Kamenz | Kamenz | <200 | fg | | 2762 | -0,76 | <10000 | 0,816 | 6 | 22 | 5:17 % | 6:16 % | 8:9 % | 26 | 1,0 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Kreis Krankenhaus Kirchberg GmbH | Kirchberg | <200 | ö | | 2736 | -0,17 | <5000 | 1,045 | 7 | 22 | 5:24 % | 8:17 % | 6:16 % | 30 | 0,1 | 1,0 | | | | ++ | ++ | ++ |
| Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig gGmbH | Leipzig | <500 | fg | | 2699 | 1,58 | <10000 | 0,864 | 8 | 26 | 8:18 % | 6:15 % | 5:12 % | 52 | 0,9 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Herzzentrum Leipzig GmbH | Leipzig | <500 | p | | 2658 | 3,37 | <50000 | 2,601 | 4 | 10 | 5:91 % | -1:3 % | 1:1 % | 62 | 5,9 | 1,9 | N | | | + | + | + |
| Klinikum St. Georg gGmbH | Leipzig | >1000 | ö | | 2733 | 0,31 | <50000 | 1,111 | 10 | 36 | 5:14 % | 4:13 % | 6:11 % | 33 | 2,8 | 5,2 | N | P | | + | + | + |
| Park-Krankenhaus Leipzig Süd-Ost GmbH | Leipzig | <1000 | p | | 2585 | 5,72 | <20000 | 1,520 | 5 | 17 | 8:28 % | 5:25 % | 6:15 % | 54 | 2,6 | 0,2 | | | | + | + | - |
| Soteria Klinik Leipzig Suchtblendungszentrum Leipzig GmbH | Leipzig | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | P | | |
| St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig | Leipzig | <500 | fg | | 2574 | 5,44 | <20000 | 0,896 | 5 | 20 | 6:14 % | 14:14 % | 8:14 % | 47 | 1,1 | 0,0 | N | | | + | + | + |
| Universitätsklinikum Leipzig A&R | Leipzig | >1000 | ö | | 2720 | 1,05 | >50000 | 1,375 | 16 | 56 | 8:14 % | 1:10 % | 3:9 % | 47 | 6,0 | 2,6 | N | | | + | + | - |
| Helios-Klinik Leisnig | Leisnig | <500 | p | | 2885 | -2,50 | <10000 | 0,853 | 6 | 20 | 6:17 % | 5:16 % | 4:13 % | 23 | 0,0 | 0,0 | | | | + | + | + |
| Krankenhaus Lichtenstein gGmbH | Lichtenstein | <500 | fg | | 2742 | -0,36 | <10000 | 0,861 | 6 | 25 | 6:19 % | 8:14 % | 5:11 % | 27 | 0,5 | 0,0 | | | | + | ++ | + |
| Elblandkliniken Meißen-Radebeul GmbH und Co. KG Standort Meißen | Meißen | <500 | ö | | 2695 | 1,26 | <20000 | 0,915 | 7 | 25 | 6:19 % | 8:16 % | 5:14 % | 28 | 0,8 | 0,0 | N | | | + | + | - |
| Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH (Mittweida/Rochlitz/Frankenbergring) | Mittweida | <500 | ö | | 2804 | -1,85 | <20000 | 0,903 | 6 | 23 | 5:17 % | 6:14 % | 8:12 % | 26 | 0,2 | 0,1 | | | | + | - | - |
| Klinik am Tharandter Wald GmbH | Niederschöna/ OT Heizdorf | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | | | B | | | P | | |
| KH der Diakonissenanstalt „Emmaus“ Niesky | Niesky | <200 | fg | | 2867 | -2,50 | <5000 | 0,810 | 6 | 19 | 5:19 % | 6:18 % | 8:17 % | 27 | 0,9 | 0,1 | | | | - | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|---|------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|--------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | | O | ZE | SE | B | N |
| Berufsgenossenschaftliche Kliniken Stadt Halle | Halle | <500 | p | | 2717 | 1,11 | <20000 | 1,573 | 9 | 28 | 8,35% | 1:16% | 45 | 1,9 | 20,6 | N | | + | + | + |
| Krankenhaus des Evangelischen Diakoniewerk Halle | Halle | <500 | fg | | 2774 | -0,40 | <10000 | 1,154 | 2 | 10 | 4:29% | 5:16% | 30 | 0,5 | 0,5 | | | - | - | - |
| Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau gGmbH | Halle | <1000 | fg | | 2707 | 1,28 | <50000 | 1,126 | 9 | 29 | 8:14% | 1:13% | 38 | 1,6 | 0,2 | N | | + | + | - |
| Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara | Halle | <1000 | fg | | 2679 | 2,21 | <20000 | 0,910 | 6 | 23 | 5:21% | 6:18% | 26 | 4,0 | 0,9 | N | | + | + | - |
| Universitätsklinikum Halle (Saale) | Halle | >1000 | ö | | 2848 | -2,50 | >50000 | 1,493 | 20 | 62 | 8:13% | 5:12% | 51 | 6,2 | 2,6 | N | | + | + | + |
| KMG Klinikum Havelberg GmbH | Havelberg | <50 | p | | 3111 | -2,50 | <5000 | 0,792 | 5 | 19 | 5:25% | 6:19% | 21 | 0,5 | 0,0 | | | 0 | + | + |
| Fachklinikum für Neurologie und Psychiatrie | Jeichow | <200 | fg | | 2763 | -0,44 | <1000 | 0,987 | 2 | 3 | 1:97% | 8:1% | | 0,0 | 0,0 | | | - | - | - |
| Krankenhaus Köthen GmbH | Köthen | <500 | p | | 2725 | 0,79 | <20000 | 0,915 | 10 | 30 | 5:19% | 8:16% | 37 | 2,4 | 0,0 | N | | - | - | - |
| Lungenklinik Lostau | Lostau | <200 | fg | | 2942 | -2,50 | <5000 | 1,048 | 1 | 2 | 4:89% | 23:5% | 18 | 5,6 | 4,7 | | | - | - | + |
| Klinikum Mansfelder Land | Lutherstadt Eisleben | <1000 | p | | 2812 | -1,69 | <20000 | 0,971 | 9 | 29 | 8:18% | 5:18% | 34 | 0,7 | 0,8 | N | | - | - | - |
| Klinik Bose Wittenberg | Lutherstadt Wittenberg | <200 | fg | | 2731 | 0,68 | <5000 | 0,780 | 2 | 4 | 1:65% | 8:21% | | 0,5 | 14,8 | N | | + | - | - |
| Paul Gerhardt Diakonie Krankenhaus und Pflege GmbH | Lutherstadt Wittenberg | <500 | p | | 2757 | 0,05 | <20000 | 0,929 | 9 | 29 | 6:16% | 5:14% | 27 | 1,9 | 0,0 | | | - | - | - |
| Klinik des Westens | Magdeburg | <50 | p | | 2641 | 3,53 | <1000 | 0,623 | 2 | 5 | 13:48% | 5:27% | 82 | 0,0 | 0,0 | | | nb | nb | nb |
| Klinikum Magdeburg gemeinnützige GmbH | Magdeburg | <1000 | ö | | 2820 | -1,74 | <50000 | 1,006 | 9 | 34 | 5:17% | 6:15% | 32 | 3,2 | 3,8 | N | | + | + | - |
| NRZ Magdeburg MEDIAN Kliniken GmbH & Co | Magdeburg | <50 | p | | 2424 | 8,84 | <5000 | 10,766 | 1 | 2 | 1:61% | -1:38% | 39 | 0,0 | 65,6 | | | nb | nb | nb |
| Otto-von-Guericke Universität | Magdeburg | >1000 | ö | | 2788 | -1,05 | >50000 | 1,330 | 20 | 61 | 8:15% | 5:12% | 48 | 4,4 | 2,4 | N | | + | + | - |
| Pfeiffersche Stiftungen | Magdeburg | <500 | fg | | 2771 | -0,38 | <10000 | 1,153 | 6 | 17 | 8:34% | 5:24% | 38 | 1,0 | 1,5 | N | | + | + | + |
| Carl-von-Baseow-Klinikum Saalekreis GmbH | Merseburg | <1000 | ö | | 2720 | 1,12 | <20000 | 0,956 | 8 | 29 | 5:20% | 6:18% | 27 | 2,0 | 0,8 | N | | + | - | - |
| Klinikum Burgenlandkreis gGmbH | Naumburg | <500 | ö | | 2757 | -0,03 | <20000 | 0,879 | 8 | 28 | 5:18% | 6:15% | 29 | 0,6 | 0,2 | N | | + | - | - |
| Medigref Bordekrankenhaus GmbH | Neindorf | <500 | ö | | 2897 | -2,50 | <10000 | 0,875 | 6 | 21 | 5:18% | 6:18% | 24 | 0,5 | 0,0 | | | - | - | + |
| Klinikum Dorothea Christiane Erleben Quedlinburg GmbH | Quedlinburg | <500 | ö | | 2756 | -0,03 | <20000 | 0,953 | 8 | 28 | 5:23% | 6:15% | 35 | 0,8 | 0,9 | | | - | - | - |
| Altmark-Klinikum gGmbH Salzwedel-Gardelegen | Salzwedel | <500 | ö | | 2809 | -1,74 | <20000 | 0,776 | 8 | 27 | 6:17% | 5:13% | 24 | 0,6 | 0,3 | N | | + | + | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | |
|--|------------------------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|-------|-------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|----|---|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | 75 % | | | | O | ZE | SE | B | N |
| Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk | Erfurt | <500 | fg | | 2623 | 4,02 | <20000 | 0,942 | 8 | 29 | 6:20% | 5:19% | 8:9% | 1,6 | 0,0 | N | | + | + | - |
| Krankenhaus Waltershausen / Friedrichroda Betriebs-GmbH | Friedrichroda | <500 | p | | 2719 | 0,51 | <10000 | 0,822 | 8 | 26 | 6:19% | 5:18% | 8:12% | 1,1 | 0,4 | | | - | - | + |
| Wald-Klinikum Gera gGmbH | Gera | >1000 | p | | 2760 | -0,59 | <50000 | 1,108 | 12 | 40 | 5:13% | 6:11% | 8:11% | 2,0 | 0,9 | N | P | + | - | - |
| Helios Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf GmbH | Gotha | <500 | p | | 2724 | 0,77 | <20000 | 0,880 | 8 | 29 | 8:18% | 5:17% | 6:14% | 0,4 | 0,1 | N | P | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Greiz | Greiz | <500 | ö | | 2777 | -0,74 | <20000 | 0,962 | 11 | 34 | 5:15% | 6:14% | 8:12% | 1,5 | 0,0 | | | + | + | + |
| Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH | Hildburghausen | <500 | p | | 2584 | 5,26 | <5000 | 0,865 | 2 | 4 | 1:77% | 8:18% | 3:2% | 3,7 | 0,4 | N | | + | + | - |
| Hemeberg-Kliniken gGmbH | Hildburghausen | <500 | ö | | 2741 | 0,28 | <10000 | 0,865 | 8 | 28 | 6:19% | 5:18% | 8:15% | 0,2 | 0,0 | | | - | - | - |
| Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena | Jena | >1000 | ö | | 2710 | 1,16 | >50000 | 1,480 | 18 | 57 | 5:14% | 8:9% | 6:8% | 6,2 | 2,5 | N | P | + | + | - |
| Eichsfeld Klinikum gGmbH | Kleinbartloff | <1000 | fg | | 2797 | -1,42 | <20000 | 0,890 | 8 | 26 | 6:18% | 5:17% | 8:9% | 0,7 | 0,1 | N | | - | - | - |
| St. Elisabeth-Krankenhaus | Lengsfeld unterm Stein | <50 | fg | | 2698 | 2,24 | <5000 | 1,951 | 1 | 2 | 8:52% | 1:31% | 5:11% | 0,0 | 2,4 | | | + | + | - |
| Klinikum Meiningen GmbH | Meiningen | <1000 | p | | 2727 | 2,11 | <50000 | 1,193 | 12 | 39 | 8:18% | 5:14% | 6:13% | 3,2 | 0,4 | N | | + | - | - |
| Sozialwerk Meiningen gGmbH Geriatriische Fachklinik Georgenhaus | Meiningen | <50 | fg | | 2495 | 8,06 | <5000 | 1,945 | 1 | 2 | 8:47% | 1:27% | 5:16% | 0,0 | 6,1 | | | + | + | - |
| Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH | Mühlhausen | <500 | fg | | 2594 | 5,06 | <5000 | 0,838 | 2 | 4 | 1:76% | 8:6% | 19:6% | 0,0 | 1,5 | | | + | ++ | + |
| Evangelisches Krankenhaus | Neustadt | <50 | fg | | 2700 | 1,72 | <5000 | 0,728 | 1 | 2 | 4:92% | 5:4% | 19:2% | 3 | 0,1 | 4,9 | | + | + | + |
| Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH | Nordhausen | <1000 | ö | | 2751 | 0,00 | <50000 | 1,075 | 11 | 39 | 5:14% | 6:14% | 1:9% | 38 | 2,3 | 0,1 | N | + | + | - |
| Klinik Pöbneck gGmbH Thüringen - | Pöbneck | <200 | ö | | 2946 | -2,50 | <5000 | 0,830 | 6 | 20 | 5:22% | 8:19% | 6:19% | 29 | 0,0 | 0,0 | | + | + | - |
| Kreiskrankenhaus Ronneburg Fachklinik für Geriatrie und Innere Medizin gGmbH | Ronneburg | <50 | ö | | 2609 | 4,56 | <5000 | 2,036 | 1 | 1 | 8:71% | 1:24% | 5:5% | 0,0 | 1,5 | | | + | + | - |
| Thüringen-Klinik Georgius-Agricola-gGmbH | Saalfeld | <1000 | ö | | 2724 | 0,82 | <50000 | 1,074 | 10 | 36 | 6:16% | 5:15% | 8:15% | 34 | 1,5 | 0,3 | N | - | - | - |
| Kreiskrankenhaus Schleiz gGmbH | Schleiz | <200 | ö | | 2834 | -2,29 | <5000 | 0,800 | 6 | 19 | 5:17% | 6:16% | 14:12% | 21 | 0,1 | 0,0 | | - | - | - |
| Kreiskrankenhaus Schmalkalden gGmbH | Schmalkalden | <500 | fg | | 2740 | 0,29 | <10000 | 0,821 | 8 | 25 | 6:18% | 5:16% | 8:13% | 30 | 2,0 | 0,0 | | + | + | + |
| Kreiskrankenhaus Sonneberg und Neuhaus gGmbH | Sonneberg | <500 | ö | | 2714 | 1,08 | <20000 | 0,924 | 8 | 25 | 5:21% | 8:16% | 6:14% | 33 | 0,4 | 3,4 | | - | - | + |

| Krankenhausname | Ort | Betten | Träger | Notfall | BFW | Budget-Konv. in % | Casemix | CMI | Leistungsdichte Basis-DRG | TOP 3 MDC | | | Part. in % | Budget-Anteile in % | Besondere Leistungen | Abweichung Ist-Werte | | | | | | | |
|---|-----------|--------|--------|---------|------|-------------------|---------|-------|---------------------------|-----------|--------|--------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|----|----|---|----|---|---|-------|
| | | | | | | | | | | 25 % | 50 % | | | | | O | ZE | SE | B | N | H | P | Fälle |
| Asklepios Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie | Stadtroda | <500 | p | | 2704 | 1,55 | <5000 | 0,950 | 1 | 2 | 1:877% | 8:5 % | 18:3 % | 0 | 0,4 | 17,8 | N | | | - | - | + | |
| SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH | Suhl | <1000 | p | | 2727 | 0,09 | <50000 | 1,001 | 13 | 45 | 5:14% | 6:12 % | 8:9 % | 39 | 3,2 | 0,1 | N | | | + | - | - | |
| KMG Rehabilitationsklinik sulzhayn GmbH | Sulzhayn | <50 | p | | BE | | | | | | | | | | 0,0 | 100,0 | B | | | nb | | | |
| Capio Klinik a.d. Weißenburg Fachkrankenhaus für Rheumatologie und Innere Medizin | Uhlstädt | <50 | p | | 2747 | 0,03 | <1000 | 0,936 | 1 | 1 | 8:96% | 1:4 % | | | 5,3 | 20,7 | | | | + | - | - | |
| Sophien- und Hufeland Klinikum gGmbH | Weimar | <1000 | fg | | 2707 | 0,99 | <20000 | 0,907 | 7 | 27 | 8:13% | 1:13 % | 6:13% | 29 | 2,4 | 0,6 | N | | | + | + | + | - |

Der Krankenhaus-Report 2010 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2010 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 2010 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im pdf-Format
- alle Tabellen im xls- und pdf-Format
- Krankenhaus-Directory 2008 mit erweiterten Informationen im xls- und pdf-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2000 bis 7/2009 mit Dokumenten zum Download ab 2004.

Zusätzlich zum Buch im Internetportal:

- Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 5, 18, 19 und 20
 - Kapitel 5: eine Tabelle
 - Kapitel 18: fünf Tabellen
 - Kapitel 19: eine Tabelle
 - Kapitel 20: neun Tabellen
- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2008/2009
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1997 bis 2008/2009

Sollten Sie schon im Internetportal des Krankenhaus-Reports registriert sein, so müssen Sie nach dem Einloggen nur den Code für den Krankenhaus-Report 2010 zusätzlich eingeben. Sie erhalten dann Zugang zu den Daten für 2007, 2008/2009 und 2010.

Informationen zum Krankenhaus-Report sind auch hier zu finden: <http://www.wido.de/khreport.html>.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
e.V. (RWI), Hohenzollernstr. 1–3, 45128 Essen

Dr. Boris Augurzky studierte Volkswirtschaftslehre und Mathematik an der Universität Heidelberg. 2001 bis 2003 war er als Berater bei The Boston Consulting Group tätig. Seit 2003 ist er Leiter des Bereichs Gesundheit am RWI. Seine Forschungsinteressen liegen auf angewandten ökonomischen Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsökonomie. Ein Fokus seiner Arbeit liegt auf dem stationären Gesundheitssektor, u. a. ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.



Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft,
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Krankenschwester, Diplom-Soziologin, Dr. rer. pol., habil. Pflegewissenschaft. Inhaberin des Lehrstuhls Epidemiologie-Pflegewissenschaft am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Mitglied der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht (2000–2002), Mitglied der Enquêtekommission NRW zur Zukunft der Pflege (2002–2005), Mitglied im Beirat des Bundesgesundheitsministeriums zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2006–2009), Mitglied des Lenkungsausschusses des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Vorsitzende der DG Pflegewissenschaft (1999–2009).



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.



Dr. med. Annette Busley
MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.,
Lützowstraße 53, 45141 Essen

Geboren 1960. Studium der Humanmedizin, Approbation 1985. Fachärztin für Chirurgie, ärztliches Qualitätsmanagement. Bis 2004 klinische Tätigkeit im Krankenhaus, danach vier Jahre beratende Tätigkeiten im GKV-Bereich. Seit Februar 2008 Fachleiterin stationäre Versorgung beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) in Essen.



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,
 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 Risikostrukturgleichs beim Bundesversicherungsamt. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich und das Spannungsfeld zwischen Markt und Regulation sowie Health Technology Assessment (HTA).



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.



Prof. Dr. med. Jürgen Fritze
50259 Pulheim, A sternweg 65

Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Habilitation für das Fach Psychiatrie 1991. Außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie seit 1997. Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik in Würzburg 1985–1991. Leiter der klinischen Forschung Troponwerke/Bayer 1991–1994. Leitender Oberarzt am Zentrum der Psychiatrie der Universität Frankfurt am Main 1994–1996. Leiter stationäre Versorgung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen 1996–1997. Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) 1993–1997. Geschäftsführer bzw. gesundheitspolitischer Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) seit 2000. Seit 2006 stellvertretender Vorsitzender des „Aktionskreises Psychiatrie e.V.“. Seit 1995 Herausgeber der Fachzeitschrift „psychoneuro“. 1996 bis 2000 Mitglied der Zulassungskommission des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), seit 2006 Mitglied der Expertenkommission Off-Label-Use des BfArM, seit 2007 Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des BfArM. 2002 Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus g GmbH. Seit 1997 Leitender Arzt des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln.



Dipl.-Ing. Alexander Geissler
Technische Universität Berlin,
Institut für Management im Gesundheitswesen,
Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Geboren 1979. 2003–2008 Studium und Diplom des Wirtschaftsingenieurwesens an der Technischen Universität Berlin u. a. mit dem Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen. Während des Studiums Tätigkeiten in verschiedenen Beratungsunternehmen. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (Prof. Dr. Busse) an der Technischen Universität Berlin.



Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. san.
Institut für Gesundheitssystemforschung,
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Geboren 1962. Studium der Medizin in Marburg und der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin in Düsseldorf. Ärztliche Tätigkeit am Universitätsklinikum Marburg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen. DFG-Forschungsstipendium und Postdoctoral Fellowship „Health Services Research“ am Institute for Health Policy Studies der University of California, San Francisco. Habilitation für das Fach Gesundheitssystemforschung an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 2000–2008 Professur für Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit 2009 Lehrstuhlinhaber für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke.



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.



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. rer. pol. Alexander Karmann
TU Dresden, Georg-Schumann-Bau,
Münchner Platz 2–3, 01187 Dresden

Geb. 1948. Studium der Mathematik an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1979 Dr. rer. pol. an der Fakultät Wirtschaftswissenschaften der Universität Karlsruhe; 1983 Habilitation und *venia legendi* für das Lehrgebiet VWL und Statistik an der Universität Karlsruhe. 1986 Professor für VWL an der Universität Hamburg. Seit 1993 Inhaber des Lehrstuhls für VWL, insb. Geld, Kredit und Währung an der TU Dresden mit den Lehrgebieten Monetäre Ökonomie und Gesundheitsökonomie. Seit 2006 Dekan der Fakultät Wirtschaftswissenschaften der TU Dresden.



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. Sebastian Krolop, M. Sc.

ADMED GmbH

Rommerskirchener Str. 21/55, 50259 Pulheim

Studium der Medizin an der Universität Heidelberg/Mannheim, an der Southern Illinois University in Springfield (USA) und an der University of Chicago (USA), Master of Healthcare Management der Akademie für Weiterbildung an den Universitäten Heidelberg und Mannheim e.V. Tätigkeit als Arzt in der Klinik für Anästhesiologie an der Universitätsklinik Heidelberg. Berater bei The Boston Consulting Group. Seit 2002 geschäftsführender Gesellschafter bei der ADMED GmbH mit dem Fokus auf Strategien der Gesundheitswirtschaft mit Konzentration auf den stationären Sektor. Lehrauftrag Krankenhausmanagement an der Hochschule Fresenius. Autor des Krankenhaus Rating Reports sowie des Reha und Pflegeheim Rating Reports



Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser,

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Geboren 1957. Studium der Physik und Volkswirtschaft in Aachen und Kiel. 1986–1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie Promotion über Risikostrukturausgleich. Seit 1990 Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependence des AOK-BV) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). Projektleiter des AOK-Hausarztmodells und 1998–2004 Leiter der Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband. Seit 2005 Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit. Seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



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. phil. 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“.



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.



Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Humanmedizin in Berlin und Frankfurt am Main. Seit 1997 im AOK-Bundesverband tätig, dort bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement beschäftigt, dann Wechsel in das Referat Krankenhäuser und spätere Übernahme der Referatsleitung. Seit Januar 2007 Abteilungsleiter Stationäre Einrichtungen/Rehabilitation.



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.



Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer

**Universität der Bundeswehr,
Institut für Volkswirtschaftslehre,
Werner-Heisenberg-Weg 39, 85577 Neubiberg**

Seit 1976 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München. Mitglied verschiedener Schiedsämter in Bayern. Seit 1997 externes Mitglied des Verwaltungsrates des Klinikums Magdeburg. 1991–1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.



Prof. Dr. med. Walter Popp
Universitätsklinikum Essen, Krankenhaushygiene,
Hufelandstraße 55, 45122 Essen

Geboren 1956. 1975–1981 Medizinstudium in Aachen. 1981–1983 Wehrdienst als Stabsarzt in Düsseldorf. 1983–1989 Klinische Zeit am Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer, Abschluss als Facharzt für Innere Medizin. Seit 1989 am Universitätsklinikum Essen. Dort Erwerb der Facharztbezeichnungen für Arbeitsmedizin und Hygiene, Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement. Habilitiert in Arbeitsmedizin über kanzerogene Arbeitsstoffe, ca. zehn Jahre lang Mitglied der MAK-Kommission der DFG. Seit 1999 Krankenhaushygieniker des Universitätsklinikums Essen. Mitglied im Vorstand der DGKH (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene) und IFIC (International Federation of Infection Control).



Dr. med. MSc. Thomas Rath
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln
(AÖR), Gleueler Straße 176–178, 50935 Köln

Geboren 1968. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln, Arzt an der Klinik I der Uniklinik Köln; Arbeitsschwerpunkte: Rheumatologie, Onkologie, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung (Consumer-directed Health Care).



Jörg Reschke
HELIOS Kliniken GmbH, Friedrichstraße 136, 10117 Berlin

Studium der Betriebswirtschaft. 1996 Assistent der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH. Nach Stationen als Leiter HELIOS Konzerneinkauf, Geschäftsführer der HELIOS Kliniken Aue und Berlin-Buch seit 2006 Regionalgeschäftsführer für die Region Berlin-Brandenburg. Seit 2008 Mitglied der Konzerngeschäftsführung der HELIOS Kliniken Gruppe. Zu seinen beruflichen Schwerpunkten gehören die Bereiche Krankenhausfinanzierung und -organisation.



Prof. Dr. med. 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.



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.



Prof. Dr. rer. pol. Christoph M. Schmidt, Ph. D.
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
e.V. (RWI), Hohenzollernstr. 1–3, 45128 Essen

Geb. 1962. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim. Promotion an der Princeton University und 1995 Habilitation an der Universität München. Seit 2002 Präsident des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) und Professor an der Ruhr-Universität Bochum. Seit März 2009 Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.



Dr. rer. nat. Olaf Schoffer
Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen,
Forschungsdatenzentrum,
Macherstraße 63, 01917 Kamenz

Geboren 1974 in Dresden. Studium der Statistik an der Universität Dortmund. Stipendiat des Dortmunder Graduiertenkollegs „Angewandte Statistik“. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl Statistik und Ökonometrie – Fachbereich Statistik der Universität Dortmund. Promotion 2003. Seit 2004 Referent im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen für das Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter mit fachlichem Schwerpunkt auf Gesundheits- und Sozialstatistik. Gleichzeitig Wahrnehmung von Lehraufträgen an den Technischen Universitäten Dresden und Dortmund.



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. phil. 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“.



Christian Wehner
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1980. Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth, Massey University (Palmerston North, Neuseeland) und Stellenbosch University (Stellenbosch, Südafrika). 2005 Projektmitarbeiter für Krankenhaus-Prozessoptimierung bei Siemens Medical Solutions USA, Inc. (Malvern, PA, USA). Seit 2007 Mitarbeiter der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband für den Bereich Krankenhausfinanzierung, -vergütung und Verhandlungsmanagement



Dr. rer. pol. Andreas Werblow
TU Dresden, Georg-Schumann-Bau,
Münchner Platz 2–3, 01187 Dresden

Geboren 1965. Studium der Volkswirtschaftslehre in Dresden. 1998 Diplom, 2004 Promotion an der Universität Magdeburg. 1998 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Dresden. 1999-2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Magdeburg. Seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Dresden.



Johannes Wolff
GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser,
Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Geboren 1978. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Seit 2004 Mitarbeiter der Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation im Referat Krankenhaus im AOK-Bundesverband, ab 2007 Referatsleiter Krankenhaus. Seit 2008 Referent in der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



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.

Index

A

Advanced Nursing 219, 221
Ambulante Operationen 33, 343
Ambulantisierung 7, 32
Amtliche Krankenhausstatistik 47, 73,
387–388, 417
Aufnahme- und Entlassungsmanage-
ment 214

B

Basisfallwert 10, 19, 127–146, 266,
282, 312, 316, 318, 440–442
Bettenabbau 31–32, 38, 74, 323, 331
Bettenauslastung 15, 27–28, 31–32,
74, 327, 332, 344, 418–419, 427,
429
Bettengrößenklassen 82–83, 327
Bewertungsrelation 110, 130, 133,
136, 206, 299, 306, 310, 312, 317,
416, 440, 444–447
Budgetkonvergenz 138, 439–440,
448
Bundesbasisfallwert 16, 292, 297,
299
Bundespfllegesatzverordnung (BPflV)
108, 182, 342

C

Casemix 130, 133–134, 136, 145,
311–312, 441, 444–449
Casemix-Index (CMI) 41–42, 47, 51,
57, 63, 70, 74, 83, 85–87, 92–95,
316, 445, 447, 449, 451

D

Divergenzeffekt 306, 308, 316
DRG-Einführung 6, 38–39, 58, 60, 63,
72, 94, 106, 220, 282
DRG-Entgeltsystem 388
DRG-Fallpauschalen 3–4, 11, 127–
128, 300, 440, 448
Duale Krankenhausfinanzierung 8

E

Effizienzfrontanalyse 41, 43
Effizienzreserven 25, 40, 69
Einsparpotenziale 25, 43, 70, 78, 95,
355
Einzugsgebiet 41–43, 45, 47–49, 57,
60
Ergebnisqualität 158, 207, 219–220,
239–240, 242, 244, 247–248, 250–
253
Erwachsenenpsychiatrie 187–189,
194, 196, 201

F

Fallschwere 41, 44, 47, 57, 71, 73–74,
85–86, 95, 306, 445, 447
flächendeckende Versorgung 4, 99–
100, 105
Fördermittel 18–19, 23, 150, 300
Fusionen 39, 72, 88, 102, 275, 323,
421

G

Gesundheitsmarkt 46, 151–156, 158,
161

- Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 159
- Gesundheitspolitik 102, 225, 275–278, 280
- GKV-Modernisierungsgesetz 10
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 10, 39, 167–168, 293
- Großgeräte 45, 56, 60, 63, 323, 330, 420, 424
- H**
- Hochspezialisierte Leistungen 130, 167, 448
- Hygienefachpersonal 223
- Hygienemängel 223, 231–232
- I**
- Infektionsschutzgesetz 235
- Insolvenzgefahr 13, 22
- Investitionsfinanzierung 8–9, 16, 23–24, 105, 107, 110, 116–125, 292–293, 297, 299–302
- Investitionspauschale 9, 23, 299–300
- K**
- Kinder- und Jugendpsychiatrie 182, 187–189, 194, 200, 332
- Klinikketten 17, 150, 152–155, 161, 282, 298
- Kollektivverträge 11, 284, 286, 288, 290, 298
- Komplikationen 158, 219, 240, 248–251, 373, 396
- Konjunkturpaket II 13–14, 16, 20, 119, 121–122, 124, 292–293
- Konvergenz 14–16, 21, 52, 136, 138, 147, 208, 305–313, 316, 318, 441–443
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 16, 102, 125, 133–134, 140–144, 182, 196, 200, 205–206, 311–312, 316, 342, 385–389, 439
- Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 4, 9–11, 13–16, 19, 22–23, 107, 118, 123–125, 128, 132, 136–138, 141–142, 144, 146, 181–182, 280–282, 289, 294–299, 305–306, 320, 327
- Krankenhausinfektionen 223, 227, 287, 289, 292
- Krankenhausplanung 6, 9, 12, 24, 86, 98–99, 102, 105–106, 186, 240, 282, 327
- Kurzlieger 48, 130, 143, 173, 355, 358, 361, 392
- L**
- Landesbasisfallwert (LBFW) 15–16, 22–23, 132–133, 136–138, 141, 294, 305–313, 316–318, 441
- M**
- Medikationsfehler 227
- Medizinferner Bereich 70, 72, 78, 95
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) 38, 77, 101, 149, 159–160, 163, 280, 288
- Mindestmengenvereinbarung 99–100
- Monistische Finanzierung 8, 14, 23, 153, 162, 282
- Mortalität 57, 61, 219, 231, 242–243, 250, 257, 261, 263, 269
- Mortalitäts-Scores 255, 266, 270
- N**
- Nicht-stationäre Behandlungen 168
- Nosokomiale Infektionen (NI) 223–224, 229, 236–237

O

Ordnungspolitik 7, 10
Outsourcing 15, 17, 80, 87–88, 93–94

P

Patientenzufriedenheit 158–159, 228
Pay-for-Performance 23–24, 236, 252, 283
Personalentwicklung 73, 92, 94
Pflegedienst 10, 15, 78, 209–214, 218–219, 221, 337, 339, 341, 345, 347, 420, 425–426
Pflegekomplexmaßnahmen 212–213
Pflegepersonalregelung (PPR) 213
Portalkliniken 101
Preiswettbewerb 11, 46, 65, 283
Price-Cap-Regulation 127, 131, 146
Primary Nursing 215, 220
Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 181–184, 191–200, 203–208, 294
Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 181, 183–184, 187, 190–191, 208, 294, 344, 388

Q

Qualitätsbericht 20, 157, 236, 244, 253, 256, 269
Qualitätsindikatoren 57, 207, 244, 247, 283, 290, 301
Qualitätsmanagement 72, 95, 103, 149, 158, 161–162, 240, 287, 300
Qualitätssicherung 20, 104, 158, 236, 239, 251–253, 278–279, 283, 288, 290, 292, 295, 300–301
Qualitätswettbewerb 11, 65, 283

R

Rationalisierungspotenziale 25, 36
Relativgewichte 182, 192
Ressourcenverbrauch 181, 199, 201–202, 213, 445
Risikoadjustierung 61, 251, 256, 263, 267

S

Sachkosten 4, 14–15, 17, 41, 49, 51, 72–73, 80, 82, 87–88, 93–94, 319, 345, 347, 351, 353
Sanierungsabschlag 136, 140
Schnittstellenmanagement 216–217
Selbstkostendeckungsprinzip 117
Selektivverträge 10, 275, 280–283, 286, 288, 290, 298
Shared Decision Making 215
Skaleneffizienz 51, 55, 67–68
Skaleneffizienz 55, 67–68
Sonstige Entgelte 310, 313, 448, 451
Sterblichkeit 242, 255, 263, 266–267, 270
Strukturwandel 3–4, 23, 327

T

Trägerschaft 45–46, 60, 62–65, 69, 80, 88, 90, 92, 95, 149, 155, 161, 288, 329, 351, 424, 439–440, 443

U

Über-, Unter- und Fehlversorgung 10
Überkapazitäten 6–7, 25–26, 28, 38, 158, 279
Unterfinanzierung 4, 184, 284

V

- Versorgungsauftrag 4, 11, 187
- Verweildauer 3, 5–7, 15, 27–28, 31–32, 47–48, 72, 74, 94, 158–159, 169–170, 188, 190, 209–210, 215, 217, 220, 321, 327, 330, 332, 342, 345, 353, 355, 358, 360–364, 375, 377, 389, 400, 406–407, 418–419, 429, 431
- Vollkräfteäquivalente (VKÄ) 49, 71, 73–74, 78, 80, 83, 85–87, 94
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 57, 271, 320, 354, 417–430, 436

W

- Wettbewerbsparameter 58, 149, 283
- Wiederaufnahmen 248
- Wirtschaftlichkeitsreserven 122, 128, 131, 133
- Wohnortnahe Krankenhausversorgung 57

Z

- Zusatzentgelte 128, 130, 140, 142–143, 300, 310, 312–313, 315, 448
- Zuweisungsmanagement 169

Die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Den Krankenhäusern wurde durch das DRG-System eine Anpassungsleistung abverlangt, andere Faktoren, wie die rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder, sind belastend hinzugekommen. In der öffentlichen Diskussion werden dabei oftmals die krisenhaften Aspekte betont, sodass man den Eindruck gewinnen könnte, die Krankenhauslandschaft insgesamt befinde sich in einer Zwickmühle zwischen Kostenexplosion und steigender Belastung infolge der demographischen Entwicklung.

Vor diesem Hintergrund untersucht der **Krankenhaus-Report 2010**, wie kritisch sich die Marktentwicklung tatsächlich darstellt, an welchen Stellen externe Einflüsse entscheidend sind und wie weit die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser selbst reichen. Im Rahmen des Schwerpunktthemas »**Krankenhausversorgung in der Krise?**« analysiert der Krankenhaus-Report insbesondere:

- die wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern
- Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich
- Effizienzreserven im stationären Bereich
- die Entwicklung des Personalbestandes deutscher Krankenhäuser
- Determinanten der Krankenhausanzahl
- die Lage der Investitionsfinanzierung
- Vergütungsniveaus stationärer Leistungen
- Erfolgsfaktoren aus Sicht einer privaten Klinikette

Weitere interessante Themen werden **zur Diskussion** gestellt:

- das ambulante Potenzial in der onkologischen Versorgung
- das Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen
- die Situation des Pflegepersonals
- Hygienefehler im Krankenhaus
- der Einfluss von Strukturmerkmalen auf die Qualität der Krankenversorgung

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 **Krankenhauspolitische Chronik**.

Das **Internetportal** zum Krankenhaus-Report enthält alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000. Den Zugang zum Internetportal ermöglicht der im Buchumschlag eingedruckte Code.

ISBN 978-3-7945-2726-7



9 783794 527267