

**Klauber
Robra
Schellschmidt**



Krankenhaus-Report 2007

**Krankenhausvergütung –
Ende der Konvergenzphase?**



mit Online-Zugang

Zugang zum Internetportal des »**Krankenhaus-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 473)

... 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: **KHR2007-6434-24sPva**

Jürgen Klauber
Bernt-Peter Robra
Henner Schellschmidt

Krankenhaus- Report 2007

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2007

Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

Editorial Board

Gerhard Brenner

Saskia Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn

Rolf Hoberg

Jörg-Dietrich Hoppe

Hans-Helmut König

Karl W. Lauterbach

Michael Monka

Günter Neubauer

Dieter Paffrath

Barbara Schmidt-Rettig

Rüdiger Strehl

Axel Wiest

Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Volker E. Amelung

Andreas Beivers

Ute Bölt

Thomas Braun

Holger Bunzemeier

Thomas Dirschedl

Hermann Ewald

Stefan Felder

Stefan Fetzer

Wolfgang Fiori

Axel Focke

Jörg Friedrich

Andreas Gerber

Thomas Graf

Christian Günster

Günther Heller

Desdemona Hucke

Gerhard Igl

Ludwig Kuntz

Karl W. Lauterbach

Wulf-Dietrich Leber

Gregor Leclerque

Andreas Lehr

Markus Lungen

Bernd-Oliver Maier

Jürgen Malzahn

Matthias Mohrmann

Günter Neubauer

Katrin Paschen

Ferdinand Rau

Norbert Roeder

Isabelle Rotter

Torsten Schelhase

Thomas Schindler

Nils Schneider

Jutta Spindler

Rüdiger Strehl

Enno Swart

Karl Heinz Tuschen

Jutta Visarius

Jürgen Wasem

Johannes Wolff

Rainer Wuttke

Mit 54 Abbildungen und 75 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Krankenhaus-Report

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Str. 1

53177 Bonn

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

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

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

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

© 2008 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, D-70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

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

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Heisinger Straße 16, 87437 Kempten/Allgäu

Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

ISBN: 978-3-7945-2609-3

Vorwort

Bereits seit mehreren Jahren befindet sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland in einem grundlegenden Wandel. Während in der aktuellen Berichterstattung über das Gesundheitswesen derzeit ohne Zweifel das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Vordergrund steht, darf hierüber nicht vergessen werden, dass speziell im Krankenhausbereich mit der vor einigen Jahren erfolgten Einführung der G-DRGs ein geradezu epochaler Wandel in der Vergütung von stationären Krankenhausleistungen eingeleitet wurde, der längst nicht zum Abschluss gekommen ist. Tatsächlich hat die Vergütung über die G-DRGs den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern schon in fundamentaler Weise verändert; sie könnte darüber hinaus auch im Verhältnis der Krankenhäuser zu den übrigen Akteuren in diesem Bereich – dem Bund, den Ländern, den Kostenträgern, um nur einige zu nennen – noch weitere nachhaltige Veränderungen bewirken. Zumindest adressiert das neue Vergütungssystem entsprechende Aufforderungen an die Politik, etwa bezogen auf die Fragen der zukünftigen Bedarfsplanung, der Finanzierung der Investitionen oder auch dem zukünftigen Vertragsspielraum.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der Krankenhaus-Report 2007 erneut den G-DRGs und ihren Auswirkungen auf die Entwicklung des Krankenhausbereichs. Der Schwerpunkt behandelt dabei insbesondere den sogenannten Konvergenzprozess. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Einführung der G-DRGs in einem geordneten, mehrere Jahre andauernden Prozess vonstatten gehen soll. Dies betrifft nicht nur die Anpassung des Fallpauschalenkatalogs an die deutschen Gegebenheiten, sondern vordringlich auch die schrittweise Annäherung der krankenhausspezifischen Vergütungen an das landesdurchschnittliche Niveau. Je nach Ausgangslage der Kliniken ist dieser Prozess mit deutlichen Erlösverlusten oder -gewinnen verbunden und macht entsprechende Anpassungsleistungen der Krankenhäuser notwendig.

Der Konvergenzprozess hat im Jahre 2005 begonnen und soll, dem Willen des Gesetzgebers zufolge, im Jahre 2009 abgeschlossen sein. Der Krankenhaus-Report 2007 zieht daher – gewissermaßen auf halber Wegstrecke – eine erste Bilanz der bisherigen Entwicklung. Hierzu gehört sowohl der politische Prozess der DRG-Einführung als auch die Weiterentwicklung des DRG-Systems als solches, einschließlich der damit verbundenen Veränderungen, z. B. im Bereich des Kodierverhaltens. Über die Bestandsaufnahme hinaus stellt der Krankenhaus-Report 2007 aber auch die Frage nach dem zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen, in dem sich die Krankenhäuser nach 2009 bewegen werden. Wenngleich die großen Linien bereits festgelegt wurden, sind noch wesentliche Fragen offen. Mit seinem Schwerpunkt will der Krankenhaus-Report 2007 erneut zur Klärung der politischen und fachlichen Fragen beitragen. Wie in den vorangegangenen Jahren nimmt sich der Krankenhaus-Report in der Rubrik „Zur Diskussion“ weiterer Themen von besonderem Interesse oder Aktualität an. Hierzu gehören Fragen zum Wettbewerbsparameter Versorgungsqualität, konkret zur Messung von Versorgungsqualität mit Routinedaten sowie Konzepte und Erfahrungen mit leistungs- bzw. qualitätsorientierten Vergütungskonzepten unter dem Stichwort „Pay

for Performance“ wie auch die künftige Rolle der Palliativmedizin in der deutschen Gesundheitsversorgung.

Insgesamt behält der Krankenhaus-Report auch in diesem Jahr seinen bewährten Aufbau bei. Dies bezieht sich auch auf die Ergänzung der Fachartikel durch umfangreiche Darstellungen und Analysen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes. Beleuchtet werden Strukturdaten sowohl der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken als auch der Krankenhauspatienten. Anknüpfend an die Veröffentlichungen der vergangenen Jahre können hierbei für den Krankenhausbereich Entwicklungen im Zeitverlauf und damit die Dynamik der Veränderungen anschaulich belegt werden. Erstmals in diesem Jahr finden sich im Rahmen der Statistikbeiträge des Statistischen Bundesamts auch Analysen zu Diagnosen und medizinischen Prozeduren auf Basis der DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Das Krankenhaus-Directory präsentiert in mittlerweile bewährter Form für mehr als 1 600 Krankenhäuser zentrale Leistungs- und Budgetparameter aktuell für das Jahr 2006. Die Daten geben unter anderem Aufschluss darüber, ob sich ein Krankenhaus im Rahmen des Konvergenzprozesses besser oder schlechter gestellt hat.

Enthalten ist auch dieses Jahr die krankenhauspolitische Chronik, in der alle wichtigen, das Gesundheitswesen und speziell den Krankenhausbereich betreffenden politischen Ereignisse des vergangenen Jahres nachgezeichnet werden. Im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de findet sich die vollständige Chronik mit allen Inhalten seit dem Jahr 2000. Es enthält zudem alle Abbildungen und Tabellen des Buches.

Allen Mitgliedern des Editorial Boards sei an dieser Stelle für ihren Einsatz und ihre kompetente Unterstützung bei der Konzipierung des diesjährigen Krankenhaus-Reports, aber auch für zahlreiche weitere Hilfestellungen herzlich gedankt. Gleichfalls bedanken möchten wir uns beim Schattauer-Verlag für die unverändert sehr gute Zusammenarbeit bei der verlegerischen Betreuung des Buches.

Abermals gilt der Dank der Herausgeber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Unser besonderer Dank gilt in diesem Jahr Jörg Friedrich und Gregor Leclerque vom WIdO, die mit großem Engagement das Entstehen des diesjährigen Reportes fachlich begleitet haben und ohne die das Buch so nicht zustande gekommen wäre. Ebenfalls danken wir besonders Susanne Sollmann für die kompetente und zuverlässige redaktionelle Betreuung des Buches sowie Ulla Mielke, die mit großem Engagement die Produktion der Grafiken, Tabellen sowie die Aufbereitung der Daten für das Internet übernommen hat.

Bonn und Magdeburg, im November 2007

Jürgen Klauber
Bernt-Peter Robra
Henner Schellschmidt

Inhalt

Teil I Schwerpunktthema: Das Ende der Konvergenz

A. Zwischenbilanz der DRG-Einführung

1	Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz	3
	Thomas Braun, Ferdinand Rau und Karl Heinz Tuschen	
1.1	Zwischenbilanz	3
1.1.1	Zielsetzungen	3
1.1.1.1	Inhaltliche Ziele	4
1.1.1.2	Ziele zur Ausgestaltung des G-DRG-Systems	4
1.1.2	Zielerreichung	5
1.1.2.1	Bisherige Auswirkungen auf die Krankenhäuser	5
1.1.2.2	Weiterentwicklung des DRG-Systems	16
1.1.3.	Beteiligung der Akteure	17
1.2	Zielsetzungen für die Krankenhausfinanzierung ab 2009	18
1.3	Fazit und Ausblick	20
1.4	Literatur	21
2	Ein lernendes Vergütungssystem Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem	23
	Norbert Roeder, Holger Bunzemeier und Wolfgang Fiori	
2.1	Ausgangssituation	23
2.2	Datengrundlage für die G-DRG-Systementwicklung	24
2.2.1	Kalkulationsmodell	25
2.2.2	Kalkulation von Zu- und Abschlägen	26
2.2.3	Kostenausreißer	27
2.3	Kernelemente der Klassifikationsänderungen	28
2.3.1	Entwicklung des G-DRG-Klassifikationssystem	28
2.3.1.1	Abbildung spezialisierter Behandlungsstrukturen und -inhalte über Komplexbehandlungen	29
2.3.1.2	Abbildung von Mehrfachleistungen	31
2.3.1.3	Abbildung von besonderen Schwerpunkten	32
2.3.1.4	Weiterentwicklung der Schweregradbewertung	33
2.3.1.5	Änderungen in der Abfragehierarchie	34
2.3.2	Teilstationäre Leistungen	37
2.3.3	Zusatzentgelte (ZE)	38
2.3.4	Innovationsfinanzierung unter DRG-Bedingungen	39
2.4	Systemreife und zukünftige Entwicklung	41
2.4.1	Systemreife	41
2.4.2	Zukünftige Entwicklung	42
2.5	Literatur	45

3	Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung	49
	Jürgen Wasem, Isabelle Rotter, Axel Focke, Gerhard Igl	
3.1	Leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser und verändertes Kodierverhalten	49
3.2	Der rechtliche Rahmen	50
3.2.1	Die gesetzliche „vereinfachte Ermittlung“	50
3.2.2	Was ist unter „kodierbedingte Veränderung“ zu verstehen?	51
3.2.3	Wer trägt die Beweislast?	52
3.2.4	Anwendung des durch das GKV-WSG geänderten § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG auf noch laufende bzw. beklagte Budgetverfahren für das Jahr 2006?	52
3.3	Modelle zur Messung von Upcoding	53
3.3.1	Das „Nüßle-Modell“: Nebendiagnosen-Effizienz	53
3.3.2	Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region: Differenzierter Erlösbericht	55
3.3.3	Komponentenzerlegung des WIdO	56
3.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	57
3.5	Literatur	58

Teil II Schwerpunktthema: Das Ende der Konvergenz

B. Nach der Konvergenzphase

4	Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion	63
	Günter Neubauer und Andreas Beivers	
4.1	Ende der Konvergenzphase	64
4.2	Welche Fragen stehen zur Lösung an?	64
4.2.1	Wie viel staatliche Krankenhausplanung?	65
4.2.2	Staatliche Investitionsförderung	65
4.2.3	Wie viel Steuerung über die Krankenkassen ist möglich?	66
4.2.4	Wie viel Mitwirkung der Versicherten und Patienten ist zumutbar?	66
4.2.5	Sektorübergreifende Koordination der Patientenversorgung	66
4.3	Welche Vorschläge werden gemacht?	67
4.3.1	Staatliche Krankenhausplanung	67
4.3.2	Staatliche Investitionsförderung	68
4.3.3	Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen	70
4.3.3.1	Neuordnung der vertraglichen Beziehungen	70
4.3.3.2	Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb	72
4.3.3.3	Sicherstellung der Notfallversorgung	73
4.3.4	Mitwirkung der Versicherten und Patienten	74
4.4	Sektorübergreifende Aspekte	75

4.5	Ordnungspolitische Bewertung	77
4.6	Ausblick: Kommt die Neuordnung vor 2009?	79
4.7	Literatur	80
5	Elektiv wird selektiv	
	Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009	81
	Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff	
5.1	Ordnungspolitischer Handlungsbedarf	82
5.1.1	Vollendung der Konvergenzphase	82
5.1.2	Ende der Sicherstellung	83
5.1.3	Erosion der dualen Finanzierung	83
5.1.4	Kassenwettbewerb	84
5.1.5	Öffnung für ambulante Leistungen	85
5.2	Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Krankenhausleistungen	87
5.2.1	Abschied vom monolithischen Budget	87
5.2.2	Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen	88
5.2.3	Optionsmodell für Ausschreibungen	91
5.2.4	Abgrenzung des elektiven Fallspektrums	93
5.2.5	Qualitätssicherung der selektiven Leistungen	95
5.2.6	Andere ordnungspolitische Konzepte	97
5.3	Grundzüge eines nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens	99
5.3.1	Vollendung der Konvergenz und kontinuierliche DRG-Weiterentwicklung	99
5.3.2	Landes- oder Bundesbasisfallwert	100
5.3.3	Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung	101
5.3.4	Die Rolle der Bundesländer	102
5.3.5	Vereinbarungsprinzip für ambulante Krankenhausleistungen	103
5.4	Der Ordnungsrahmen im Überblick	103
5.5	Literatur	105
6	Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag	107
	Desdemona Hucke, Ludwig Kuntz und Rainer Wuttke	
6.1	Einführung	107
6.2	Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Aktuelle Situation ..	108
6.3	Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Vor- und Nachteile ..	110
6.4	Selektives flexibles Budget	112
6.5	Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ am Beispiel eines Krankenhausverbundes	112
6.6	Umsetzung	116
6.7	Fazit	118
6.8	Literatur	118

7	Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung	121
	Rüdiger Strehl	
7.1	Grunddaten	121
7.1.1	Aufgaben, Leistungen, Kapazitäten	121
7.1.2	Erträge, Kosten, Ergebnisse	122
7.1.3	Investitionen	124
7.1.4	Internationaler Rang	124
7.2	Gegenwärtige Situation der Hochschulmedizin in Deutschland	125
7.2.1	Rahmenbedingungen Gesundheitspolitik	125
7.2.2	Rahmenbedingungen Wissenschaftspolitik	126
7.2.3	Rahmenbedingungen Finanzpolitik	128
7.3	Perspektivische Entwicklungsoptionen	130
7.3.1	Quantitative Reaktionen	130
7.3.2	Strukturelle Strategien	133
7.3.3	Dritter Sektor	136
7.3.4	Innovationen	138
7.3.5	Strategische Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin	139
7.4	Literatur	141
8	„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung	143
	Stefan Felder, Stefan Fetzer und Jürgen Wasem	
8.1	Einleitung	144
8.2	Die Webfehler einer dualistischen Krankenhausfinanzierung	145
8.3	Unüberwindbare Übergangsprobleme?	147
8.3.1	Investitionsstau	147
8.3.2	Ungleiche Startchancen	148
8.4	Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung	149
8.4.1	Ausschreibung des Angebots in strukturschwachen Regionen	150
8.4.2	Verantwortungsträger der Sicherstellung	150
8.4.2.1	Sicherstellung durch die Kassen	151
8.4.2.2	Sicherstellung durch die Kommunen	151
8.5	Fazit	152
8.6	Literatur	153

Teil III Zur Diskussion

9	Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?	157
	Markus Lünen, Andreas Gerber und Karl W. Lauterbach	
9.1	Pay-for-Performance als Neudefinition des Wettbewerbs	157
9.1.1	Definition und Entwicklung des Begriffs	157

9.1.2	Formale Wirkungen von PfP	159
9.1.3	Indirekte Formen von PfP	160
9.2	Anfänge und Erfahrungen im Ausland	160
9.2.1	Reviews über PfP in der Literatur	161
9.2.2	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	162
9.2.3	Großbritannien	163
9.3	Probleme des Pfp und mögliche Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen	164
9.3.1	Kritik an Pfp	164
9.3.2	Relevante Fragen bei einer Übertragung nach Deutschland	165
9.4	Fazit	167
9.5	Literatur	168
10	Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)	171
	Günther Heller, Christian Günster und Enno Swart	
10.1	Einführung	171
10.2	Stand des Projekts Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)	173
10.3	Weiterentwicklung von QSR	177
10.4	Perspektiven der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mit Routinedaten	179
10.5	Fazit	183
10.6	Literatur	183
11	Komponentenzerlegung und Warenkorbbänderungen	185
	Christian Günster	
11.1	Einleitung	185
11.2	Anwendung der Komponentenzerlegung auf AEB-Daten	187
11.3	Warenkorbbänderungen	188
11.4	Marktzugangs- und -abgangskomponente	190
11.5	Fazit	194
11.6	Literatur	194
12	Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg	195
	Peter Dirschedl und Matthias Mohrmann	
12.1	Einleitung	195
12.2	Rechtsgrundlagen	196
12.3	Methodische Aspekte des Prüfverfahrens	197
12.3.1	Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene	197
12.3.2	Vereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg	199
12.4	Praktische Erfahrungen	200
12.5	Ergebnisse	201
12.6	Diskussion	206
12.6.1	Diskussion der Methodik	206

12.6.2	Diskussion der Ergebnisse	208
12.7	Fazit	209
12.8	Literatur	210
13	Perspektiven der Palliativversorgung	211
	Hermann Ewald, Bernd-Oliver Maier, Volker E. Amelung, Thomas Schindler und Nils Schneider	
13.1	Stand der Palliativversorgung in Deutschland und Meilensteine aus der jüngeren Vergangenheit	211
13.1.1	Problemstellung	211
13.1.2	Grundlagen und Definitionen	212
13.1.3	Angebote der spezialisierten Palliativversorgung	213
13.1.4	Gutachten und Expertisen zur Palliativversorgung aus der jüngeren Vergangenheit	214
13.2	Die Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen	217
13.2.1	Spezifische Versorgungsaspekte bei Palliativpatienten	217
13.2.2	Der Faktor Zeit in der Palliativversorgung	218
13.2.3	Ausdifferenzierung von Strukturen	219
13.2.4	Ansätze aus Australien	220
13.2.5	Lösungsmöglichkeiten	220
13.3	Palliativversorgung im Fokus der Gesundheitspolitik: Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes	221
13.3.1	Risiken durch die aktuelle Gesetzgebung	222
13.3.2	Strukturkomponenten einer zukunftsfähigen Palliativversorgung	223
13.4	Literatur	224

Teil IV Krankenhauspolitische Chronik

14	Krankenhauspolitische Chronik: 2006 (August) bis 2007 (Juli)	229
	Jutta Visarius und Andreas Lehr	

Teil V Daten und Analysen

15	Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz	257
	Jörg Friedrich, Gregor Leclerque und Katrin Paschen	
15.1	Einführung	258
15.2	Der Mechanismus der Budgetkonvergenz	259
15.3	Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets	261
15.3.1	Datenbasis	261

15.3.2	Gewinner und Verlierer der Konvergenz	261
15.3.3	Abstand zum LBFW	262
15.3.4	Statuswechsler	264
15.3.5	Annäherung an den Landesbasisfallwert 2006	265
15.4	Allgemeine Budgetentwicklung	265
15.4.1	Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten	265
15.4.2	Budgetbereinigungstatbestände	266
15.4.3	Leistungsveränderungen	268
15.4.4	Budgetverteilung	269
15.5	Entwicklung der Basisfallwerte	273
15.6	Fazit	275
15.7	Literatur	276
16	Statistische Krankenhausdaten:	
	Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2005	277
	Ute Bölt	
16.1	Vorbemerkung	277
16.2	Kennzahlen der Krankenhäuser	279
16.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser	279
16.3.1	Sachliche Ausstattung	279
16.3.2	Angebot nach Fachabteilungen	289
16.3.3	Personal der Krankenhäuser	295
16.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	299
16.4.1	Vollstationäre Behandlungen	299
16.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen	300
16.4.3	Ambulante Operationen	301
16.5	Kosten der Krankenhäuser	302
16.6	Exkurs: Psychiatrische Krankenhäuser	307
17	Statistische Krankenhausdaten:	
	Diagnosedaten der Krankenhäuser 2005	309
	Torsten Schelhase	
17.1	Vorbemerkung	309
17.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten	310
17.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten	314
17.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten	314
17.3.2	Verweildauer der Patienten	316
17.3.3	Regionale Verteilung der Patienten	318
17.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten	320
17.4.1	Diagnosen der Patienten	320
17.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht	323
17.4.3	Verweildauer bei bestimmten Diagnosen	331
17.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen	334
17.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2005	334
17.6	Ausblick	341

18	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	343
	Jutta Spindler	
18.1	Vorbemerkungen	343
18.2	Erläuterungen zur Datenbasis	344
18.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	345
18.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	349
18.5	Operationen und medizinische Prozeduren	352
18.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	361
18.7	Ausblick	364
19	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	371
	Thomas Graf	
19.1	Vorbemerkung	371
19.2	Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	372
19.3	Das Angebot von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	374
19.3.1	Sachliche Ausstattung	374
19.3.2	Personelle Ausstattung	378
19.3.3	Fachlich-medizinische Ausstattung	380
19.4	Die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	382
19.4.1	Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten)	382
19.4.2	Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen mit mehr als 100 Betten	383
 Teil VI Krankenhaus-Directory		
20	Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006	393
	Der Krankenhaus-Report 2007 im Internet	473
	Autorenverzeichnis	474
	Index	490

Einführung

Gregor Leclerque und Bernt-Peter Robra

Die politische Entscheidung, die Vergütung der Krankenhäuser von tagesgleichen Pflegesätzen fast vollständig auf diagnosebasierte Fallpauschalen umzustellen, schafft Anreize, die Versorgungsprozesse in den Krankenhäusern neu zu strukturieren. Die leistungsbezogene Vergütung fördert Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Damit der Umbau des Systems die Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhäuser nicht überfordert, hat ihn der Gesetzgeber als gestuften Konvergenzprozess gestaltet.

Mit dem vorliegenden Band widmet sich der Krankenhaus-Report bereits zum dritten Mal schwerpunktmäßig der deutschen Fallpauschalvergütung (G-DRGs). Er begleitet damit den Konvergenzprozess. Im Jahr 2000 stellte der Krankenhaus-Report mit dem Schwerpunkt „Vergütungsreform mit DRGs“ das G-DRG-System unmittelbar nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens umfassend dar. 2003 enthielt er unter dem Schwerpunkttitel „G-DRGs im Jahre 1“ eine Bestandsaufnahme im ersten Jahr der praktischen Anwendung der Fallpauschalen. Ein erneuter Schwerpunkt soll die Erfahrungen zusammenfassen und offene Fragen beleuchten, die zum Abschluss der Konvergenzphase entschieden werden müssen. Während das Ziel, ein konsistentes Vergütungssystem für stationäre Leistungen zu schaffen, weitgehend erreicht zu sein scheint, werden – auch im Kielwasser des für viele Seiten unbefriedigend gebliebenen GKV-WSG – zahlreiche Aspekte der künftigen ordnungspolitischen Ausgestaltung des Gesundheitssystems weiter lebhaft diskutiert. Der vorliegende Krankenhaus-Report ist auch als Beitrag zu dieser Diskussion zu sehen.

Zwischenbilanz der DRG-Einführung

Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz

Wie bei einer Reform mit derartigem Umfang, Komplexität und Tragweite kaum anders möglich, sind zahlreiche Systemaspekte gesetzlich nicht abschließend definiert worden. Die Durchführung einer Konvergenzphase war sogar mit der Notwendigkeit begründet worden, die Ausgestaltung des Systems im Lichte der Erfahrungen anzupassen. Wichtigstes Beispiel ist die fortlaufende Überarbeitung des G-DRG-Katalogs.

Einen wesentlichen Anhaltspunkt zur Beurteilung der bisherigen Entwicklung bilden die Ziele, mit denen die Einführung des Fallpauschalensystems begründet worden war. Die inhaltlichen Ziele bezogen sich auf eine größere Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung, verbunden mit einer Erhöhung der Transparenz, einer Stärkung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung und einer Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern. Dabei durfte die Qualität der Krankenhausversorgung nicht aus dem Auge verloren werden.

Hinsichtlich der systemischen Ziele lag ein besonderes Augenmerk auf der Handhabbarkeit des G-DRG-Systems. Eine Balance zwischen Standardisierung und Abbildungstreue des Pauschalensystems musste gefunden und iterativ verbessert wer-

den. Dabei war ursprünglich festgelegt worden, den Prozess der G-DRG-Einführung durch eine Begleitforschung zu flankieren. Letztere geschieht bislang nur unzureichend. (*Beitrag Braun/Rau/Tuschen*)

Ein lernendes Vergütungssystem

Als die australischen DRGs zum Ausgangspunkt für die G-DRGs gewählt wurden, war klar, dass der Katalog ausgebaut und der deutschen Versorgungsrealität angepasst werden musste. Insofern kann die Konvergenzphase auch als Praxistest für den G-DRG-Katalog gesehen werden. Tatsächlich wurde er in vielerlei Hinsicht konkretisiert und ergänzt, um Komorbiditäten und Behandlungsmaßnahmen adäquat zu berücksichtigen. Heute weist der G-DRG-Katalog nur noch entfernt Ähnlichkeit mit seinem australischen Vorgänger auf. Der augenscheinlichste Unterschied ist der Anstieg der Zahl der Fallgruppen auf mehr als 1 000. Zunehmend wurden Elemente der Behandlung vergütungswirksam in die Abgrenzung der Pauschalen integriert. (*Beitrag Roeder/Bunzemeier/Fiori*)

Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderung der DRG-Einführung

Der Gesetzgeber hat erwartet, dass das DRG-System die versorgte Morbidität zunehmend besser abbilden kann und die Krankenhäuser immer vollständiger kodieren werden. Da sich der notwendige Versorgungsaufwand dadurch nicht ändert, soll eine bessere Kodierung nach dem Willen des Gesetzgebers den Vergütungsanspruch nicht erhöhen. Daher hat er einen Ausgleich kodierbedingter Leistungsveränderungen mit einer klaren Beweislast-Regelung vorgegeben. Vor diesem Hintergrund sind Verfahren notwendig, bei der Ermittlung der Leistungsmenge, dem sogenannten Casemix, Fallzahländerungen von katalogbedingten und von kodierbedingten Veränderungen zu unterscheiden. Eine Reihe solcher Verfahren war Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Zwar wurde noch keine abschließende Einigung über die Vorgehensweise in dieser Frage erzielt, doch lassen sich einige Aussagen zur Güte dieser Verfahren treffen. (*Beitrag Wasem/Rotter/Focke/Igl*)

Nach der Konvergenzphase

Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion

Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern war als explizites Ziel der DRG-Einführung genannt worden. Doch wird eine rein marktliche Steuerung angesichts des hohen Stellenwerts einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen nicht angestrebt. Das bevorstehende Ende der Konvergenzphase wirft mit großer Aktualität die Frage nach der weiteren Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens auf.

Betrachtet man die vorliegenden ordnungspolitischen Konzeptionen der zentralen Akteure, so fallen Übereinstimmungen, mitunter aber auch markante Unterschiede auf. Diese betreffen grundsätzliche Fragen wie die Rolle des Staates bei Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung und das Verhältnis von Leistungserbringern und Kostenträgern durch die Ausgestaltung des Vertrags- und des

Wettbewerbssystems. Aufschlussreich ist auch, zu welchen Punkten die verschiedenen Akteure noch keine konkreten Vorstellungen geäußert haben. (*Beitrag Neubauer/Beivers*)

Elektiv wird selektiv

Eine der offenen ordnungspolitischen Fragen ist die nach der Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenhäuser. Mit dieser Frage werden die Sicherstellung der Notfallversorgung und der flächendeckenden Erreichbarkeit sowie der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit angesprochen. Die Freiheitsgrade der Gestaltung sind für Notfalleleistungen andere als für elektive Leistungen, die hinsichtlich ihrer zeitlichen und örtlichen Durchführung planbar sind. Für diese beiden Leistungsarten können daher unterschiedliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden. Insofern schließt eine Sicherstellungsplanung für Notfalleleistungen den Wettbewerb um andere, elektive Leistungen nicht aus. (*Beitrag Leber/Malzahn/Wolff*)

Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag

In eine ähnliche Richtung geht die Überlegung, selektive Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu ermöglichen. Das derzeitige System sieht einen Kontrahierungszwang zwischen den im Krankenhausplan aufgeführten Krankenhäusern und den Krankenkassen vor. Denkbar wäre es, den Vertragspartnern bei der Ausgestaltung der Vereinbarungen größere Freiheiten zu lassen. Selektive flexible Budgets erscheinen zumindest für eine nicht zu große Teilmenge von Leistungen möglich. (*Beitrag Hucke/Kuntz/Wuttke*)

Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung

Universitätsklinik sind neben der medizinischen Versorgung in besonderem Maße auch für die Aus- und Weiterbildung der ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Berufe und für die Einführung von Innovationen in das Gesundheitswesen verantwortlich. In der Versorgung erbringen sie besonders hochwertige medizinische Leistungen, oft als letzte Instanz. Ausdifferenzierungen des Vergütungssystems zugunsten dieser Versorgungsstufe wurden vorgenommen. Auch haben die Träger der Universitätsklinik durch Rechtsformänderungen und neue Leitungsstrukturen deren Leistungs- und Steuerungsfähigkeit erhöht. Die Erfahrungen sprechen dafür, dass Universitätsklinik bei der Ausdifferenzierung des Vergütungssystems auch zukünftig besonderes Augenmerk verdienen und ihre Leitungsgremien besonders gefordert sein werden. (*Beitrag Strehl*)

„Was vorbei ist, ist vorbei“:

Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung

Teil einer Reform der Krankenhausfinanzierung ist die Neuordnung der Investitionsfinanzierung. Zur Zeit sind die Krankenkassen für die laufende Finanzierung der Krankenhäuser zuständig, während die Länder die Mittel für Investitionen bereitstellen (duale Finanzierung). Die öffentlichen Investitionsmittel sind regional von sehr unterschiedlicher Höhe und insgesamt rückläufig. Schon lange wird daher über eine monistische Krankenhausfinanzierung nachgedacht, bei der laufende Kosten und Investitionen aus einer Quelle stammen. Ein monistisches System ist

mit den Reformzielen Transparenz und Effizienz weit besser vereinbar als eine duale Finanzierung und lässt den Krankenhäusern mehr eigene Gestaltungsmöglichkeiten. Bedenken richten sich vor allem auf den Übergang von der dualen zur monistischen Finanzierung und die Frage, wie trotz der in der Vergangenheit unterschiedlichen Investitionsquoten zwischen den Krankenhäusern zukünftig Chancengleichheit im Wettbewerb gewahrt werden kann. Es lässt sich allerdings zeigen, dass die mit dem Systemwechsel verbundenen Probleme nicht unlösbar sind. (*Beitrag Felder/Fetzer/Wasem*)

Zur Diskussion

Pay for Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?

Mit der Einführung der Fallpauschalen ist bereits ein wesentliches Element zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern eingeführt worden. „Pay for Performance“ (PfP) ist eine Weiterentwicklung in Richtung auf Qualitätswettbewerb. Der Grundgedanke besteht darin, die Vergütung teilweise an die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien zu knüpfen. Insofern kann Pay for Performance auch Befürchtungen entgegen wirken, die mit einer pauschalen Vergütung eine Verringerung der Qualität von Krankenhausleistungen verbinden. In anderen Ländern, namentlich den USA und Großbritannien, wurden bereits seit einigen Jahren praktische Erfahrungen mit PfP-Programmen gesammelt. Zentraler Streitpunkt ist allerdings nach wie vor die anzuwendende Methode der Qualitätsmessung. (*Beitrag Lüngen/Gerber/Lauterbach*)

Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Ein vergleichsweise kostengünstiger und daher umfangreich einsetzbarer Ansatz der Qualitätssicherung basiert auf der Verwendung von Routinedaten. Das Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)“ hat seit 2002 Stand und Entwicklungsmöglichkeiten dieser Vorgehensweise in Deutschland untersucht. Es zeigt, dass auf der Grundlage von Routinedaten verlässliche Aussagen über die medizinische Ergebnisqualität in der stationären Versorgung getroffen werden können. Tatsächlich bieten die Daten sogar Ansatzpunkte für vertiefende wissenschaftliche Analysen zahlreicher Patientengruppen und Versorgungsmaßnahmen. In Deutschland ist dieser Ansatz vergleichsweise wenig entwickelt, sodass ein erhebliches Potenzial für seine Weiterführung besteht. (*Beitrag Heller/Günster/Swart*)

Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen

Stimmen das vereinbarte Erlösbudget eines Krankenhauses und die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht überein, so sieht das KHEntgG einen teilweisen Ausgleich der Mehr- beziehungsweise Mindererlöse vor. Von Bedeutung ist, welcher Teil der Mehrerlöse auf eine Leistungssteigerung und welcher auf veränderte Kodierungen zurückzuführen ist. Die Methode der Komponentenzerlegung – einführend dargestellt im Krankenhaus-Report 2005 – unterstützt die analytische Trennung von Leistungsstruktur determinanten. Bei der Übertragung der Strukturanalyse auf ein einzelnes Haus kann das Problem auftreten, dass sich vereinbarter und eingetretener „Warenkorb“ unterscheiden, wenn z. B. eine vereinbarte DRG nicht erbracht worden ist. Tatsächlich ist nur bei 4% der Krankenhäuser der DRG-Waren-

korb in den Vereinbarungs- und Ist-Daten identisch. Fehlende Daten aus Vorperioden können durch Schätzung „fiktiver“ Effektivgewichte substituiert werden. Hierdurch wird erreicht, dass alle DRGs in die Komponentenzerlegung eingehen. Zudem lassen sich Komponenten ermitteln, die ausdrücken, welchen Anteil Warenkorbänderungen auf Ebene der Basis-DRGs an den Casemixunterschieden haben. Damit wird deutlich, wie sich Zu- und Abgänge im DRG-Spektrum eines Krankenhauses ausgewirkt haben. (*Beitrag Günster*)

Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg

In Verbindung mit der Einführung des G-DRG-Systems wurden dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten zur Prüfung zugestanden. Zu nennen ist insbesondere die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG. Sie erlaubt es dem MDK, auch ohne bestehende Auffälligkeiten eine Überprüfung von Krankenhausfällen vorzunehmen. Anders als die Einzelfallprüfung bei Vorliegen von Verdachtsmomenten wird die verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung jedoch vergleichsweise selten eingesetzt. Dabei ist sie, wie Erfahrungen aus Baden-Württemberg zeigen, praktikabel und liefert belastbare und von den geprüften Krankenhäusern akzeptierte Informationen, die auch einen Beitrag zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems leisten könnten. (*Beitrag Dirschedl/Mohrmann*)

Perspektiven der Palliativmedizin

Angebote der Palliativversorgung haben über die letzten Jahre einen Aufschwung erfahren, wenn sie auch relativ zum geschätzten Bedarf noch als unzureichend gelten. Dabei ist die Frage, wie sich die Einführung der G-DRGs und die Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen auf den betreuungsintensiven Palliativbereich auswirken. Eine besondere Rolle spielt in diesem Zusammenhang eine sektorübergreifende Leistungserbringung. (*Beitrag Ewald/Maier/Amelung/Schindler/Schneider*)

Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz

Wenn G-DRGs gleiche Leistungen unabhängig davon, in welchem Krankenhaus sie erbracht werden, gleich vergütet sollen, müssen sich die Basisfallwerte der Krankenhäuser und damit die hausspezifischen „Preise“ pro Leistungseinheit während der Konvergenzphase aneinander annähern. Als „Zielgerade“ wird dabei der bundeslandspezifische Basisfallwert („Landesbasisfallwert“) verwendet. Die Annäherung an die Landesbasisfallwerte ging für einige Krankenhäuser mit Verlusten, für die Mehrzahl jedoch mit Zugewinnen im Budget einher. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich zum Ende des geplanten Konvergenzprozesses im Jahre 2009 tatsächlich alle Krankenhäuser bereits auf dem Niveau ihres Landesbasisfallwerts befinden werden. Zudem bestehen Zweifel, ob dieser Prozess, bei dem sich die Gewinne der einen und die Verluste der anderen Seite ausgleichen sollten, tatsächlich wie vorgesehen aufkommensneutral sein wird. (*Beitrag Friedrich/Leclerque/Paschen*)

Insgesamt kann die Einführung der Fallpauschalen als gelungen gelten. Die vor Beginn der Konvergenzphase mitunter geäußerten Befürchtungen über den fakti-

schen Zusammenbruch einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung haben sich nicht bewahrheitet. Die in den vergangenen Jahren vorgenommenen Veränderungen am Vergütungssystem müssen nicht als Korrektur von Fehlern angesehen werden, sondern als sinnvolle Anpassungen an die deutschen Gegebenheiten.

Für die Krankenhäuser – ausgenommen jene, die als besondere Einrichtungen von der direkten Anwendung der Reformen verschont geblieben sind – bedeutete die Vergütungsreform eine notwendige Umorientierung. Sie eröffnete neue Chancen der Arbeitsteilung und einer prozess- und ergebnisbezogenen Ausrichtung der Kliniken.

Trotz der Vielfalt der Reformmaßnahmen und der daraus resultierenden und weiter nötigen Anpassungen im Krankenhausbereich lassen sich Entwicklungslinien für den ordnungspolitischen Rahmen der Zukunft erkennen. Es geht in Richtung einer stärkeren fachlichen und wirtschaftlichen Eigenverantwortung der einzelnen Krankenhäuser bei Rücknahme staatlicher Planungsvorgaben.

Teil I Schwerpunktthema:

Das Ende der Konvergenz

A. Zwischenbilanz der DRG-Einführung

(Kapitel 1–3)

This page intentionally left blank

Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz

Thomas Braun, Ferdinand Rau und Karl Heinz Tuschen

Abstract

Wesentliches inhaltliches Ziel der DRG-Einführung ist die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert. Die Systemziele stellen auf ein möglichst umfassendes, handhabbares deutsches DRG-System ab, das regelgebunden und transparent weiterentwickelt wird. Die gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung wurde bisher von den Selbstverwaltungspartnern nicht durchgeführt. Mit Blick auf das bevorstehende Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen ist es erforderlich, eine Zwischenbilanz zu ziehen. In diesem Beitrag werden bisher vorliegende relevante Ergebnisse und Entwicklungen aufgezeigt.

A substantial goal of the DRG introduction in Germany is the establishment of a performance-oriented payment system which promotes efficiency, transparency and quality in the hospital sector. The German DRG system is intended to be comprehensive and manageable and should develop transparently and according to rules. The legally prescribed accompanying research has, however, not been accomplished so far by the responsible self-governing bodies. With view to the forthcoming legislative process for the future political framework, an interim stocktaking should be made. The article points out relevant results and developments.

1.1 Zwischenbilanz

Mit den Grundentscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wurde die Krankenhausfinanzierung umfassend neu ausgerichtet. Es war die Rede von der „größten Strukturreform im Gesundheitswesen seit knapp 30 Jahren“ (BMG 2002). Fünf Jahre nach der DRG-Einführung und mit Blick auf das Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2009 ist eine Zwischenbilanz zu ziehen.

1.1.1 Zielsetzungen

Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gelegte gesetzliche Grundlage zur Einführung eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems“ (§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) zielte

in erster Linie auf eine „Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung“ (Deutscher Bundestag 1999) ab. Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG), das die detaillierten gesetzlichen Grundlagen der DRG-Einführung begründete, wurden im Jahr 2001 mit der Trias „mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität“ (BMG 2001) die Zielsetzungen für das neue Entgeltsystem wesentlich umfassender formuliert. Jenseits dieser inhaltlichen Zielsetzungen, die der Gesetzgeber noch weiter spezifiziert hat, lassen sich ferner Ziele für die Einführung und Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems nennen.

1.1.1.1 Inhaltliche Ziele

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf des FPG (Deutscher Bundestag 2001) soll durch die DRG-Einführung das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich *transparenter* werden. Infolge der erhöhten Leistungstransparenz und der neu eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. strukturierte Qualitätsberichte, Mindestmengen) ging der Gesetzgeber von einer „deutlichen Verbesserung der *Qualität* in der stationären Versorgung“ aus.

Die angestrebte Förderung der *Wirtschaftlichkeit* ist mit folgenden vom Gesetzgeber erwähnten Zielsetzungen verbindbar:

- Beseitigung der *Fehlanreize* der tagesgleichen Pflegesätze insbesondere zur Verlängerung der *Verweildauer*.
- Krankenhausintern wie auch krankenhausesübergreifend soll ein *bedarfsgerechter und effizienterer Ressourceneinsatz* erfolgen.
- Bestehende Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel, die z. B. bei Leistungsverlagerungen oder Patientenwanderungen von Interesse sind, sollen abgebaut werden und das *Geld den Leistungen folgen* können.
- Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser soll zu *mehr Wettbewerb* und
- zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der *Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten* führen.

1.1.1.2 Ziele zur Ausgestaltung des G-DRG-Systems

Der Gesetzgeber hat in § 17b Abs. 1 KHG sowie in der Begründung zum FPG (Deutscher Bundestag 2001) ferner die folgenden Ziele für die Einführung und die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems festgelegt:

- Entwicklung eines Entgeltsystems mit *praktikablem Differenzierungsgrad* (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG).
- Mit den Fallpauschalen sind die allgemeinen *voll- und teilstationären* Krankenhausleistungen zu vergüten (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG).
- Mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen sollten somit zunächst alle stationären Leistungen über Fallpauschalen vergütet werden. Damit wurde eine *Abschaffung* des seit 1996 praktizierten *Mischsystems* von Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen für den überwiegenden Teil der Krankenhausleistungen andererseits verfolgt. Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 wurde jedoch im Rahmen des erforderlichen Vermittlungsverfahrens von Bundestag

und Bundesrat diese Zielsetzung relativiert. Hintergrund war, dass in den Anhörungen zur Beratung des Gesetzentwurfs vom DRG-Institut und anderen Experten die Auffassung vertreten wurde, dass dauerhaft von Leistungen auszugehen sei, für die Fallpauschalen nicht erfolgreich kalkuliert werden können und insofern auch dauerhaft die Notwendigkeit zur Verhandlung krankenhaushausindividueller Entgelte bestehe. Der strikte programmatische Ansatz wurde somit zu Gunsten eines unverändert um umfassende Abbildung bemühten, aber pragmatischen Ansatzes fallen gelassen.

- Die DRG-Einführung soll im Rahmen eines *lernenden Systems* mit stetigen Verbesserungs- und Anpassungsschritten erfolgen.
- Mit dem Ziel der praktischen Funktionsfähigkeit und für die Akzeptanz bei allen Beteiligten sollen *regelgebundene und transparente Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung* des Systems entwickelt werden.
- Schließlich hat der Gesetzgeber auch *systematische Beobachtungen der Auswirkungen* der Systemeinführung als erforderlich erachtet und den Selbstverwaltungspartnern die Durchführung einer Begleitforschung auferlegt.

1.1.2 Zielerreichung

Für eine Zwischenbilanz zur Einführung des DRG-Systems ist einerseits zu unterscheiden, inwiefern sich die stationäre Versorgung in Deutschland durch das neue Krankenhausvergütungssystem verändert hat. Andererseits ist darauf einzugehen, inwiefern durch das entwickelte DRG-System den Anforderungen des Gesetzgebers Rechnung getragen werden konnte.

1.1.2.1 Bisherige Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Über 1 750 Krankenhäuser rechnen mittlerweile DRG-Fallpauschalen ab, das sind mehr als 95 Prozent der DRG-Krankenhäuser (AOK-Bundesverband 2007). Im Jahr 2006 gab es nach Informationen des AOK-Bundesverbandes 88 Besondere Einrichtungen, die von der DRG-Abrechnung ausgenommen waren und krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart haben.

Die DRG-Fallpauschalen entfalten seit dem Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 ökonomische Wirksamkeit. Viele Krankenhäuser befinden sich zur Zeit in einem Umstrukturierungsprozess, um ihre wirtschaftliche Situation zu optimieren und besser für den Wettbewerb aufgestellt zu sein. Folgende Auswirkungen sind bereits erkennbar:

Fallzahlen

Die vollstationären *Fallzahlen* sind aus unterschiedlichen Gründen rückläufig. Es handelt sich hierbei um eine Unterbrechung des langfristigen Trends zu steigenden Fallzahlen, von einer dauerhaften Trendumkehr ist jedoch nicht auszugehen. Der Fallzahlrückgang in Deutschland nach der DRG-Einführung geht grundsätzlich nicht mit internationalen Erfahrungen einher, nach der durch die Einführung von DRG-Systemen ein hoher Anreiz zur Fallzahlsteigerung besteht (Coffey 1999, Park et al. 2007). In Deutschland ist der Fallzahlrückgang in erster Linie auf die Ausweitung und Umstellung des Katalogs ambulanter Operationen und stationärserset-

zender Eingriffe nach § 115b SGB V zurückzuführen. Die erhöhte Transparenz des DRG-Systems dürfte hier unterstützend gewirkt haben (Deutscher Bundestag 2007). Diese hatte im Wesentlichen zwei Effekte:

- Die Krankenkassen konnten verstärkt darauf hinwirken, dass die nicht unbedingt stationär zu behandelnden Fälle in den ambulanten Bereich verlagert wurden.
- Die Krankenhäuser hatten ein großes Interesse, tragfähige Leistungsschwerpunkte – auch im ambulanten Bereich – zu bilden, um sich von anderen, konkurrierenden Krankenhäusern abgrenzen zu können.

Verweildauer

Wichtiges gesundheitspolitisches Ziel seit Mitte der 90er Jahre ist es, die im internationalen Vergleich hohe durchschnittliche *Verweildauer* in den deutschen Krankenhäusern zu reduzieren. Das war schon eines der Hauptziele bei der Einführung der Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1995. Mit der DRG-Einführung wurde dieses Ziel weiter verfolgt. Der Fehlanreiz einer tagesbasierten Vergütung, Patienten länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten, wird durch die Fallpauschalen grundsätzlich beseitigt. Die durchschnittliche Verweildauer ist bereits seit langem rückläufig, im Zeitraum 1995 bis 2002 bei Akutkliniken jahresdurchschnittlich um 3,9 Prozent. Im Zeitraum 2002 bis 2005 belief sich der Verweildauerrückgang demgegenüber nur auf jahresdurchschnittlich rd. 2 Prozent, im Jahr 2005 lag die Verweildauer bei durchschnittlich noch 8,1 Tagen (Tabelle 1–1).

Bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Verweildaueränderungen, die zwischen 2004 und 2006 bei den 25 am häufigsten abgerechneten DRGs eingetreten sind (Daten jeweils gegroupt mit dem DRG-System 2006), ging die Verweildauer um 9,2 Prozent von 6,3 Tagen auf 5,7 Tage jedoch weit dynamischer zurück als bei den akuten Krankenhausfällen insgesamt. Eine besonders hohe Verweildauerreduktion von über 15 Prozent gab es in Teilbereichen der Neurologie (Apoplex: B70E; Anfälle ein Belegungstag: B76E) und der Hernienbehandlung (G24Z). Auch innerhalb einzelner Hauptdiagnosegruppen nach der ICD-10 ist der anhaltende Trend zur Verkürzung der Verweildauern in den meisten Krankheitsgruppen zu beobachten.

Mutmaßlich werden Patienten auch schneller in Versorgungsbereiche verlegt, die nicht der DRG-Vergütung unterliegen. Zum Beispiel fällt eine drastische Reduzierung der Verweildauer im ICD-Kapitel für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen von 12,7 Tagen im Jahr 2002 auf 6,3 Tage im Jahr 2005 auf. Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose, die früher im Akutbereich behandelt wurden, werden nunmehr vermutlich im psychiatrischen Bereich weiterbehandelt (Eigene Ermittlung auf Basis der Auswertungen der Datenlieferungen gemäß § 21 KHEntgG durch das DRG-Institut, <http://www.g-drg.de>).

Es kann festgehalten werden, dass neben statistischen Gründen (veränderte Abgrenzung der Akutkliniken durch das Statistische Bundesamt in den Jahren 2002 bis 2004, siehe Tabelle 1–1, Anmerkung 3) vor allem strukturelle Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser Ursache für eine Abschwächung des statistisch ermittelten durchschnittlichen Verweildauerrückgangs sind. Insbesondere infolge der weit reichenden Leistungstransparenz, die mit der Einführung des DRG-Systems erreicht werden konnte, ist der stationäre Fallzahlrückgang dadurch zu

Tabelle 1–1
Kennzahlen der Allgemeinen Krankenhäuser

	2003	2004	2005	Durchschnitt der jährlichen Veränderung in %	
				2002 bis 2005	1995 bis 2002
Statistisches Bundesamt					
Allgemeine Krankenhäuser	1 868	1 827	1 846	-0,91 % (-1,61 %)³	-1,29 % (-1,01 %)³
davon öffentlich	689	671	647	-3,14 %	-2,70 %
davon freigemeinnützig	737	712	712	-2,05 %	-1,52 %
davon in privater Träger-schaft	442	444	487	4,47 %	2,12 %
Aufgestellte Betten	499 785	489 433	484 955	-1,32 %	-1,59 %
Nutzungsgrad der Betten	76,8	74,4	74,5	-2,09 %	-0,34 %
Berechnungs-/Belegungstage¹	140 036 993	133 201 873	131 892 453	-3,37 %	-1,92 %
Entlassungen aus vollstationärer Behandlung (Fälle)²	16 395 090	15 898 135	15 991 274	-1,09 % (-1,79 %)⁴	1,21 %
durchschnittl. Verweildauer	8,3	8,2	8,1	-1,97 %	-3,93 %
Ärztlicher Dienst (Volkräfte)	108 840	112 242	116 336	2,68 %	1,42 %
Pflegedienst (Volkräfte)	293 020	282 890	278 118	-2,44 %	-1,03 %
§ 21-Daten des InEK					
Krankenhäuser mit Datenübermittlung	1 748	1 779	1 725	0,18 %	–
Vollstationäre Fälle	16 598 546	16 158 279	14 989 953	-2,26 %	–
Teilstationäre Fälle	544 971	654 319	794 610	12,20 %	–
durchschnittliche Verweildauer (vollstationäre Fälle)	8,0	7,8	7,8	-3,41 %	–

¹ Von 1995 bis 2000 Pfl egetage.

² Von 1995 bis 2000 Entlassungen aus dem Krankenhaus.

³ In den Jahren 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten nicht den allgemeinen Krankenhäusern zugeordnet. Rechnet man sie für diese Jahre dazu, ergibt sich der Wert in Klammern.

⁴ Seit dem Jahr 2005 werden gesunde Neugeborene als eigene Fälle gezählt. Bei nachträglichem Abzug dieser Fälle im Jahr 2005 ergibt sich der Wert in Klammern.

Quellen: Statistisches Bundesamt und InEK (<http://www.g-drg.de>).

Krankenhaus-Report 2007

Wido

erklären, dass in erheblichem Umfang vollstationäre Fälle aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert und dem ambulanten Bereich zugeordnet wurden (z. B. beim ambulanten Operieren). Nach Verlagerung der leichteren Fälle mit kurzer Verweildauer aus dem vollstationären Bereich in den ambulanten Bereich sind tendenziell schwerere Fälle mit längerer Verweildauer verblieben. Dadurch ist die durchschnittliche Verweildauer langsamer gesunken als allein durch den Einfluss der DRG-Einführung zu erwarten gewesen wäre.

Kapazitäten

Die *Krankenhauskapazitäten*, gemessen an der Anzahl und dem Nutzungsgrad der Betten, sind ebenfalls seit Mitte der 90er Jahre rückläufig. Während der Abbau der Bettenzahl langsamer voranschreitet, hat die DRG-Einführung zu einem starken Rückgang des Nutzungsgrades geführt. Im internationalen Vergleich hat Deutschland jedoch immer noch Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Nach OECD-Daten wurden 2004 in Deutschland 6,4 Betten pro 1.000 Einwohner vorgehalten, in Schweden waren lediglich 2,2, in Frankreich und der Schweiz 3,8, in Großbritannien 3,6 Betten verfügbar (OECD Health Data 2006). In Zukunft ist auch in Deutschland eine weitere Reduzierung der Bettenkapazitäten zu erwarten, insbesondere durch eine weitere Verkürzung der Verweildauern und durch zunehmend ambulante Behandlungsmöglichkeiten. Wegen der oft noch bettenbezogenen Krankenhausplanung der Bundesländer ist die Anzahl der Betten bisher eher langsam gesunken. Vielfach werden Fördermittel der Länder noch bettenbezogen an die Krankenhäuser gezahlt. Solange diese Praxis anhält, wird vermutlich auch in Zukunft der Nutzungsgrad der Betten stärker zurückgehen als die in der Statistik ausgewiesenen Betten reduziert werden. In vielen Ländern wurde die Krankenhausplanung seit der DRG-Einführung kaum an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst (Rutz 2006). Im Krankenhaus Rating Report 2007 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung wird prognostiziert, dass sich bis zum Jahr 2020 bei einer Ausweitung der Behandlungsfälle um 18 Prozent die Bettenüberkapazitäten auf 30 bis 35 Prozent erhöhen werden. Grund hierfür ist nach Auffassung der Autoren die weiter anhaltende Verweildauerreduktion und verstärktes ambulantes Operieren (Augursky et al. 2007).

Personal

Beim *Personal* ist seit der Einführung des DRG-Systems einerseits ein Abbau im Pflegebereich und andererseits ein Anstieg der Vollkräfte im ärztlichen Dienst festzustellen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Der Stellenabbau in der Pflege wird in der Regel mit Einsparungsmaßnahmen im Krankenhausbereich in Verbindung gebracht. Die Schaffung zusätzlicher Arztstellen ist zum einen maßgeblich auf die in dieser Zeit erfolgte Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zurückzuführen, insbesondere forciert durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und das Arbeitszeitprogramm der Bundesregierung. Daneben hat der erhöhte Bedarf an Ärzten im medizinischen Controlling zu dem Ansteigen der Arztstellen beigetragen. Für die interne Steuerung des Krankenhauses hat das Medizincontrolling stark an Bedeutung gewonnen. Auch im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern ist der Bedarf an ärztlicher Kompetenz im Managementbereich der Krankenhäuser gestiegen.

Im Kontext der DRG-Einführung – sicherlich aber auch verursacht durch andere Einflussfaktoren –, dem daraus resultierenden Druck auf die Verweildauern und dem Personalabbau im Pflegebereich gibt es Hinweise auf eine Arbeitsverdichtung und eine Zunahme administrativer Tätigkeiten (Grabbe et al. 2005, S. 53 f). Die Zeit für mitmenschliche Kontakte, Zuwendung und Fürsorge sowie für Erklärungen gegenüber Patientinnen und Patienten werde vermindert (Hausner et al. 2005; Klinkke 2007; Manzeschke 2006, S. 8; Vogd 2006a, 2006b). Die Autoren befürchten, dass die „psychosoziale Versorgung [...] abgesenkt [wird], mit der Folge, dass Ver-

sorgungsbedarfe weniger durchsetzungsfähiger Patientengruppen unentdeckt bleiben“ (Klinke 2007, S. 132). In einer Untersuchung zum Einfluss des Medizincontrollings auf eine internistische Abteilung kommt Vogd im Hinblick auf die Organisation der ärztlichen Arbeit zu dem Ergebnis, dass nur noch im Ausnahmefall eine persönliche Beziehung zum Patienten hergestellt werden kann. Bei „der Zahl der Behandlungen, bei den Routinefällen, wird nun nach Aktenlage und aufgrund von Standarddiagnostik entschieden. Nur bei den Problemfällen wird eine kommunikations- und reflexionsintensive Expertise angefahren“ (Vogd 2006b, S. 104).

Verlegungen und Entlassungen

Erkennbar ist außerdem, dass bei *Verlegungen* mit der DRG-Einführung Aufwärtsverlegungen in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen zugenommen haben. Während der Patientenzugang aus anderen Krankenhäusern bei den Akutkliniken im Zeitraum 2002 bis 2005 insgesamt um 2,7 Prozent abgenommen hat, stiegen die Zuverlegungen bei Hochschulklinika um 11,1 Prozent an. Der Patientenzugang aus anderen Krankenhäusern nahm bei großen Akutkliniken mit mehr als 15 Fachabteilungen um 10,1 Prozent von 21,7 auf 24,6 Prozent zu (eigene Berechnung auf Basis der Grunddaten des Statistischen Bundesamtes). Ob mit diesen Entwicklungen in der Mehrzahl der Fälle positive Veränderungen wie eine größere Spezialisierung verbunden sind oder ob dahinter vielmehr bei einzelnen Behandlungsfällen wirtschaftlich motivierte Verlust-Vermeidungs-Strategien stecken, kann aus heutiger Sicht nicht beurteilt werden.

In Bezug auf frühere Entlassungen in die Rehabilitation gibt es erste Hinweise, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat (Orthopädie: Zunahme von Wundheilungsstörungen und Hämatomen, Kardiologie: Häufung von Perikard- und Pleuraergüssen bei Bypass-Patienten). Verlagerungen des Behandlungsaufwandes vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitation mit der Folge einer Zunahme des Pflegeaufwandes und einer Veränderung des notwendigen therapeutischen und medikamentösen Betreuungsbedarfs im Rehabilitationsbereich wurden nur tendenziell nachgewiesen. Erst mit einer geplanten dritten Studienphase der sogenannten REDIA-Studie im Jahr 2008 wird mit der Möglichkeit gerechnet, eine langfristige Betrachtung möglicher DRG-Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation durchführen zu können. Zudem wurden Rückgänge bei den Akutverweildauern, den Verlegungszeiten und den Reha-Aufenthaltsdauern festgestellt, die zu einer zeitlichen Reduktion des Gesamtbehandlungsprozesses von über 11 Prozent innerhalb der beiden Jahre führten. Berichteten Anfang 2004 nur 44 Prozent der Reha-Mediziner von spürbaren DRG-Auswirkungen, waren es Anfang 2006 bereits 83 Prozent, die sich im Rahmen der Anschlussheilbehandlung betroffen fühlten und von tendenziell höheren Behandlungskosten ausgingen (von Eiff et al. 2007a, 2007b). Klinke sieht angesichts einer stärkeren „Fragmentierung“ der Behandlung und „nur sporadischer Feedback-Schleifen“ nach der Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung „gravierende Schnittstellenprobleme“ (Klinke 2007, S. 131f). Er resümiert: „Die DRG-Einführung verstärkt [...] viele Entwicklungen, die bereits vorher unter den Bedingungen der Budgetierung begonnen haben“ (Klinke 2007, S. 129).

Wirtschaftlichkeit

Ein weiteres Ziel der DRG-Einführung ist es, die Krankenhausressourcen bedarfsgerechter und effizienter einzusetzen. Die Konvergenzphase, mit der die Ressourcenallokation zwischen den Krankenhäusern verändert wird, ist hierzu ein wichtiges Instrument. Die Zunahme von *Fusionen und Kooperationen* der Krankenhäuser sind ein Resultat des gestiegenen wirtschaftlichen Drucks. Nach einer Befragung der Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden bei ca. 1.100 Krankenhäusern in den Jahren 2004 bis 2006 haben „hochgerechnet in den drei Erhebungsjahren“ ca. 270 Krankenhäuser fusioniert; 270 Kliniken haben im Jahr 2006 eine Fusion geprüft (Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2006, S. 8).

Seit der DRG-Einführung ist auch eine verstärkte Zunahme der Krankenhäuser in privater Trägerschaft zu beobachten (siehe Tabelle 1–1). Während die Anzahl der Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft seit Mitte der 90er Jahre rückläufig ist, steigt der Anteil der Krankenhäuser mit privatem Träger kontinuierlich an. Von 2002 bis 2005 lag der Durchschnitt der Zuwachsrate bei 4,5 Prozent und hat sich damit im Vergleich zu dem Zeitraum von 1995 bis 2002, in dem die Rate bei 2,1 Prozent lag, mehr als verdoppelt. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Die im Jahr 1993 erfolgte Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die anschließend langjährig vorgegebenen Budgetbegrenzungen haben zu einer Ressourcenbegrenzung und verstärktem Wettbewerb im Krankenhausbereich geführt. Etliche öffentliche Träger waren der dadurch freigesetzten Dynamik im Krankenhausbereich nicht mehr gewachsen, sodass private Träger die Krankenhäuser übernommen haben. Die DRG-Einführung hat den wirtschaftlichen Druck und den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern nochmals verstärkt.

Der Krankenhaus Rating Report 2007 kommt in einer Untersuchung zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser ein gutes Rating¹ habe. Insgesamt resümieren die Autoren der Studie, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in den letzten Jahren verbessert hat und Optimierungsmaßnahmen in den Krankenhäusern zu wirken beginnen. Ein Großteil der Krankenhäuser gehe seine Probleme an. Diese Entwicklung wird auch durch die Befragungsergebnisse des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) bestätigt, die im Rahmen der repräsentativen „Krankenhaus-Barometer“-Umfragen erzielt wurden. Die Entwicklung der Jahresergebnisse der Krankenhäuser in den Jahren 2002 bis 2005 stellt sich danach wie in Tabelle 1–2 aufgeführt dar:

Ziel der Konvergenzphase ist die *Verbesserung der Ressourcenallokation* durch Überführung der historisch krankenhausesindividuell und kostenorientiert vereinbarten Krankenhausbudgets an ein leistungsbezogenes Preisniveau auf Landesebene im Jahr 2009. Folge dieser Überleitung ist die Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den Krankenhäusern. Nach Auswertungen des WIdO für 2006 erhalten

¹ Mit dem Rating wird die Zahlungsfähigkeit eines Krankenhauses bewertet. Das heißt, wie die Zahlungsfähigkeit eines Krankenhauses in Bezug auf z. B. gegebene Kredite eingeschätzt wird (Ausfallwahrscheinlichkeit). Basis der Studie sind 593 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern und die veröffentlichten Qualitätsberichte des Jahres 2004.

Tabelle 1-2
Jahresergebnisse der Krankenhäuser

	2002	2003	2004	2005
Jahresüberschuss	43,7%	39,5%	51,1%	46,7%
Ausgeglichenes Ergebnis	11,4%	14,6%	11,3%	16,8%
Fehlbetrag	41,3%	44,0%	34,5%	32,8%

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach den DKI-Krankenhaus Barometern 2003 bis 2006.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

fast 60 Prozent (59,3 Prozent) der Krankenhäuser zusätzliche Zahlungen aus der konvergenzbedingten Umverteilung (2005: 52,6 Prozent), 40 Prozent der Krankenhäuser verlieren Budgetanteile. Ungefähr 17 Prozent (= 260 Krankenhäuser) der vom WIdO untersuchten 1.539 Krankenhäuser fielen im Jahr 2006 unter die Obergrenzenregelung (§ 4 Abs. 6 KHEntgG), die eine Budgetreduzierung im Jahr 2006 auf maximal 1,5 Prozent begrenzt. Die meisten Krankenhäuser profitieren somit von der leistungsbezogenen DRG-Vergütung. Auch wenn große Krankenhäuser bisher im Rahmen der DRG-Konvergenz in der Regel Budgetanteile verloren haben, hat sich von 2005 auf 2006 der Anteil der „Gewinner-Krankenhäuser“ mit mehr als 1.000 Betten nach den Daten des WIdO von 5,1 Prozent auf 11,9 Prozent mehr als verdoppelt (WIdO 2007). Dass mittlerweile auch verstärkt große Kliniken und damit auch Maximalversorger zu den Krankenhäusern mit Budgetzuwächsen gehören, zeugt von der erreichten hohen Qualität des DRG-Katalogs. Maßgeblich für den Verlauf der Konvergenz in den Ländern ist der jeweilige Landesbasisfallwert (siehe Abschnitt Transparenz).

Der Druck und die Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich haben jedoch bislang nicht zu einer Verminderung der Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhausversorgung geführt. Lag der Ausgabenzuwachs zwischen 1995 und 2002 noch bei 2,1 Prozent, so stieg er zwischen 2002 und 2006 moderat auf 2,3 Prozent an (eigene Berechnungen auf Basis der KJ1-Statistik, <http://www.bmg.bund.de>). Ob und inwieweit dies DRG-bedingt ist oder nicht, kann nicht belegt werden. Weitere Einflussfaktoren wie die gesetzlich vorgegebene zusätzliche Finanzierung von neuen Aufgaben wie das von 2003 bis 2009 laufende Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG), die Finanzierung der Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG) oder die Mehrkosten durch die Novelisierung der Krankenpflegeausbildung (§ 17a KHG) sind zu nennen. Festzuhalten bleibt jedoch: Im Kontext der DRG-Einführung ist bislang keine Verminderung des Ausgabenanstiegs der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen.

Transparenz

Mit den Fallpauschalen ist die *Transparenz* über Art und Menge der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen sowie über Kostenstrukturen stark erhöht worden. Es stehen mittlerweile umfangreiche Daten über die Krankenhausleistungen zur Verfügung. Dazu gehören vor allem:

- die fallbezogenen Leistungsdaten und die krankenhausbezogenen Strukturdaten, die jedes Jahr von allen Akutkrankenhäusern an das DRG-Institut übermittelt werden (sogenannte § 21-Daten) und
- die fallbezogenen Kostendaten, die freiwillig von den Kalkulationskrankenhäusern für die DRG-Kalkulation zur Verfügung gestellt werden.

Diese Daten geben umfangreich Auskunft über Diagnosen und erbrachte Prozeduren und enthalten wichtige Strukturinformationen zu den Krankenhäusern. Veröffentlicht werden die Daten sowohl vom DRG-Institut in Form einer Datenbank (<http://www.g-drg.de>) als auch vom Statistischen Bundesamt in der im Jahr 2007 erstmals erschienenen DRG-Statistik (Statistisches Bundesamt 2007).

Mit der Transparenz des DRG-Systems ist es auch möglich geworden, die Leistungen in den einzelnen Bundesländern zu erfassen und auf bundeseinheitlicher Basis miteinander zu vergleichen. Der Case Mix Index (CMI) setzt die Summe der Bewertungsrelationen nach dem DRG-Katalog (Case Mix) in Verbindung zu den Fällen ($\text{CMI} = \text{Case Mix} / \text{Fälle}$). Der landesbezogene CMI beschreibt somit die mittlere Fallschwere eines Landes. Ein hoher CMI bedeutet, dass im jeweiligen Bundesland ein hoher Anteil von Fällen mit hoher Bewertungsrelation behandelt wurde. Ein niedriger CMI errechnet sich, wenn der Anteil von Fällen mit niedriger Bewertungsrelation nach dem DRG-Katalog größer ist.

Zwischen den Bundesländern schwankte der CMI im Jahr 2006 zwischen 0,933 in Rheinland-Pfalz und 1,199 in Hamburg (Tabelle 1–3). Da es unwahrscheinlich ist, dass der Schweregrad der Fälle in den jeweiligen Ländern die Hauptursache der Abweichungen ist, liegt nahe, dass auch die unterschiedlichen Krankenhausstrukturen in den Ländern einen bedeutenden Einfluss haben. In Rheinland-Pfalz, Bayern oder Baden-Württemberg ist der niedrige CMI unter anderem durch den hohen Anteil der belegärztlichen Versorgung in diesen Ländern zu erklären. In den Ausgaben für den Krankenhausbereich und auch in den Bewertungsrelationen für Belegfallpauschalen sind die Vergütungen für den Belegarzt nicht enthalten, da diese aus den Gesamtvergütungen des vertragsärztlichen Bereichs gezahlt werden. Die Fälle werden jedoch bei der Ermittlung des CMI voll gezählt. Dadurch ist dieser dementsprechend niedrig (Divisoreffekt). Die höchsten CMI-Werte in Hamburg und Berlin sind vermutlich durch den hohen Anteil schwerer Fälle zu erklären, weil diese Metropolen auch die Versorgung mit aufwändigen Leistungen für das ländlich geprägte Umland mit übernehmen.

Die Landesbasisfallwerte werden seit dem Jahr 2005 jedes Jahr von den Krankenkassenverbänden auf der Landesebene und den Krankenhausgesellschaften vereinbart bzw. von den Schiedsstellen festgelegt. Grundlage dafür sind das Ausgabenvolumen im Land und die erbrachten Leistungen nach dem DRG-Fallpauschalenkatalog. Demnach bedeutet ein hoher Landesbasisfallwert, dass im Vergleich zu anderen Bundesländern das Landesbudget (Ausgabenvolumen) für die erbrachte Leistungsmenge zu hoch ist. Vereinfacht gesagt spiegeln die Landesbasisfallwerte die Durchschnittspreise für eine Krankenhausbehandlung im jeweiligen Land wider.

Auch wenn sich die Varianz der Landesbasisfallwerte zwischen den Ländern seit dem Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 bis zum Jahr 2007 verringert hat, gibt es noch große Unterschiede. Für das Jahr 2007 gilt in Schleswig-Holstein

Tabelle 1–3

Länderunterschiede beim Case Mix Index (CMI) und Landesbasisfallwert (mit Kappung und Ausgleichen)

Bundesländer	Case Mix Index (CMI) im Jahr 2006	Landesbasisfallwerte	
		im Jahr 2006	im Jahr 2007
Rheinland-Pfalz	0,933	2 956,53 €	2 956,53 €
Mecklenburg-Vorpommern	0,953	2 625,00 €	2 664,00 €
Bremen	0,966	2 849,57 €	2 849,57 €
Nordrhein-Westfalen	0,967	2 687,23 €	2 687,99 €
Saarland	0,969	2 902,82 €	2 934,05 €
Hessen	0,984	2 786,58 €	2 775,92 €
Baden-Württemberg	0,985	2 814,85 €	2 805,70 €
Bayern	0,996	2 737,07 €	2 787,19 €
Brandenburg	1,000	2 642,56 €	2 719,27 €
Niedersachsen	1,017	2 756,03 €	2 766,58 €
Sachsen	1,026	2 711,18 €	2 736,63 €
Schleswig-Holstein	1,029	2 653,10 €	2 666,00 €
Sachsen-Anhalt	1,037	2 730,00 €	2 750,00 €
Thüringen	1,062	2 722,50 €	2 731,00 €
Berlin	1,078	2 955,00 €	2 930,00 €
Hamburg	1,199	2 847,39 €	2 830,00 €

Quellen: Landesbasisfallwerte: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/-budgetverhandlung/landesbasisfallwert/>; die CMI-Angaben wurden vorab vom WIdO übermittelt und finden sich am Ende des Krankenhaus-Reports im Krankenhaus-Directory.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

mit 2.666,00 Euro (mit Kappung und Ausgleichen) ein fast 300 Euro niedrigerer Wert als in Rheinland-Pfalz, wo der Basisfallwert für 2007 bei 2.956,53 Euro liegt (Tabelle 1–3).

Diese Unterschiede sind zum einen historisch bedingt. Die mit dem neuen DRG-System einhergehende Transparenz hat die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede bei den Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausversorgung im Land sichtbarer als bisher gemacht. Ursache der abweichenden Krankenhausausgaben ist vermutlich auch die unterschiedliche Finanzkraft der Krankenkassen in den Ländern. Zum anderen verläuft die Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis zur Festlegung des Landesbasisfallwerts trotz der bundesweiten Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes sehr unterschiedlich. In einigen Ländern gehen die Werte direkt auf die Budget- und Leistungsdaten der Krankenhäuser zurück, in anderen Ländern sind die Basisfallwerte stärker das Ergebnis von Verhandlungen der Verbände von Krankenkassen und Krankenhäusern. Faktoren, die die vorliegenden Unterschiede konkret erklären können, sind bislang nicht bekannt. Ansatzpunkte bieten z. B. die bei einem hohen Anteil von öffentlichen Krankenhäusern in einem Land stärker ins Gewicht fallenden hohen Zahlungsverpflichtungen für die Zusatz-

versorgung (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, VBL). Einige Länder vermuten auch, dass Unterschiede in den Versorgungsstrukturen einen Einfluss haben. Theoretisch müssten diese bei einem ausdifferenzierten DRG-System jedoch neutralisiert werden und dürften den Landesbasisfallwert nicht maßgeblich verändern. Die Gesundheitsministerkonferenz hat die Fachebene der Länder im März 2007 beauftragt zu analysieren, warum die Werte in den Ländern so unterschiedlich sind. Ob wegen der bestehenden Unterschiede der Landesbasisfallwerte nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2009 ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden soll, wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 zu entscheiden sein.

Wichtig für die Diskussion der Länderunterschiede ist, dass es in einem ausdifferenzierten DRG-System keinen inhaltlichen oder mathematischen Zusammenhang zwischen CMI und Landesbasisfallwert gibt. Das heißt, ein niedriger CMI ist keine Erklärung für einen hohen Landesbasisfallwert und umgekehrt.

Qualitätssicherung

Zur Verhinderung ungewollter, negativer Effekte durch die Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems hat der Gesetzgeber zeitgleich zur DRG-Einführung auch die Maßnahmen zur *Qualitätssicherung* gestärkt. Dazu gehören vor allem die strukturierten Qualitätsberichte, die erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 veröffentlicht wurden (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Für die nächste Veröffentlichung im Jahr 2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss wichtige neue Vorgaben zur Übersichtlichkeit und Verständlichkeit, zur maschinenlesbaren und damit besser auswertbaren Form (siehe auch Änderungen des § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) sowie zur Aufnahme von Indikatoren der externen Qualitätssicherung beschlossen.

Darüber hinaus soll auch der mit dem Fallpauschalengesetz eingeführte Mindestmengenkatalog für planbare Leistungen (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) zu einer Kontrolle und Verbesserung der Qualität beitragen. So können seit 2004 Krankenhäuser von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden, wenn die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene (DKG, GKV, PKV) vereinbarten Mindestmengen von einzelnen Krankenhäusern nicht erfüllt werden. Es gibt jedoch Hinweise, dass Krankenhäuser sich aus Erlös- und Wettbewerbsgründen auf bestimmte Leistungen konzentrieren. Oft wird die Indikationsstellung ausgeweitet, nur um die vorgegebene Mindestmenge (z. B. bei Knie-TEPs) zu erreichen. Für Patientinnen und Patienten besteht angesichts der zunehmenden Spezialisierung dennoch grundsätzlich die Chance, von einer Qualitätsverbesserung zu profitieren.

Abrechnung

Die *Abrechnung* nach dem DRG-System hat in Deutschland von Beginn an gut funktioniert. Das vor der Einführung von manchen prognostizierte Abrechnungschaos ist ausgeblieben. Hierzu haben auch die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag geleistet. Da im DRG-System für jeden Krankenhausaufenthalt eine Fallpauschale abgerechnet werden kann, besteht grundsätzlich der Fehlanreiz, dass eine Behandlung aus Abrechnungsgründen auf mehrere Krankenhausaufenthalte verteilt wird. Um ein solches Fallsplitting zu verhindern, hat das Bundesgesundheitsministerium bereits im Rahmen der Ersatzvornahme zu den Abrechnungsbestimmun-

gen für das Jahr 2004 eine Wiederaufnahmeregelung vorgegeben (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003). Danach sind mehrere Krankenhausaufenthalte unter bestimmten Voraussetzungen abrechnungstechnisch zu einem Aufenthalt zusammenzuführen. Diese Regelung wurde von den Selbstverwaltungspartnern in deren Fallpauschalenvereinbarungen übernommen und grundsätzlich bis heute beibehalten. Auch die Wiederaufnahmeregelung hat dazu beigetragen, dass es seit der DRG-Einführung nicht zu einem Fallzahlenanstieg gekommen ist.

Um die Richtigkeit der DRG-Abrechnung umfassender überprüfen zu können, wurde den Krankenkassen mit dem Fallpauschalengesetz vom April 2002 die Möglichkeit eingeräumt, neben verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen (§ 275 Abs. 1c SGB V) auch verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen (§ 17c KHG) durchzuführen. Diese kollektiv für die Krankenkassen bestehende Möglichkeit wurde bisher kaum in Anspruch genommen. Vielmehr nutzen die Krankenkassen angesichts des hierbei kassenindividuell entstehenden Vorteils von direkten Ausgabenminderungen regelmäßig und z. T. sehr umfassend die Einzelfallprüfungen. Hier muss insbesondere von einigen Krankenkassen mit mehr Augenmaß vorgegangen werden, um die Krankenhäuser nicht mit unangemessener Bürokratie zu belasten.

Begleitforschung

Auch wenn die Aussagekraft der bislang vorliegenden Kennzahlen begrenzt ist, weil sie lediglich über das erste Jahr der Konvergenz Auskunft geben, kann ein erstes gesundheitspolitisch relevantes Ergebnis festgehalten werden: Das DRG-System wirkt. Die Krankenhausversorgung entwickelt sich – soweit erkennbar – grundsätzlich in die mit der DRG-Einführung gewollte Richtung zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Zweifelsohne ist jedoch die gesetzlich vorgesehene und von den Selbstverwaltungspartnern durchzuführende *Begleitforschung* zu den Auswirkungen der DRG-Einführung von hoher Relevanz. Erste Ergebnisse wären 2005 zu veröffentlichen gewesen, liegen jedoch bis heute faktisch nicht vor – die jährliche Aufbereitung der § 21er Daten durch das InEK erfüllt die gesetzliche Zielsetzung nicht. Hier besteht aus gesundheitspolitischer Sicht dringender Handlungsbedarf. Dies unterstreichen auch einzelne Studien, die auf mehr oder minder breiter Datenbasis erste, z. T. noch zu erhärtende Hinweise auf ggf. kritische Tendenzen der DRG-Einführung geben (Hausner et al. 2005; Klinke 2007; Manzeschke 2006; Vogd 2006a, 2006b; von Eiff et al. 2007a, 2007b). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die zügige Durchführung der Begleitforschung bei den Selbstverwaltungspartnern mehrfach angemahnt. Um kurzfristig Einschätzungen zu den Auswirkungen des DRG-Systems zu erhalten, hat das BMG einen eigenen Fragebogen erarbeitet und sowohl die Selbstverwaltungspartner als auch weitere maßgebliche Beteiligte bis Mai 2007 um Beantwortung gebeten (Rau 2007). Zusammenfassend kann anhand der Antworten eine insgesamt hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem entwickelten DRG-System festgestellt werden. Allerdings werden die – um der Sachgerechtigkeit der Abbildung willen – erreichte Komplexität des Systems und der Abrechnungsregeln sowie der damit einhergehende stärkere Dokumentationsaufwand kritisch bewertet. Die Ergebnisse der Umfrage können und sollen jedoch die durch die Selbstverwaltungspartner durchzuführende gesetzliche Begleitforschung nicht ersetzen.

1.1.2.2 Weiterentwicklung des DRG-Systems

Grundlage für die DRG-Einführung im Jahr 2003 war der australische DRG-Katalog, für den anhand von Ist-Kostendaten deutscher Krankenhäuser die entsprechenden Bewertungsrelationen kalkuliert wurden. Dieser erste Fallpauschalen-Katalog beinhaltete insgesamt 664 DRG-Fallpauschalen und noch keine Zusatzentgelte. Inzwischen konnte dieser Katalog erfolgreich zu einem eigenständigen deutschen Fallpauschalensystem weiterentwickelt werden. Die Sachgerechtigkeit der Abbildung und die Leistungsorientierung der Vergütung wurden kontinuierlich verbessert. Grundsätzlich konnte mit den bisherigen DRG-Katalogen von Jahr zu Jahr eine bessere Differenzierung der Bewertungsrelationen zwischen einfachen und teuren Leistungen erzielt werden. Damit wurde insbesondere eine bessere und sachgerechtere Vergütung der Hochleistungsmedizin erreicht. Der noch zu Beginn der DRG-Einführung bestehende Kompressionseffekt, durch den teure Leistungen im Fallpauschalen-Katalog unterbewertet und einfache Leistungen überbewertet waren, konnte nachhaltig vermindert werden. Einen wichtigen Beitrag hierzu leisten die vom DRG-Institut sukzessive erhöhten Anforderungen an die Kalkulationsqualität sowie die ebenfalls verbesserten Plausibilitätsprüfungen. Mit Hilfe deutscher Besonderheiten, wie z. B. den Zusatzentgelten für patientenindividuell sehr unterschiedlich teure Medikamentenaufwände in der Chemotherapie, Prozedurenschlüsseln für besonders anspruchsvolle Komplexleistungen und DRGs für Mehrfacheingriffe, konnte eine leistungsorientierte Finanzierung weitgehend umgesetzt werden. Nach vier Überarbeitungsschritten hat die deutsche DRG-Klassifikation eine Spitzenposition im internationalen Vergleich erreicht und wurde bereits von anderen Ländern übernommen.

Bis zum Katalog für das Jahr 2007 hat sich dadurch die Anzahl der DRG-Fallpauschalen auf 1.082 erhöht. Daneben stehen mittlerweile 105 Zusatzentgelte – überwiegend für teure Medikamente und Medizinprodukte – zur Verfügung, die zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können (Tabelle 1–4).

Für den teilstationären Bereich steht die DRG-Entwicklung noch am Anfang. Bis auf eine teilstationäre DRG (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) wurden bisher keine kalkulierten DRG-Fallpauschalen in den DRG-Katalog aufgenommen. Ursächlich hierfür waren Probleme bei der Fallabgrenzung (Definition) und der Kalkulation sowie die Abgrenzung zur ambulanten Leistung.

Es wurde ein leistungsfähiges Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems unter konstruktiver Beteiligung der relevanten Akteure etabliert. Das DRG-Institut führt als Arbeitseinheit der Selbstverwaltungspartner die erforderlichen Arbeiten durch. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und

Tabelle 1–4

Entwicklung der Anzahl der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte von 2003 bis 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
DRG-Fallpauschalen	664	824	878	954	1 082
Zusatzentgelte	0	26	71	82	105

Information (DIMDI) bearbeitet die für die DRG-Einstufung wichtigen Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen ICD und OPS.

Für eine kontinuierliche Verbesserung des DRG-Systems war außerdem von großer Bedeutung,

- dass sich die medizinischen Fachgesellschaften und die sonstigen Betroffenen an dem „strukturierten Dialog“ mit dem DRG-Institut beteiligt haben, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der DRG-Fallpauschalen eingereicht haben und
- dass sich zum Beispiel im Jahr 2006 263 Krankenhäuser (nach Bereinigung: 225 Krankenhäuser) freiwillig an der Kalkulation des DRG-Systems beteiligt und insgesamt über 4,2 Mio. differenzierte Kalkulationsdaten an das DRG-Institut geliefert haben (nach Plausibilisierung 2,8 Mio Datensätze) (InEK 2006).

1.1.3. Beteiligung der Akteure

Bereits bei der Weiterentwicklung des mit der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) im Jahr 1995 eingeführten Fallpauschalenkatalogs, der auf ausgewählte operative Leistungen begrenzt war, und bei der Ergänzung des Katalogs von Sonderentgelten hatte sich gezeigt, dass die damit beauftragten Selbstverwaltungspartner aufgrund von Interessenkonflikten kaum in der Lage waren, diesen weiterzuentwickeln. Gleichwohl hat der Gesetzgeber mit der Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems erneut die Selbstverwaltungspartner beauftragt. Diese entschieden sich am 27. Juni 2000 für das australische AR-DRG-System als Ausgangsbasis für die DRG-Einführung in der Bundesrepublik Deutschland. Aufgrund unterschiedlicher Interessen wurde zunächst eine Begrenzung des Systems auf 800 Fallpauschalen vereinbart, die sich jedoch im weiteren Verlauf als nicht zweckmäßig erwies. Die Selbstverwaltungspartner schufen in der Folgezeit die Voraussetzungen für die Einführung der DRG. Sie ließen den australischen Katalog übersetzen, vereinbarten die ersten deutschen Kodierrichtlinien und ließen den Fallpauschalen die deutsche Fassung der ICD-Diagnosenklassifikation und der OPS-Prozedurenklassifikation zuordnen. Zudem veranlassten sie die Erarbeitung eines Kalkulationshandbuchs.

Gleichwohl war es ihnen wegen grundlegender Interessenkonflikte zunächst nicht möglich, die für den Erfolg wichtigen Entscheidungen selbst zu treffen. So konnten sie sich bei der erstmaligen Kalkulation der DRGs für das Jahr 2003 nicht auf die Vergabe des Kalkulationsauftrags und die Abrechnungsregeln einigen. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in § 17b Abs. 7 KHG nahm das BMG eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung vor. Eine Ersatzvornahme war ebenfalls für das Jahr 2004 erforderlich, bei der auch die Abrechnungsregeln weiterentwickelt wurden; erstmals führte das neu eingerichtete DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner die Kalkulation durch. Seit dem Jahr 2005 wurden die jeweiligen Fallpauschalenkataloge von den Selbstverwaltungspartnern selbst vereinbart. Wesentliche Voraussetzung dafür war, dass man sich bei der Festlegung von Details zurückhielt und stattdessen dem DRG-Institut einen Generalauftrag zur Weiterentwicklung der Entgeltkataloge erteilte.

Angesichts des durch die Ersatzvornahmen geschaffenen Grundbestands an Abrechnungsregeln und Vorgaben für die Bestimmung besonderer Einrichtungen so-

wie aufgrund des Konfliktlösungsmechanismus der Ersatzvornahme durch das BMG hat inzwischen die Einigungsfähigkeit der Selbstverwaltungspartner zugenommen. Gleichwohl bestehen weiterhin Interessenkonflikte, welche die Untersuchungen oder Lösungen in Detailfragen und insbesondere die Klärung und Gestaltung neuer Themen verhindern. Dies gilt z. B. für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung, die Frage einer gesonderten Finanzierung des mit der Weiterbildung von Ärzten verbundenen Mehraufwands und die Kalkulation von Richtwerten für die Finanzierung von Ausbildungsstätten. Ungeklärte Fragen, die auf der Bundesebene nicht gelöst werden, führen häufig auf der Ortsebene zu aufwändigen Auseinandersetzungen.

1.2 Zielsetzungen für die Krankenhausfinanzierung ab 2009

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, also nach dem Abschluss der Konvergenzphase, sind durch ein gesondertes Gesetzgebungsverfahren neu vorzugeben. Dabei sind die mit der Einführung des DRG-Vergütungssystems bereits erreichten Zielsetzungen fortzuführen. Die Wirtschaftlichkeit im einzelnen Krankenhaus und im Krankenhausbereich insgesamt ist weiter zu verbessern. Die Qualität der Leistungen ist abzusichern, auch durch verbesserte Information der Patienten über Qualitätsunterschiede von Krankenhäusern.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens werden voraussichtlich folgende Themen diskutiert:

- die künftige Rolle der Krankenhausplanung der Länder vor dem Hintergrund bestehender Überkapazitäten in den Ballungsgebieten und des verschärften Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander sowie die Frage des Marktzugangs,
- die Frage, ob die Investitionen der Krankenhäuser künftig nicht mehr durch direkte Fördermittelzahlungen der Länder (duale Finanzierung), sondern über die DRG-Vergütung finanziert werden sollen (monistische Finanzierung),
- die Frage, ob es künftig neben einem Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser auch einen Preiswettbewerb geben soll und wie dieser organisiert werden kann,
- die Frage, ob die unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte schrittweise an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert angeglichen werden sollen mit dem Ziel „gleiche Preise für gleiche Leistungen“.

Die Länder haben auf der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister am 8. März 2007 deutlich gemacht, dass die Gewährleistung der Krankenhausversorgung staatliche Länderaufgabe ist und durch Ländergesetze geregelt wird. Konsens ist, dass die einzelnen Länder die Detailtiefe der Planung in eigener Zuständigkeit zugunsten einer Rahmenplanung zurückführen können.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ein konservatives Konzept vorgelegt, bei dem das bisherige Recht weitgehend unverändert bleiben soll (DKG 2007). Die Krankenhausplanung soll wie bisher durchgeführt werden, ein Übergang

zu einer Finanzierung der Investitionskosten über die Entgelte (monistische Finanzierung) soll nur bei ausreichender Mittelausstattung und Abbau des eingetretenen Investitionsstaus erfolgen. Der Wettbewerb der Krankenhäuser soll über die Qualität der Leistungen, nicht über die Preise stattfinden. Alle Krankenhausverbände (DKG, BDPK und VKD) fordern weiterhin Landesbasisfallwerte als Einheitspreise.

Die Krankenkassenseite vertritt unterschiedliche Auffassungen. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) wollen grundsätzlich weiterhin gemeinsam mit dem einzelnen Krankenhaus verhandeln; Ausnahmen soll es für bestimmte, auf Bundesebene festgelegte Leistungskomplexe geben. Ein Bundesbasisfallwert soll die Funktion eines Richtwerts für die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten übernehmen. Demgegenüber spricht sich die AOK – und in der Grundtendenz auch einzelne Ersatzkassen – dafür aus, das gemeinsame Verhandeln der Krankenkassen auf die Notfallversorgung zu begrenzen. Die übrigen, elektiven Leistungen sollen von der einzelnen Krankenkasse selektiv mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart werden; dafür ist die Krankenhausplanung auf eine regionale Rahmenplanung umzustellen (Leber et al. 2007). Alle Krankenkassen sprechen sich für Höchstpreise und somit für Rabattverhandlungen aus.

Das BMG hat die Diskussion um die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems Anfang Juni 2007 mit einem Diskussionsentwurf für Eckpunkte zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung eröffnet (vgl. z. B. gid 2007; Tuschen et al. 2007). Darin wird vorgeschlagen, dass den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, bei geeigneten planbaren und hochstandardisierten Leistungen Einzelverträge mit einem Krankenhaus zu schließen (selektives Kontrahieren). Diese Leistungen sollen in einem gesonderten Katalog auf Bundesebene gesetzlich vorgegeben und von den Selbstverwaltungspartnern weiterentwickelt werden. Die Einzelverträge regeln Qualität und Preis der Leistungen. Der Landesbasisfallwert kann unterschritten werden (Höchstpreissystem). Das einzelne Krankenhaus und die einzelne Krankenkasse entscheiden eigenständig, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig). Soweit Krankenhäuser von der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens keinen Gebrauch machen, werden die Leistungen zum Landesbasisfallwert vergütet. Für alle nicht in dem Katalog erfassten Leistungen wie die Notfallversorgung und für nicht planbare Leistungen sollen die Krankenkassen weiterhin gemeinsam und einheitlich ein Erlösbudget mit prospektiven Mengenvereinbarungen verhandeln. Patientinnen und Patienten sollen bei der Auswahl eines Krankenhauses grundsätzlich weiterhin Wahlfreiheit haben. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Patienten durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter Krankenhäuser zu bewegen, sollen gestärkt werden, auch durch verbesserte krankenhausbegleitende Informationen über die Ergebnisqualität der Leistungen. Zudem wird vorgeschlagen, in einer Konvergenzphase von zehn Jahren die Landesbasisfallwerte durch einen Bundesbasisfallwert zu ersetzen. Unter Anerkennung der verfassungsrechtlich verankerten Verantwortung der Länder, die Krankenhausversorgung sicherzustellen, wird gefordert, dass diese ihre Krankenhausplanung sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung ausgestalten. Dabei sollte eine zu detaillierte Planungs- und Regulierungstiefe zurückgeführt werden in Richtung auf eine an Kenndaten ausgerichtete Rahmenplanung. Die Zulassung aller Plankrankenhäuser zur Leistungser-

bringung in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt unberührt. Allerdings wird – wie dargelegt – die Pflicht zur Durchführung von Budgetverhandlungen mit allen Plankrankenhäusern für die katalogisierten planbaren und hochstandardisierten Leistungen aufgehoben. Bei diesen Leistungen werden Verhandlungen nur noch mit bestimmten Krankenhäusern (Vertragskrankenhäuser) geführt. Gleichwohl werden diese Leistungen zum Landesbasisfallwert abgerechnet, wenn Versicherte einer Krankenkasse diese Leistungen in Nicht-Vertragskrankenhäusern in Anspruch nehmen. Die Versorgungssicherheit bleibt so trotz des gestärkten Wettbewerbs gewahrt. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, die Investitionsfinanzierung ab dem Jahr 2009 in einem Übergangszeitraum von zehn bis fünfzehn Jahren in eine monistische Finanzierung zu überführen. Über die DRG-Fallpauschalen sollen die Krankenhäuser auf betriebswirtschaftlicher Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen erhalten. Die mit der Einführung der monistischen Finanzierung verbundene finanzielle Entlastung der Länder muss durch eine Kompensation ausgeglichen werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlägt in seinem Gutachten vom 3. Juli 2007 vor, das DRG-System zunächst als Festpreissystem (Einheitspreise) mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert weiterzuentwickeln. Für bestimmte elektive Leistungen aus dem Bereich der Basisversorgung sollen individuelle Rabattverhandlungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern zugelassen werden (selektives Kontrahieren, partielle Höchstpreislösung). Krankenkassen sollten ihren Patienten entsprechende Wahltarife anbieten können. Die Krankenhausplanung sollte auf eine Rahmenplanung zurückgeführt werden, bei der die Länder die Versorgungsstrukturen beobachten (Monitoring) und die Versorgung im Falle festgestellter oder drohender Unterversorgung regulieren. Die Investitionsfinanzierung sollte auf eine monistische Finanzierung über die DRG-Fallpauschalen umgestellt werden. Dabei sollten die Investitionskostenzuschläge zweckgebunden sein, insbesondere jedoch nicht für Defizitdeckungen und Übernahmen anderer Krankenhäuser verwendet werden können (SVR 2007).

1.3 Fazit und Ausblick

Die Phase der Einführung des DRG-Vergütungssystems ist insgesamt positiv verlaufen. Es gilt in der noch verbliebenen Konvergenzphase bis zum 1. Januar 2009 den DRG-Fallpauschalenkatalog, die ergänzenden Zusatzentgelte sowie die Zu- und Abschläge so zu gestalten, dass auch komplexe und aufwändige Leistungen sowie Leistungen für Patienten mit extremen Kostenverläufen (sog. Kostenausreißer) noch sachgerechter vergütet werden. Es ist Aufgabe der Politik, mit einer Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts den ordnungspolitischen Rahmen für die Finanzierung der Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 so auszugestalten, dass einerseits die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten sichergestellt ist und andererseits die derzeit bereits positiv wirkenden Anreize zur Intensivierung des Wettbewerbs mit dem Ziel einer Optimierung des Leistungsangebots sowie einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der

Leistungen gestärkt werden. Die vom BMG und auch vom Sachverständigenrat in die Diskussion eingebrachten Änderungsvorschläge erhöhen die wettbewerbliche Ausrichtung des Systems maßvoll, vermeiden jedoch radikale Änderungen. Insoweit kann die Weiterentwicklung wie bisher im Rahmen eines lernenden Systems erfolgen, bei dem Auswirkungen beobachtet und bei weiteren Entwicklungsschritten berücksichtigt werden. Um so dringlicher wird in diesem Zusammenhang die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Begleitforschung, die Auskunft über positive oder negative Entwicklungen in der praktischen Anwendung des Systems – auch sektorenübergreifend – liefern soll.

1.4 Literatur

- AOK-Bundesverband 2007. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/>.
- Augursky B, Engel D, Krolop S, Schmidt C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Materialien, Heft 32, Executive Summary, Essen 2007.
- Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. 3. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2006, http://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/media.php/13/Bericht_zur%20Lage_der_Krankenhauser.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit. Der Weg für die größte Strukturreform im Gesundheitswesen seit knapp 30 Jahren ist frei. Pressemitteilung vom 01.03.2002.
- Bundesministerium für Gesundheit. Kabinett beschließt Gesetzentwurf für ein Fallpauschalengesetz. Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbessert Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, Pressemitteilung vom 29.08.2001.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13. Oktober 2003 (BGBl. I S. 1995).
- Coffey RM. Case Mix in the USA: Fifteen Years of DRG-Based Hospital Financing in the United States. CASEMIX Quarterly, Volume 1 Number 1, 31st March 1999.
- Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG), BT-Drs. 16/3918 vom 02.01.2007.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), BT-Drs. 14/6893 vom 11.09.2001; 26.
- Deutscher Bundestag. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), BT-Drs. 14/1977 vom 03.11.1999; 149.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007, <http://www.dkgev.de/pdf/1633.pdf>.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006, <http://dki.com/netinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf>.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2005, http://dki.com/netinfo.de/PDF/Umfrage_2005.pdf.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2004, http://dki.com/netinfo.de/PDF/Umfrage_2004.pdf.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2003, http://dki.com/netinfo.de/PDF/Umfrage_2003.pdf.

- Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid). BMG-Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung kurieren. Nr. 19 vom 18.06.2007; 14–6.
- Grabbe Y, Nolting HD, Loos S. DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitswesens, Berlin 2005, http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf.
- Hausner E, Juchems S, Richter I, Schulze-Geiping A, Simon M, Voß K, Wiedemann R, Donath E, Bartholomeyczik S. Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. *Pflege & Gesellschaft*, 3/2005; 125–30.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007. Abschlussbericht. Siegburg 2006, <http://www.g-drug.de>.
- Klinke S. Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II: Detaillierergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2007. <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2007/i07-301.pdf>.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/publikationen/elektiv_wird_selektiv_23_04_2007.pdf.
- Manzeschke A. „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zur Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. *sozialersinn*, 2/2006; 251–72.
- OECD Health Data 2006. Version: 26. Juni 2006.
- Park M, Braun T, Carrin G, Evans D. Provider Payments and Cost-Containment. Lessons learnt from OECD countries. World Health Organization – Technical Briefs for Policy Makers, Number 2/2007, Genf 2007. http://www.who.int/health_financing/documents/pb_07_2-provider_payments.pdf.
- Rau F. Das DRG-System zwingt zu besseren Prozessen. Umfrage des BMG zeigt Akzeptanz der Entgeltform und fließt in Entwicklung der Klinikfinanzierung ein. *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, 4/2007; 378–379.
- Rutz S. Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland. Erste Ergebnisse. Lohmar 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, 1995 bis 2005, Fachserie 12. https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur_sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startwith&search_EVASNr=2311.
- Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Fachserie 12, Reihe 6.4. Wiesbaden 2007.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Mehr Wettbewerb, Transparenz und Qualität. In der Diskussion um die Krankenhausfinanzierung beziehen die Beteiligten Position. *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)* 4/2007; 370–5.
- Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern 2006. [zitiert als Vogd 2006a]
- Vogd W. Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? *Berliner Journal Soziologie* 4/2006; 97–119. [zitiert als Vogd 2006b]
- Von Eiff W, Meyer N, Klemann A, Greitemann B, Karoff M, Klemann A. Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2/2007; 74–81. [zitiert als von Eiff et al. 2007a]
- Von Eiff W, Klemann A, Meyer N. REDIA-Studie II. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Reihe: Münsteraner Schriften zur Gesundheitsökonomie. Band 4, Berlin 2007. [zitiert als von Eiff et al. 2007b]
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Persönliche Mitteilung vom 14.05.2007.

2 Ein lernendes Vergütungssystem

Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem

Norbert Roeder, Holger Bunzemeier und Wolfgang Fiori

2

Abstract

Das G-DRG-System 2007 weist nur noch wenige Gemeinsamkeiten mit seinem australischen Ursprung auf. Grund sind die notwendig gewordenen Anpassungen, um aus einem Budgetierungsinstrument ein Preissystem zu formen. Neben den tief greifenden strukturellen Veränderungen des DRG-Klassifikationssystems stellen die verbesserte Methodik der Kostenkalkulation, Zusatzentgelte und weiterentwickelte Rahmenbedingungen wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem gerechten DRG-Vergütungssystem dar. Erkauft wurde die differenziertere Abbildung mit einer deutlich gestiegenen Komplexität, die effiziente Abrechnung und Verhandlungen zunehmend belastet. Ob ab 2009 mit einem G-DRG-Preissystem abgerechnet werden kann, hängt insbesondere davon ab, ob für die Finanzierung von schwer pauschalierbaren Spezialleistungen Lösungen gefunden werden können.

The German G-DRG system 2007 bears little resemblance to its Australian origin. This is due to the adjustments which had to be made in order to use the G-DRG system as a pricing system in contrast to a budget finding instrument. Apart from fundamental and structural changes to the DRG classification system an improved methodology for cost calculation, additional payments and a more sophisticated framework constitute important stages in the development of a fair DRG-based reimbursement system. On the other hand, the considerable rise in complexity puts a strain on the efficiency of billing and negotiations. Whether the G-DRG pricing system will be implemented in 2009 depends on whether solutions can be found for financing specialised treatments that are as yet not adequately represented in specific G-DRGs.

2.1 Ausgangssituation

Im Juni 2000 haben die Selbstverwaltungspartner das australische DRG-System (AR-DRG Version 4.1) als Grundlage für das deutsche G-DRG-System ausgewählt. Im Vergleich zu anderen international eingesetzten DRG-Systemen fiel das australische AR-DRG-System insbesondere durch die große medizinische Aktualität und zutreffendste medizinische Differenzierung positiv auf (Roeder/Rochell 2000). Das AR-DRG-System ist ein so genanntes Refined-DRG-System der modernsten DRG-Generation, das neben Hauptdiagnosen und Prozeduren durch ein eigenes Schweregradsystem (Patient Clinical Complexity Level) auch Komorbiditäten berücksichtigt. Die daraus resultierenden über 2000 Schweregradgruppen wurden in

der AR-DRG Version 4.1 zu 661 kostenhomogenen AR-DRGs zusammengefasst. Damit trug das System einer hohen Differenzierung, aber auch den Anforderungen eines praktikablen Abrechnungssystems Rechnung.

Die erste Version 1.0 der G-DRGs entsprach fast unverändert der australischen AR-DRG-Version 4.1, berücksichtigte aber bereits auf Basis deutscher Kostendaten kalkulierte Bewertungsrelationen. Wissenschaftliche Analysen zur Abbildungsqualität stationärer Behandlungsleistungen deutscher Krankenhäuser im G-DRG-System zeigten, dass mit dem Anspruch an ein Preissystem z. T. erhebliche Anpassungen der G-DRG-Systematik zur leistungsgerechten Abbildung der Krankenhausleistungen erforderlich sind (Franz et al. 2003; Glocker et al. 2003; Juhra et al. 2003; Bunzemeier et al. 2003; Fürstenberg et al. 2003; Fiori et al. 2003; Fiori/Roeder 2004; Franz et al. 2004a; Franz et al. 2004b; Glocker et al. 2004; Loskamp/Roeder 2004; Loskamp/Roeder 2006; Franz et al. 2005). Dabei wurde auch deutlich, dass ein Teil der Krankenhausleistungen schwer oder gar nicht pauschal in den Fallgruppen abgebildet werden können und einer besonderen Berücksichtigung z. B. im Sinne von Zusatzentgelten bedürfen.

Die auf Basis dieser Erkenntnisse durchgeführte jährliche Weiterentwicklung des Systems führte zum aktuellen G-DRG-System 2007, das sich nicht nur quantitativ mit mehr als 1000 Fallgruppen und über 100 Zusatzentgelten von der ersten G-DRG-Version 1.0 deutlich unterscheidet, sondern vor allem auch inhaltliche und strukturelle Unterschiede aufweist, die das System einzigartig machen. Besonders hervorzuheben ist hierbei der Versuch der Auflösung der Eindimensionalität bisher bekannter DRG-Systeme. Ursprünglich wurden für die DRG-Gruppierung lediglich eine Hauptdiagnose, eine Hauptprozedur (vereinzelte in Kombination mit einer häufigen „Begleitprozedur“) und bei den Refined-DRG-Systemen zusätzlich Komorbiditäten durch entsprechende Schweregradsysteme berücksichtigt. Die Komplexität der Krankenhausleistungen, insbesondere bei Mehrfachleistungen, und die damit verbundenen Kostenunterschiede zwischen „Standardfällen“ und komplexen Behandlungsfällen können die ursprünglichen DRG-Systeme unter Berücksichtigung der Anforderungen an Anwendung der Fallgruppen als Grundlage für ein Preissystem nicht ausreichend abbilden. Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat dazu geführt, dass weiterführende Merkmale z. B. in Form von Prozedurenfunktionen wie Eingriffe an mehreren Lokalisationen, die Mehrzeitigkeit von Eingriffen und Komplexleistungen zur sachgerechteren Abbildung der Aufwandsunterschiede genutzt werden.

Dabei ist nicht zu verkennen, dass die weitere Differenzierung des Systems mit steigender Kostenhomogenität der Fallgruppen auch eine Komplexitätssteigerung des Systems selbst nach sich zieht, die die Nutzungsmöglichkeiten des Systems außerhalb der Krankenhausfinanzierung erheblich einschränkt (Abschlussbericht 2006).

2.2 Datengrundlage für die G-DRG-Systementwicklung

Grundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sind die nach einem einheitlichen Schema ermittelten Leistungs- und Kostendaten deutscher Krankenhäuser. Krankenhäuser stellen auf freiwilliger Basis ihre Fallkostendaten dem

DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) jährlich zur Verfügung. Die Qualität der Kalkulationsdaten konnte durch höhere Anforderungen an die Methodik der Kostenkalkulation und durch verschärfte Plausibilitätsprüfungen durch das InEK kontinuierlich verbessert werden. Durch die Teilfinanzierung des Aufwands, der den Krankenhäusern durch die Teilnahme an der Kalkulation entsteht, konnte eine hinreichend große und repräsentative Stichprobe bei gleichzeitig steigenden Qualitätsansprüchen erhalten bleiben. Die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser sowie die Repräsentativität konnten allerdings nicht wesentlich beeinflusst werden. Da die Finanzierung der Kalkulation an die Datenqualität gebunden ist, konnte das InEK jedoch die Plausibilitätskontrollen wesentlich verbessern und einen höheren Anteil nicht plausibler Daten abweisen (Abschlussbericht 2006). Über 200 Krankenhäuser nehmen jährlich an der DRG-Kalkulation teil.

Mit den Kalkulationsdaten steht dem InEK ein Datenpool zur Verfügung, der für die Ausgestaltung der Fallgruppen sowie die Kalkulation der Bewertungsrelationen genutzt wird. An dieser Datenbasis werden die von unterschiedlichen Institutionen im Gesundheitswesen unterbreiteten Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems überprüft und bei Bedarf umgesetzt. Kalkuliert werden Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen und Belegabteilungen, vereinzelt auch für teilstationäre Leistungen. Die durch den Gesetzgeber im § 17b KHG vorgegebene Abbildung teilstationärer Leistungen konnte bisher nicht befriedigend realisiert werden, da die Kalkulationsgrundlagen ungenügend waren (Abschlussbericht 2006 und 2007). Bisher existieren lediglich fünf teilstationäre G-DRGs, von denen nur eine bundesweit einheitlich bewertet ist. Auch die Vergütungshöhe für Zusatzentgelte wird anhand der Kalkulationsdaten im InEK bestimmt. Für einen Teil der G-DRGs und Zusatzentgelte können keine bundesweit einheitlichen Bewertungen ermittelt werden; hier erfolgt eine Bewertung durch die örtliche Verhandlungsebene.

2.2.1 Kalkulationsmodell

Trotz der steigenden Qualität der Kalkulationsdaten existieren noch immer methodische Probleme der DRG-Kalkulation, die insbesondere die Abbildung hochspezialisierter Leistungen im G-DRG-System erschweren. Ein wesentliches Problem stellt das der Kalkulation zugrunde liegende Einhaus-Kalkulationsmodell dar, bei dem die Kostendaten aus allen Fallkosten liefernden Krankenhäusern zusammengeführt und ohne weitere Differenzierung nach Versorgungsstufen und Spezialisierungen zur Berechnung der Bewertungsrelationen verarbeitet werden. Die Zusammensetzung der Stichprobe einer G-DRG und das Vorherrschen bestimmter Versorgungsstufen bzw. Spezialisierungen kann die Kalkulation der Bewertungsrelation einer G-DRG entsprechend verfälschen. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die bundesweit nur wenige Fälle in einer kleinen Anzahl von Krankenhäusern betreffen. Diese wenigen Fälle nehmen in der Masse aller Fälle kaum Einfluss auf die Mittelwertbildung der G-DRG. Folge ist eine unzureichende Abbildung dieser Leistungen im G-DRG-System. Auch wenn diese Fehlabbildung bei der über statistische Kennzahlen berechneten Güte des gesamten G-DRG-Systems kaum Einfluss nimmt, kann sie für einzelne Krankenhäuser mit entsprechender Spezialisierung auf diese Leistungen zu Existenzproblemen führen. Die alleinige Betrachtung

tung der Kostenhomogenität einer G-DRG als Kriterium der sachgerechten Leistungsabbildung greift daher zu kurz. Die Durchführung interklinischer Vergleiche bietet dagegen die Möglichkeit, Differenzen im Fallspektrum und in der Behandlungsleistung darzustellen und sachgerecht zu bewerten. So findet zum Beispiel die Therapie des Schlaganfalls mit sehr unterschiedlichen Leistungsinhalten und Kosten in der Inneren Medizin, der Geriatrie, der neurologischen Normalstation, einer Stroke-Unit oder einer Intensivstation sowie in Zusammenhang mit einer Operation und/oder einer spezialisierten frührehabilitativen Behandlung statt, obwohl die Hauptdiagnose identisch ist. Bildet sich z. B. eine seltene Spezialisierung überwiegend im Ausreißerbereich einer DRG-Pauschale ab, so kann die G-DRG aufgrund der Kalkulationsmethodik dennoch sehr hohe Homogenitätskriterien in der Gesamtbetrachtung aufweisen. Abbildungsprobleme der Spezialisierungen im G-DRG-System werden z. T. erst durch interklinische Vergleiche von Verweildauern und/oder Kostendaten ergänzt durch Subgruppenanalysen sichtbar. Werden hierbei Auffälligkeiten gefunden, kann häufig die weitere Analyse der Morbiditätsdaten auf Fallebene klären, ob die Unterschiede zwischen den Kliniken allein auf ein unterschiedliches Behandlungsmanagement anscheinend gleicher Fälle oder auf unterschiedliche Fallspektren innerhalb der untersuchten G-DRG-Fallgruppe zurückzuführen sind. Die Durchführung interklinischer Vergleiche bietet die Möglichkeit, Differenzen im Fallspektrum und in der Behandlungsleistung darzustellen und sachgerecht zu bewerten. Strukturunterschiede müssen bei der Systemanpassung dann berücksichtigt werden, wenn sie sich über unterschiedliche Diagnosen und Prozeduren darstellen lassen und mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch verbunden sind.

2.2.2 Kalkulation von Zu- und Abschlägen

DRGs bieten nur für Standardfälle eine Standardvergütung. Problematisch erweist sich die Vergütung von sog. Ausreißerfällen, insbesondere Fällen, die wesentlich kürzer oder länger als Standardfälle im Krankenhaus verweilen oder bei denen eine Zu- oder Wegverlegung erfolgt ist. Für diese Fälle fallen Zu- oder Abschläge zur Standardvergütung an, die sich in der Regel normativ aus der Bewertungsrelation der Standardfälle ableitet. In der Vielzahl der Fälle handelt es sich aber, wie sich in DRG-Evaluationsprojekten gezeigt hat, um medizinisch-inhaltlich andere Kollektive (Franz et al. 2003; Glocker et al. 2003; Juhra et al. 2003; Bunzemeier et al. 2003; Fürstenberg et al. 2003; Fiori et al. 2003; Fiori/Roeder 2004; Franz et al. 2004a; Franz et al. 2004b; Glocker et al. 2004; Loskamp/Roeder 2004; Loskamp/Roeder 2006; Franz et al. 2005). Eine normative Kalkulation aus Standardfällen führt damit nicht zu sachgerechten Ergebnissen. Ein nicht unerheblicher Anteil der Unterdeckung bei hochspezialisierten Leistungen wird durch wenige Ausreißerfälle verursacht. Kurzlieger stellen häufig Spezialkollektive (definierte Auftragsleistung) mit unterschiedlichen Behandlungsinhalten dar.

Auch die Definition und Ausgrenzung der Hauptleistung bei der Kalkulation der Zu- und Abschläge, die sich aus einem klassisch operativen DRG-Konzept ableitet, ist unter Betrachtung der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems der letzten Jahre immer weniger sachgerecht. So finden sich z. B. die Kosten von Komplexbehandlungen (z. B. Intensivmedizin), die vermehrt als gruppierungsbestimmendes

Attribut eingesetzt werden, nicht in den entsprechend auszugliedernden Kostenstellen und -arten wieder.

Für eine Vielzahl von Kurzliegern wurde eine innovative Lösung über die so genannten impliziten Einbelegungstag-DRGs gefunden. Hierbei handelt es sich um G-DRGs für Eintagesfälle und Mehrtagesfälle, bei denen die resultierende effektive Bewertungsrelation für Eintagesfälle aber auf der Kostenbasis von Eintagesfällen aus der Kalkulationsstichprobe kalkuliert wurde. Bei G-DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen kann so die Höhe der Bewertung für Fälle mit einem Belegungstag ausschließlich aus diesem Fallkollektiv selbst und damit sachgerecht kalkuliert werden. Es handelt sich damit quasi um eine „eigene DRG“ in der DRG“.

G-DRGs, deren zu- oder wegverlegte Fälle sich in der Kalkulation als nicht weniger aufwändig als Standardfälle erweisen, können explizit von der Verlegungsabschlagsregelung ausgenommen werden. Dieses Vorgehen reduziert zumindest Untervergütungen.

Auch für die Langlieger wurden Lösungsansätze entwickelt. Nachdem die pauschale Erhöhung des Langliegerzuschlags von 60 % auf 70 % der durchschnittlichen Tages-Differenzkosten für das G-DRG-System 2004 nicht ausreichte, erfolgt die Berechnung seit der Systemversion 2005 differenzierter. Für einen Teil der G-DRGs mit hoch aufwändigen Langliegern berechnen sich die Zuschläge nun anhand des Median der Langliegertageskosten und damit nicht mehr normativ aus Standardfällen. Dies betrifft aber nur ca. 20 Prozent der G-DRGs. Die Langliegerzuschläge aller anderen G-DRGs werden weiterhin normativ aus den durchschnittlichen Tages-Differenzkosten abgeleitet.

2.2.3 Kostenausreißer

Neben der Problematik des Einhaus-Kalkulationsmodells stellt insbesondere die Abbildung von Kostenausreißern im G-DRG-System eine große Herausforderung für die Systemkonstrukteure dar. Kostenausreißer weisen im Vergleich zu Standardfällen deutlich höhere oder niedrigere Fallkosten auf. Deutlich höhere Kosten sind häufig auf eine extrem hohe Leistungsdichte, Mehrfachleistungen und/oder eine sehr lange Verweildauer zurückzuführen. Dabei zeichnen sich diese Fälle auch dadurch aus, dass die grundsätzliche Diagnose- und Prozedurendokumentation sich von anderen Fällen in der G-DRG nicht signifikant unterscheidet. Variablen, die zur Differenzierung des G-DRG-Systems herangezogen werden könnten, um die Kostenausreißer leistungsgerecht abzubilden, fehlen in diesen Fällen. Dies unterstreicht auch die mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) eingeführte Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). In Bezug auf die Abbildungsproblematik von Kostenausreißern wird §17b des KHG wie folgt ergänzt: „Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.“

Mit einem DRG-System soll und kann nicht das Ziel der Vergütungsgerechtigkeit im Einzelfall verfolgt werden. Vielmehr soll eine gerechte Vergütung für das

Gesamtkollektiv einer DRG über einen längeren Zeitraum (z. B. Finanzjahr) sichergestellt werden. Kumulieren Kostenausreißer aber überproportional häufig in einem Krankenhaus, können dort die resultierenden Defizite der teuren Fälle nicht durch positive Deckungsbeiträge günstiger Fälle ausgeglichen werden.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat auch zu einer besseren Abbildung der Kostenausreißer geführt. Dazu haben die verbesserte Abbildung von Mehrfachleistungen, Fallgruppendifferenzierungen wie z. B. Prä-Transplantationsaufenthalte und die aufwandsgerechtere Kalkulation von Langliegerzuschlägen beigetragen. Auch die weitere Öffnung der Dosisklassenobergrenzen von Zusatzentgelten für Arzneimittel (z. B. polyvalente Immunglobuline) sowie Schaffung neuer Zusatzentgelte konnte für einen Teil der Kostenausreißerprobleme zu einer sachgerechteren Abbildung der Kostenausreißer beitragen. Dennoch erscheint eine vollständige Abbildung der Kostenausreißer im G-DRG-Fallgruppensystem kaum realisierbar. Der Erfolg der weiteren G-DRG-Entwicklung und insbesondere die sachgerechte Einsatzmöglichkeit des Systems zur Finanzierung stationärer Leistungen wird stark von den Lösungen zur Abbildung der Kostenausreißer abhängen. Die Möglichkeiten von Lösungen im Fallgruppensystem durch weitere Differenzierung des Systems erscheinen vielfach bereits ausgeschöpft. Kurzfristig müssen deshalb alternative Lösungen zur Refinanzierung der Kostenausreißer gefunden werden, um Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen zu vermeiden.

2.3 Kernelemente der Klassifikationsänderungen

2.3.1 Entwicklung des G-DRG-Klassifikationssystem

Während sich die Rahmenbedingungen seit Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems nur wenig verändert haben, hat sich das G-DRG-Klassifikationssystem inzwischen weit von der australischen Vorlage entfernt. Dies war auch notwendig wegen der geplanten Nutzung im Rahmen eines möglichst umfassenden Preissystems, in dem das einzelne Krankenhaus in der Lage sein soll, mit einer Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger abrechnen zu können. Die Anforderungen an die Vergütungsgerechtigkeit und Differenzierungsfähigkeit des G-DRG-Systems sind damit ungleich höher als bei einem Einsatz als reines Budgetierungsinstrument.

Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des G-DRG-Systems beauftragt (§ 17b Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]). Die Selbstverwaltungspartner wiederum haben für die Systementwicklung das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) gegründet und seit 2005 mit einem weit reichenden Mandat zur datengetriebenen Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems und der Zusatzentgeltkataloge ausgestattet. Das InEK hat seitdem bemerkenswerte innovative Konzepte zur Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems entwickelt. Seit der G-DRG-Version 2005 vereinbaren die Selbstverwaltungspartner jährlich den Fallpauschalenkatalog mit G-DRGs für Hauptabteilungen, G-DRGs für Belegabteilungen, teilstationären G-DRGs und Zu-

satzentgelten (Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007).

Die Vorstellung der Vielzahl an Detailänderungen, die im Rahmen der Weiterentwicklung in den jeweiligen Systemjahren erfolgten, kann im Rahmen dieser Zusammenfassung nicht erfolgen. Hierzu verweisen wir auf entsprechende Literatur¹ (Roeder 2006). Tabelle 2–1 zeigt die Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003 bis 2007 mit der Anzahl der bewerteten und unbewerteten G-DRGs und Zusatzentgelte.

Im Folgenden sollen daher nur grundlegende und richtungsweisende Systemänderungen thematisiert werden.

2.3.1.1 Abbildung spezialisierter Behandlungsstrukturen und -inhalte über Komplexbehandlungen

Die australischen AR-DRGs definieren sich überwiegend über Diagnosen und (operative/interventionelle) Prozeduren. Spezialisierte Behandlungsstrukturen unterscheiden sich meist nicht durch unterschiedliche Haupt- oder Nebendiagnosen von der Standardversorgung. Die gleiche DRG beschreibt in der Konsequenz nicht den gleichen Leistungsumfang. Wie schon beschrieben, kann z. B. der Schlaganfall in unterschiedlichen Strukturen behandelt werden. Die jeweiligen Ressourcenaufwände sind unterschiedlich und Leistungserbringer unterscheiden sich erheblich in Bezug auf die vorgehaltenen Behandlungsstrukturen. Zur Abbildung unterschiedlicher Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Behandlungsstrukturen wurden in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) spezifische OPS-Komplexziffern geschaffen. Tabelle 2–2 und Tabelle 2–3 zeigen, welche OPS-Komplexziffern 2007 für die DRG-Zuordnung oder Zusatzentgelte relevant sein können. Dadurch konnte z. B. auch eine in der australischen Systematik quasi nicht vorhandene Leistungsabbildung für die Geriatrie und die Frührehabilitation erfolgen.

Die Berücksichtigung von OPS-Komplexziffern mit Strukturkomponenten als Voraussetzung für die Kodierfähigkeit ermöglicht neben der Abbildung von Spezia-

Tabelle 2–1
Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003 bis 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
G-DRGs gesamt	664	824	878	954	1,082
– bewertet	642	806	845	913	1,035
– unbewertet	22	18	33	41	42
Zusatzentgelte	0	26	71	82	105
– bewertet	0	1	35	40	59
– unbewertet	0	25	36	42	46

Krankenhaus-Report 2007

WIDO

¹ Literaturliste unter http://drg.uni-muenster.de/de/informationen/literatur_de.php?

Tabelle 2–2

OPS-Komplexbehandlungen mit DRG-Gruppierungsrelevanz für das G-DRG-System 2007

OPS	Bezeichnung
1-210	Nichtinvasive präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie
1-211	Invasive präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie
1-213	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-918	Multimodale Schmerztherapie
8-972	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-97a	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen
8-97c	Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
9-402	Psychosomatische Therapie
9-403	Sozial-, neuropädiatrische u. pädiatrisch-psychosomatische Therapie

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

lisierung auch die Berücksichtigung und Sicherung von Struktur- und Prozessqualität und beugt somit den Anreizen zu unerwünschten Leistungsrationierungen durch die fallpauschalierende Vergütung vor. Damit dabei keine Leistungsabgrenzung im Sinne einer „Türschildmedizin“ verfolgt wird, müssen unterschiedliche Leistungsabbildungen durch nachvollziehbare Behandlungsunterschiede begründet sein.

Tabelle 2–3

OPS-Komplexbehandlungen mit Relevanz für die Zusatzentgeltabrechnung 2007

OPS	Bezeichnung
1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
8-975.2	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-975.3	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (bewertetes ZE)

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Durch die gestiegene Transparenz erhalten Kostenträger einen detaillierteren Einblick in die Behandlungsinhalte und können dies zunehmend zur Leistungsbeurteilung und Leistungssteuerung nutzen. Parallel steigen die Anforderungen an die Dokumentationsqualität und die Komplexität des G-DRG-Systems. Fallprüfungen durch die Kostenträger bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung können häufig nur noch auf Grundlage der gesamten Patientenakte erfolgen.

2.3.1.2 Abbildung von Mehrfachleistungen

Das G-DRG-Klassifikationssystem ist ein eindimensionales System. Das bedeutet, dass jeder Fall nur exakt einer G-DRG zugeordnet werden kann. Sind DRGs nicht exklusiv definiert, kommt der Abfragereihenfolge bei der DRG-Zuordnung eine besondere Bedeutung zu (siehe Abschnitt 2.3.1.5). Die Abbildung von Mehrfachleistungen im G-DRG-System ist damit nur sehr eingeschränkt möglich, wenn nicht additive Vergütungselemente wie Zusatzentgelte (siehe Abschnitt 2.3.3) genutzt werden. Mehrfachleistungen können z. B. mehrere Eingriffe in einer Sitzung, mehrzeitige Eingriffe oder beidseitige anstatt einseitiger Eingriffe darstellen. Aber auch die Kombinationsleistung von Diagnostik und Operation während eines einzigen Aufenthalts in einem Krankenhaus stellt gegenüber der reinen Operation (Auftragsleistung) eine Mehrfachleistung dar. Frührehabilitation, Geriatrie, Palliativmedizin, Isolierung bei multiresistenten Erregern und die Intensivmedizin können auch Mehrfachleistungen darstellen und kommen strukturgebunden in unterschiedlicher Häufung vor. Während die Regelungen zur Fallzusammenführung und den Verlegungsabschlägen in den §§ 2, 3 und 1 Abs. 7 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) gezieltes Fallsplitting und Fehlanreize durch Verlegungsketten verhindern sollen, wurde auch im G-DRG-Klassifikationssystem selbst nach Lösungen gesucht. Neben G-DRGs, die explizit Mehrfachleistungen (z. B. beidseitige Eingriffe oder häufige diagnostisch-therapeutische Kombinationsleistungen) abbilden, wurden spezielle Prozedurenfunktionen entwickelt und zur Definition von G-DRGs verwendet.

Nicht alle Prozedurenfunktionen in Tabelle 2–4 dienen der Abbildung von Mehrfachleistungen. Über die unterstrichenen Funktionen können Mehrfachleistungen direkt identifiziert werden. Andere Funktionen werden so eingesetzt, dass Kombinationsleistungen unabhängig von allen denkbar möglichen Leistungskombinationen operationalisiert beschrieben werden können (siehe Tabelle 2–5).

Die spezifische Einzelleistung (z. B. Operation in Zusammenhang mit Frührehabilitation) geht in Kombinations-DRGs unter, die alleinig unter dem Primat der Frührehabilitation unterschiedliche Fälle innerhalb einer MDC zusammenfassen. Dies kann für Spezialisierungen problematisch sein.

Darüber hinaus werden in Abhängigkeit von der Positionierung einer DRG im Abfragealgorithmus nicht alle Kombinationsleistungen in den dafür vorgesehenen G-DRGs abgebildet (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5). Letztlich steigt auch deutlich die Komplexität des G-DRG-Klassifikationssystems; DRG-Bezeichnungen werden schwer intuitiv verständlich (siehe Tabelle 2–5). Nichtsdestotrotz stellt dieser Weg die einzige Möglichkeit dar, Mehrfachleistungen in DRG-Fallgruppen darzustellen. Alternativ könnten jedoch Zusatzentgelte (wie z. B. für 2007 bei der Palliativmedizin) zur Komplexitätsreduktion und einer differenzierteren Abbildung von Mehrfachleistungen beitragen.

Tabelle 2–4

Prozedurenfunktionen des G-DRG-Systems 2007

Prozedurenfunktionen
– Bestimmte OR-Prozeduren
– Komplexe OR-Prozeduren
– Komplizierende Prozeduren
– Eingriff an mehreren Lokalisationen
– Dialyse
– Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
– Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren
– Intensivmedizinische Komplexbehandlung >552 Aufwandspunkte/ >1104 Aufwandspunkte
– Schweres/Mehrere schwere Problem(e) beim Neugeborenen
– OR-Prozeduren ohne Bezug (regelt Zuordnung zu den Fehler-DRGs 901A-D und 902Z)
– Aufnahmegewicht (wichtig für Zuordnung zur MDC 15 und Fehler-DRGs 963Z)
– Polytrauma (wichtig für Zuordnung zur MDC 21A)
– Prä-Transplantations-Aufenthalt
– Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
– Frührehabilitation

Krankenhaus-Report 2007 WIdO

2.3.1.3 Abbildung von besonderen Schwerpunkten

Über die bereits beschriebenen Anpassungen hinaus erfolgten besonders umfangreiche Anpassungen für die Herz-Kreislauf-Medizin, die Intensivmedizin, die Transplantationsmedizin, die Onkologie, die Neurologie, die Unfallchirurgie und die Orthopädie und im System 2007 für die Kinderheilkunde. Für 2007 wurden

Tabelle 2–5

Beispiele für G-DRGs der Version 2007, deren Definitionen Prozedurenfunktionen nutzen

G-DRG	Bezeichnung
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre

nahezu in allen Hauptdiagnosekategorien nach Angaben des InEK 154 neue Alterssplitts eingeführt. Diese sollen gewährleisten, dass der unterschiedliche Aufwand, der mit der Behandlung von Kindern einhergeht, sachgerechter vergütet wird. Die Anzahl der G-DRGs, für deren Zuordnung das Alter relevant ist, wurde von 106 auf 260 mehr als verdoppelt (Abschlussbericht 2007). Die Ausweitung von pädiatrischen Alterssplitts war möglicherweise dadurch bedingt, dass die Verkürzung der Verweildauer bei Erwachsenen zu einer Reduktion der Kosten führte und sich damit in einem Teil der gemischten Fallgruppen die aufwändigere Behandlung von Kindern kostenintensiver darstellte als die der Erwachsenen in derselben Fallgruppe. Dies war offensichtlich in den Vorjahren nicht der Fall, da der höhere Aufwand bei Kindern wahrscheinlich durch eine längere Verweildauer bei den Erwachsenen kompensiert wurde und die Gesamtkosten sich daher nicht signifikant unterschieden. Die getrennte Abbildung im G-DRG-System 2007 weist jedoch daraufhin, dass die Aufwandsunterschiede bereits 2005 bestanden (dem Jahr, aus dem die Kalkulationsdaten stammen).

Mit den aktuellen Anpassungen folgt das System den Veränderungen. Gleichzeitig nimmt auch die Transparenz bezüglich pädiatrischer Leistungen und Behandlungsinhalte zu, da die Fälle von Kindern und Jugendlichen, die bisher häufig nur einen kleinen Anteil des Gesamtkollektivs einer G-DRG ausmachten, demaskiert werden. Die Entwicklungen der nun eindeutig identifizierbaren pädiatrischen Fallkollektive sind anhand der Kalkulationsdaten besonders genau zu beobachten. Der von den Pädiatern beklagte höhere Aufwand an ärztlicher, pflegerischer und sozialer Betreuung von Kindern und Jugendlichen, der zu unter Umständen erheblichen personellen und technischen Mehrkosten führt, kann spezifisch ausgewiesen und analysiert werden. Gleiches gilt für die vermutlich im Vergleich zu den Erwachsenen unterschiedlichen Verweildauern.

Die Situation allein stehender Kinderkliniken wird sich voraussichtlich durch die bessere Abbildung der pädiatrischen Fallkollektive verbessern. Dennoch müssen weiterhin andere Finanzierungskomponenten und die Sonderstellung dieser Fachkliniken als „Besondere Einrichtungen“ nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG diskutiert werden, wenn diese häufig sehr kleinen Krankenhäuser in der Versorgungslandschaft erhalten bleiben sollen.

2.3.1.4 Weiterentwicklung der Schweregradbewertung

Das System der Berücksichtigung von Aufwandsschweregraden über die Bewertung der Komorbiditäts- und Komplikationslevel (CCL) von Nebendiagnosen und der Berechnung eines Gesamtschweregrades (PCCL) ist im australischen AR-DRG-System besonders weit entwickelt. Normative Anpassungen der Bewertungen einzelner Nebendiagnosen für das deutsche G-DRG-System erwiesen sich als schwierig und konnten daher nur in Einzelfällen umgesetzt werden. Weiterentwicklungen der Diagnoseklassifikation (ICD-10-GM), die eine Dokumentation von Krankheitsstadien und -schweregraden zulassen, machen die aus Australien übernommenen CCL-Bewertungen unter deutschen Rahmenbedingungen jedoch zunehmend unplausibel. Erfahrungen aus der DRG-Echtabrechnung zeigen, dass aufgrund von z. T. erheblichen Erlösdifferenzen die Kodierung von Nebendiagnosen im Rahmen der aufwändigen Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V heftig umstritten ist. Kon-

sequenterweise etablierten sich in der Weiterentwicklung der G-DRGs zunehmend prozedurale Schweregradsysteme wie die Prozedurenfunktionen (siehe Abschnitt 2.3.1.2) oder DRG-spezifische Diagnoselisten (z. B. Attribut „komplexe Diagnose“).

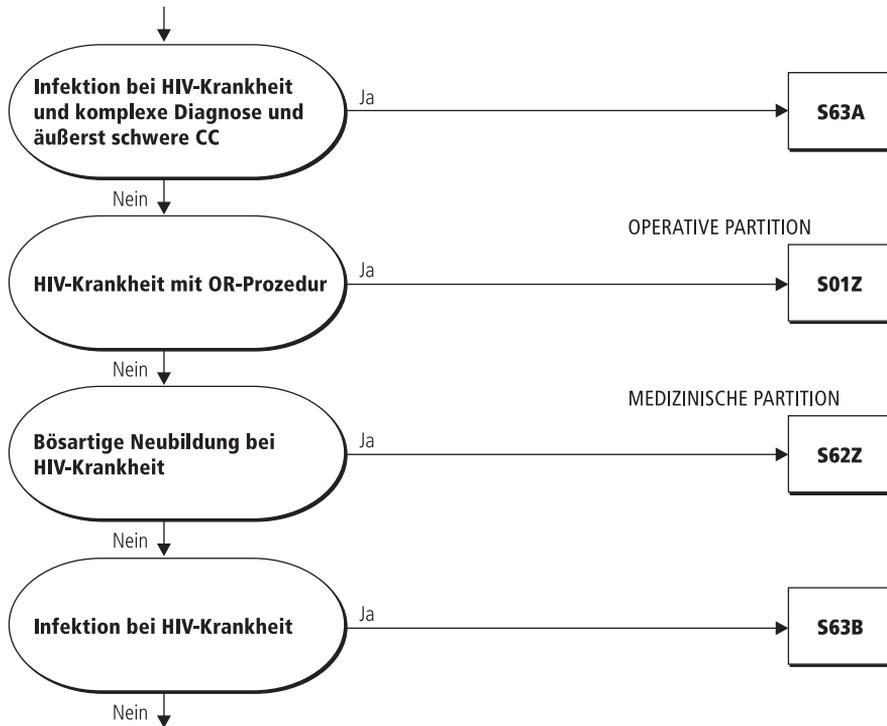
Für das G-DRG-System 2007 wurde erstmalig eine datengetriebene Methodik zur Anpassung der CCL-Matrix entwickelt. Aufgrund der zur Anpassung aufwändigen Rechenarbeit konnten in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit zunächst nur wenige Diagnosen bezüglich einer sinnvollen CCL-Bewertung analysiert werden. Es bleibt abzuwarten, welche Entwicklung die CCL-Matrix in Zukunft nehmen wird.

2.3.1.5 Änderungen in der Abfragehierarchie

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat zu tief greifenden Veränderungen an den Konstruktionsprinzipien des zugrunde liegenden DRG-Klassifikationssystems geführt. Bei Übernahme des australischen AR-DRG-Abfragealgorithmus fiel auf, dass die Erbringung einer Mehrleistung bei ansonsten gleicher Fallkonstellation nicht selten in einer niedrigeren Vergütung resultierte. Ursache war die streng hierarchische Abfragehierarchie des AR-DRG-Systems auf Basis der DRG-Konstrukte: Hauptdiagnosekategorie ([prä-]MDC), Partition, Basis-DRG und DRG-Splitt. So wurden z. B. interventionelle Katheterleistungen oder Endoskopien regelhaft der „Anderen Partition“ zugeordnet und somit vor entsprechenden medizinisch-konservativen G-DRGs abgefragt. G-DRGs, die Katheterleistungen und Endoskopien abbildeten, wurden bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen überwiegend von diagnostischen Auftragsleitungen mit kurzen Verweildauern und Kosten dominiert, was sich in einer entsprechend niedrigen Bewertung niederschlug. Medizinisch-konservative G-DRGs z. B. für Herzinsuffizienz, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder onkologische Diagnosen wiesen meist höhere Bewertungsrelationen auf.

Die Durchführung einer Intervention bei komplexen Fällen führte aufgrund der Verschiebung von einer konservativen in eine interventionelle G-DRG trotz Mehrleistung zu einer Reduktion der Vergütung. Seit der G-DRG-Version 2005 wird die Abfragehierarchie sukzessive verändert und löst sich von der strengen Orientierung an Partitionen und Basis-DRGs. Werden als Folge dieser Änderungen G-DRGs, die sich lediglich über „konservative“ Leistungen (z. B. Chemotherapie) definieren, vor operativen im Abfragealgorithmus berücksichtigt, werden diesen G-DRGs in der Konsequenz natürlich auch operativ behandelte Fälle zugewiesen. Das DRG-Konstrukt „Partition“ verliert damit inhaltlich an Bedeutung. Gleiches gilt für Basis-DRGs, deren einzelne Splitts nicht direkt nacheinander bei der DRG-Zuordnung abgefragt werden. Fälle, die den unterschiedlichen Splitts einer Basis-DRG zugeordnet werden, unterscheiden sich als Folge der geänderten Abfragehierarchie nicht mehr nur durch die Splittkriterien, sondern auch durch die Fallkollektive, die durch die zwischen zwei DRGs-Splitts derselben Basis-DRG abgefragten G-DRGs „abgefangen“ werden. Abbildung 2–1 veranschaulicht diesen Effekt exemplarisch. Die G-DRG-Splitts S63A und S63B gehören zu einer im DRG-Handbuch einheitlich definierten Basis-DRG (S63), die auf Grundlage des PCCLs und dem Vorliegen einer „komplexen Diagnose“ in zwei abrechenbare DRGs gesplittet ist. Zusätzlich

Abbildung 2–1
Darstellung der Abfragehierarchie im G-DRG-System 2007



Krankenhaus-Report 2007

Wido

zu den aus den Definitionen hervorgehenden Unterschieden kann die G-DRG S63A noch Fälle enthalten, die die Kriterien der G-DRGs S01Z bzw. S62Z erfüllen, während in der S63B keine operativ behandelten Fälle oder Fälle mit einer „bösartigen Erkrankung“ mehr enthalten sein können.

Die strenge Hierarchisierung, die mit einer höheren Vergütungsgerechtigkeit einhergeht, führt in der Konsequenz zu einer erheblichen Instabilität. Ändert sich durch ein verändertes Kalkulationskollektiv, veränderte Leistungserbringung, neue G-DRGs, neue Splittkriterien, Änderungen an der CCL-Matrix etc. die Bewertung einer einzigen G-DRG, kann eine komplett neue Abfragehierarchie resultieren. Nicht zu unterschätzen sind die dabei entstehenden Migrationen von Fällen, die trotz gleich bleibender DRG-Definitionen und -Bezeichnungen auftreten. Die Kalkulation muss daher in einem aufwändigen iterativen Verfahren erfolgen, da jede Verschiebung neue Migrationen auslöst und die später abgefragten G-DRGs beeinflusst. Die Veränderung der DRG-Zuordnungshierarchie kann dabei stärkere Einflüsse auf den Katalogeffekt in einem Krankenhaus haben als die Definitionsänderung einzelner DRG-Fallgruppen. Dabei spiegeln die Bewertungsrelationen und der Abfragealgorithmus die Momentaufnahme zwei Jahre alter Kostendaten wider, die von der aktuellen Situation abweichen kann.

Für einzelne Fachabteilungen und Spezialkliniken können Migrationseffekte existenzielle Bedeutung haben, was am Beispiel strahlentherapeutischer G-DRGs aufgezeigt werden soll. Ist die Strahlentherapie die „aufwandsbestimmende“ Leistung, so werden z. B. auch chirurgische Fälle „abgefangen“, die sonst einer später in der Gruppierungshierarchie folgenden G-DRG zugeordnet würden. Durch Anpassungen des G-DRG-Systems werden strahlentherapeutische G-DRGs jährlich an anderer Abfrageposition einsortiert. Damit werden jährlich andere Fallkollektive in diesen G-DRGs abgebildet bzw. andersherum auch ein wechselnder Anteil der strahlentherapeutisch behandelten Fälle von vorher in der DRG-Zuordnung berücksichtigten G-DRGs (hier z. B. hochkomplexe Chemotherapie, OR-Prozeduren, etc.) abgefangen. Tabelle 2–6 zeigt beispielhaft die Vergütungssprünge, die für Fälle mit strahlentherapeutischen Leistungen resultieren können. Auch die Bewertungsrelationen der übergeordneten G-DRGs der MDC werden natürlich anteilmäßig über in den Kostenkalkulationsdaten enthaltene strahlentherapeutische Fälle mit beeinflusst. Diese Phänomene sind überwiegend unabhängig von der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (z. B. in der Strahlentherapie). Neben den Bewertungsrelationen für Inlier sind natürlich auch die (Grenz-)Verweildauern sowie Zu- und Abschlüsse mit betroffen. Da nicht alle Krankenhäuser eine Strahlentherapie vorhalten, sind die resultierenden Vergütungssprünge auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses nicht immer sachgerecht. Anpassungsmechanismen, die auf der Ebene des Gesamtsystems (Einhauskalkulationsmethodik) eine höhere Vergütungsgerechtigkeit ermöglichen, können daher für einzelne Krankenhäuser unter Umständen zu gegenteiligen Effekten führen.

Tabelle 2–6

„Strahlentherapeutische G-DRGs“ der MDC 17 mit Bewertungsrelation (BWR) und Position (Pos.) im Abfragealgorithmus*

G-DRG	Bezeichnung	2007		2006		2005	
		BWR	Pos.	BWR	Pos.	BWR	Pos.
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	6,080	4	4,719	6	4,382	3
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schweren CC	4,061	9	3,522	14	3,415	5
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	2,309	20	2,729	16	3,203	8
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schweren CC	0,921	43	1,143	38	1,327	19

* R07Z/R08Z der G-DRG-Version 2005 entsprechen den G-DRGs R07A/B der Folgeversionen

Für einen Einsatz als Preissystem muss das System stabiler sein, damit die jährlichen Katalogänderungen nicht zu erheblichen Vergütungssprüngen nach unten oder nach oben führen.

In dem Maße, in dem Fälle auf Grundlage unspezifischer, mit hohem Aufwand einhergehender Attribute (Beatmungszeiten, intensivmedizinische Komplexbehandlung, mehrzeitige Eingriffe, Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern) frühzeitig in „Hochkosten-DRG“ abgefangen werden, geht die sachgerechte Abbildung aufwändiger Einzelleistungen unter Umständen wieder verloren. Werden z. B. nur von wenigen Krankenhäusern erbrachte, teure und ehemals zusatzentgeltfähige Leistungen in das G-DRG-Fallgruppensystem reintegriert (Tumorendoprothesen, Stentgraftprothesen), so wird immer ein Teil der Fälle von vorher abgefragten G-DRGs abgefangen, bevor eine Zuordnung zu den spezifischen G-DRGs erfolgt.

Die Verwendung der vom InEK publizierten Kostenmatrix des G-DRG-Browsers, z. B. zur Ermittlung von Personal- und Sach-Sollkosten, liefert für spezialisierte Leistungen daher stark interpretationsbedürftige Ergebnisse. Letzteres ist zwar kein direktes Problem des G-DRG-Systems, dürfte aber den wenigsten Nutzern der Kostenmatrix bewusst sein. Fehlsteuerungen, z. B. bei der hausinternen Leistungsverrechnung, können die Folge sein.

Das Beispiel der Migrationen und Bewertungssprünge bei der Strahlentherapie demonstriert deutlich die Grenzen der Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems. Die systemkonforme Abbildung von seltenen Spezialisierungen und Kombinationsleistungen in DRG-Fallpauschalen unter Verzicht auf die Nutzung alternativer oder additiver Vergütungskomponenten führt in der Konsequenz zu einer deutlichen Zunahme der Fallgruppenanzahl, der Systemkomplexität und einem Verlust der Transparenz.

G-DRGs der Version 2007 repräsentieren häufig keine medizinisch homogenen Kollektive mehr. Fälle, die 2007 über eine bestimmte G-DRG abgerechnet werden, können trotz gleich lautenden DRG-Definitionen und -Bezeichnungen anderen G-DRGs zugeordnet werden. G-DRGs beschreiben zunehmend nur noch für ein Jahr gültige Abrechnungspositionen. Eine Nutzung außerhalb der Leistungsabrechnung z. B. für Qualitätssicherung, Behandlungspfade, medizinische Bedarfs- und Leistungsmengenplanung ist kaum noch möglich. Als Konsequenz schreibt z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss die Darstellung der Leistungen nach G-DRGs für den verpflichtenden medizinischen Qualitätsbericht der Krankenhäuser nicht mehr vor.

2.3.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre (tagesklinische) Behandlungen sollen entsprechend der Vorgaben des Gesetzgebers ebenfalls über G-DRGs abgerechnet werden, konnten aber auch für 2007 noch nicht umfassend kalkuliert werden. Es wurden bislang lediglich fünf G-DRGs (davon vier bzgl. der Vergütung krankenhausesindividuell zu vereinbaren) für die teilstationäre Behandlung der Niereninsuffizienz und die geriatrische Komplexbehandlung eingeführt. Somit werden 2007 weiterhin teilstationäre Fälle wie bisher über tagesbezogene, auf der lokalen Ebene vereinbarte Pauschalen abgerechnet.

Im Abschlussbericht des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 wird die Problematik der Abbildung teilstationärer Leistungen im

G-DRG-System wie folgt dargestellt: „Für eine sachgerechte Abbildung und Kalkulation teilstationärer Leistungen ist ein Konsens über eine Leistungsdefinition dringend erforderlich. Eine fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zur nicht sachgerechten Hilfslösung, teilstationäre Leistungen über ein Abrechnungsmerkmal zu identifizieren. Ein weiterer Nachteil ergibt sich aus der Tatsache, dass teilstationäre Leistungen für die Abrechnung nach wie vor anders dokumentiert werden müssen als für die Kalkulation.“ (Abschlussbericht 2007)

Mit Ausnahme der Leistungen innerhalb der Onkologie, der Schmerztherapie, der HIV-Behandlung sowie der Dialysen sind teilstationär erbrachte Leistungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abgerechneten G-DRG auch 2007 erst ab dem dritten Tag nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer (bemessen ab dem Aufnahmedatum des vorherigen stationären Aufenthaltes) über teilstationäre Entgelte gesondert abrechenbar.

2.3.3 Zusatzentgelte (ZE)

Bereits zu Beginn der G-DRG-Einführung wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte, also additive Vergütungskomponenten, abgebildet werden sollte. Die systemkonforme Abbildung dieser Leistungen in DRG-Fallgruppen hätte nur durch Schaffung zahlreicher neuer G-DRG-Splitts erfolgen können. Über Zusatzentgelte abgebildete Leistungen lassen sich in der Regel keinen spezifischen G-DRGs zuweisen, können also bei unterschiedlichsten Diagnosen und in Kombination mit anderen Prozeduren erbracht werden (Beispiel Dialyse). Eine sachgerechte Berücksichtigung im G-DRG-Algorithmus würde demnach eine weitere Differenzierung bestehender Fallgruppen erfordern.

Das InEK nennt folgende Kriterien für die Definition von Zusatzentgelten (Abschlussberichte 2004–2007):

- Streuung über mehrere DRGs,
- sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs,
- definierbare Leistung mit eindeutigen Identifikations- und Abrechnungsmerkmal,
- relevante Höhe der Kosten,
- strukturelle Schieflage bei der Leistungserbringung.

Zur Begrenzung der Fallpauschalenanzahl und Steigerung der Transparenz wurde deshalb die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Etablierung von Zusatzentgelten für schwer pauschalierbare Leistungen genutzt.

Das G-DRG-System 2004 umfasste erstmalig 26 Zusatzentgelte für medizinische Verfahren wie Dialysen, extrakorporale Photopherese oder Retransplantationen von Organen sowie teure Implantate wie Herzunterstützungssysteme oder Neurostimulatoren. 2005 kamen die Zusatzentgelte für Medikamente hinzu, womit die Anzahl auf 71 anstieg. Hierdurch erfolgte eine deutlich aufwandsgerechtere Abbildung insbesondere onkologischer sowie intensivmedizinischer Leistungen.

Fast alle Leistungen des Zusatzentgeltkataloges 2004 werden auch 2007 weiterhin über Zusatzentgelte vergütet. Lediglich die Zusatzentgelte für Tumorendoprothesen sowie Teile der Stentgraftprothesen der Aorta und Neurostimulatoren konnten zwischenzeitlich durch Schaffung spezifischer G-DRGs einer Lösung im

Fallgruppensystem zugeführt werden. Durch die Eindimensionalität und den komplexen Abfragealgorithmus des G-DRG-Systems (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5) wird jedoch stets nur ein Teil der Fälle mit den ehemals über Zusatzentgelte finanzierten Leistungen in den dafür vorgesehenen spezifischen G-DRGs abgebildet. Ein anderer Teil wird durch vorher im Abfragealgorithmus berücksichtigte und bezüglich der speziellen Leistung unspezifische G-DRGs „abgefangen“ (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5). Eine Abbildung im Fallgruppensystem kann daher auch mit einer abnehmenden Vergütungsgerechtigkeit einhergehen.

Schwerpunktmäßig wurden Zusatzentgelte bislang nur für therapeutische Verfahren eingerichtet. Die einzige zusatzentgeltfähige diagnostische Leistung stellt die „Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Grundsätzlich erfüllen einige sehr aufwändige diagnostische Maßnahmen die Zusatzentgeltkriterien, da sie nicht nur mit hohen Kosten einhergehen, sondern auch, weil ein eindeutiger DRG-Bezug häufig nicht vorhanden ist. Zu diesen Leistungen gehören insbesondere bildgebende diagnostische Verfahren wie z. B. PET-, PET-CT- und SPECT-Untersuchungen. Auch aufwändige Laborleistungen wie molekulargenetische Untersuchungen oder die fetale Pathologie qualifizieren sich bei bislang unzureichender Abbildung im G-DRG-System prinzipiell für ein Zusatzentgelt. Diese Leistungen werden nur in einem Teil der Krankenhäuser angeboten und verteuern dort die Krankenhausleistungen z. T. erheblich ohne adäquate Abbildung im G-DRG-System.

Das G-DRG-System 2007 umfasst 105 Zusatzentgelte. Damit ist die Anzahl der Zusatzentgelte seit 2005 nur moderat gestiegen und die zunächst befürchtete Inflation von Zusatzentgelten ausgeblieben. Innovationen bei Arzneimitteln und Medikalprodukten werden dazu beitragen, dass voraussichtlich auch in den kommenden Jahren Zusatzentgelte moderat ergänzt werden müssen. In die Bewertung der Auswirkung von Zusatzentgelten muss aber nicht nur die Anzahl eingehen, sondern vielmehr das Finanzvolumen. Trotz der steigenden Anzahl von Zusatzentgelten sind in Bezug auf alle Krankenhausleistungen in Deutschland weiterhin nur ein kleine Fallzahl und ein kleines Erlösolumen betroffen. Nach Aussage des Geschäftsführers des InEK entfällt im System 2007 circa 1% des Ausgabeolumens für stationäre Krankenhausleistungen auf Zusatzentgelte. Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses können Zusatzentgelte jedoch eine wesentlich größere und existenzsichernde Bedeutung erlangen.

2.3.4 Innovationsfinanzierung unter DRG-Bedingungen

Eine große Herausforderung stellt die zeitnahe Abbildung neuer innovativer Leistungen in fallpauschalierenden Systemen dar. Krankenhäuser, die in der Vergangenheit teure Innovationen nach Anpassungen des Budgets in ihr Leistungsportfolio aufgenommen haben, können diesen Weg heute nicht mehr wählen. Im Rahmen der G-DRG-Einführung konvergieren die leistungsbezogenen Budgets auf den Durchschnitt für ein Bundesland. Dabei werden die Leistungen und die leistungsbezogenen Kosten über DRG-Fallpauschalen verglichen, die häufig besonders spezialisierte teure innovative Leistungen nicht adäquat abbilden. Obwohl das Gesamtbudgetvolumen durch die DRG-Anpassung nicht beeinflusst wird, wird mit der konvergenzbedingten Basisfallwertanpassung das interne Budget zur Finanzie-

rung von Innovationen reduziert, sofern diese nicht in den G-DRGs oder Zusatzentgelten abgebildet sind, was nur bei einem Teil der Innovationen der Fall ist.

Eine Innovation, die Mehrkosten verursacht, muss gesondert finanziert werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Innovation automatisch zu Mehrkosten führt. Der Gesetzgeber hat daher im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im § 6 Abs. 2 festgelegt, dass ab 2005 besondere Regeln für die Finanzierung von Innovationen gelten sollen. Dazu muss nicht, wie von einigen Kostenträgern bisweilen gewünscht, zunächst eine Nutzenbewertung erfolgen, bevor die Innovationsfinanzierung greift. Die Nutzenbewertung kann und sollte aber parallel erfolgen, z. B. durch Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Antrag von Selbstverwaltungspartnern. Die Entscheidung bezüglich des Ausschlusses der Finanzierung von Leistungen zu Lasten der GKV obliegt, bezogen auf den stationären Bereich, ausschließlich dem Gemeinsamen Bundesausschuss und ist nicht Inhalt der jährlichen Verhandlungen auf der Ortsebene.

Ein Krankenhaus kann beim InEK schriftlich eine Prüfung nach einem formalisierten Verfahren beantragen mit dem Ziel, feststellen zu lassen, ob das neue Verfahren bereits mit den G-DRGs oder mit Zusatzentgelten finanziert wird. Wenn die Innovation nach Meinung des InEK nicht bereits über die DRG-Pauschale oder ein Zusatzentgelt finanziert wird, kann das Krankenhaus vor Ort Innovationsentgelte mit den Kostenträgern verhandeln, sofern diese Innovation nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss aus der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen wurde.

Die Umsetzung der dargestellten und grundsätzlich sinnvollen gesetzlichen Regelung ist bundesweit sehr uneinheitlich. Teilweise werden die Innovationen zusätzlich zum Budget finanziert. Das ist vom Gesetzgeber auch so beabsichtigt, weil die Finanzierung von Mehrkosten verursachenden Innovationen nicht Bestandteil des Erlösbudgets für die über Fallpauschalen abgedeckten Leistungen sein soll. Teilweise wird von den Kostenträgern vor Ort aber auch verlangt, solche Innovationen aus dem Budget selbst zu finanzieren, was nicht die Intention des Gesetzgebers trifft.

Wenn eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (NUB) vom InEK positiv beschieden wurde (NUB-Status 1), prüft das InEK gleichzeitig, ob das Verfahren für alle Krankenhäuser in die Regelversorgung aufgenommen und durch eine G-DRG bzw. ein Zusatzentgelt finanziert werden soll. Hierzu muss es häufig zusätzlich Daten aus dem Krankenhaus zur Kalkulation im Sinne einer „Ergänzenden Datenlieferung“ anfordern, da die Standardkalkulationsdaten, die der jährlichen G-DRG-Kalkulation zugrunde liegen, zwei Jahre alt sind: Im Jahr 2006 wird basierend auf den Daten des abgeschlossenen Jahres 2005 das DRG-System 2007 kalkuliert. Die Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen, erfassen diese Zusatzdaten in einem sehr differenzierten Verfahren. Kommt es zum positiven Ergebnis, findet sich ab 2007 im bundesweiten Katalog eine Finanzierung dieser Innovation. Mit diesem Verfahren kürzt das InEK die Aufnahme neuer Verfahren in die bundesweit einheitlichen Kataloge ab.

Insgesamt stellt die Finanzierung von Innovationen im Krankenhaus noch eine große Herausforderung dar. Es besteht Nachbesserungsbedarf, wenn das Preissystem ab 2009 voll wirken und auch funktionieren soll. Weiterhin besteht noch das

Problem, dass jedes Krankenhaus einzeln die Prüfung einer neuen Leistung entsprechend der gesetzlichen Regelung beantragen muss. Insbesondere neue Methoden, die an Häusern der Spezialversorgung eingeführt werden sollen, werden in der Regel an mehreren Häusern evaluiert. Versäumt ein Haus, eine Prüfung dieser Methode bis zum 31.10. eines Jahres zu beantragen, geht ein weiteres Jahr für die finanzierte Einführung dieser Leistung verloren. Ein Beispiel hierfür ist die AB0-inkompatible Leber- bzw. Nierentransplantation. Diese wurden für das Verfahrensjahr 2006 nur von zwei Krankenhäusern beantragt (siehe InEK-Veröffentlichung der NUB-Anträge). Prinzipiell kann diese relativ neue und mit erheblichen Mehrkosten vergesellschaftete Methode aber an allen Transplantationszentren eingesetzt werden.

Die Verhandlung der NUB-Entgelte sollte von den übrigen Leistungs- und Entgeltverhandlungen abgetrennt werden. Hierdurch wäre es möglich, die NUB-Entgelte schon nach Antragsergebnis (31.01. eines Jahres) zügig mit den Kostenträgern zu verhandeln und unabhängig von der Gesamtvereinbarung eine Vereinbarung für NUB-Entgelte zu treffen. Nur dann wäre gewährleistet, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch kurzfristig Einzug in die klinische Praxis finden.

2.4 Systemreife und zukünftige Entwicklung

2.4.1 Systemreife

Die Systemreife des G-DRG-System in der fünften, für 2007 gültigen Version hat im Vergleich zur Ursprungsversion 2003 (Version 1.0) durch die Weiterentwicklung erheblich zugenommen. Die Veränderungen über die verschiedenen Entwicklungsjahre des G-DRG-Systems ab seiner Einführung im Jahr 2003 sind so erheblich, dass das G-DRG-System sich vom Grundaufbau seines australischen Muttersystems und anderer DRG-Systeme entfernt hat. Wesentliche Unterschiede bestehen

- im Aufbau der Gruppierungshierarchie innerhalb einer Hauptdiagnosekategorie (MDC),
- in der Berücksichtigung von Komplexbehandlungen (intensivmedizinische Komplexbehandlung, neurologische Komplexbehandlung etc.),
- in der Berücksichtigung von Mehrfacheingriffen,
- in der stärkeren Betonung der Leistungen, um den inhaltlich und bezüglich des Aufwandes unterschiedlichen Behandlungsverfahren bei gleicher Diagnose gerecht zu werden.

Das Zusatzentgeltsystem kommt in ähnlicher Weise auch in anderen DRG-Systemen zum Einsatz, auch wenn es dort nicht in Form einheitlicher Zusatzentgeltkataloge angewendet wird. Andere DRG-Systeme werden häufig nicht im Sinne eines Preissystems, sondern als Budgetfindungsinstrument benutzt. Dabei werden dann besonders aufwändige Zusatzleistungen (Implantate, besonders teure Medikamente etc.) zusätzlich zu den bewerteten DRG-Leistungen bei der Budgetfindung berücksichtigt. Das deutsche G-DRG-System ist damit wahrscheinlich das weltweit beste

Patientenklassifikationssystem, welches im Sinne eines Preissystems eingesetzt werden kann.

Die Abbildung der Standardversorgung dürfte damit weitestgehend gelingen sein. Inwieweit die Bewertung (Vergütung) der Leistungen aber schon sachgerecht ist, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Dies hängt auch ganz wesentlich von der weiteren Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab. Die für die Standardversorgung notwendigen Leistungen werden in einer Vielzahl von Krankenhäusern vorgehalten und erbracht, der mittlere Aufwand der Leistungen dürfte in allen Krankenhäusern annähernd vergleichbar sein. Schon die Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der letzten Jahre konzentrierten sich zunehmend auf die Abbildung von Spezialisierungen und Kostenausreißern.

2.4.2 Zukünftige Entwicklung

Trotz des hohen Differenzierungsgrads des aktuellen G-DRG-Systems konnte für einige Problembereiche immer noch keine befriedigende Lösung gefunden werden. Es stellt sich dabei prinzipiell die Frage, inwieweit eine Abbildung dieser zumeist kleinen Fallkollektive in spezifischen DRG-Fallgruppen möglich und zielführend ist. Die Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine Abbildung von Problembereichen im Fallgruppensystem selbst nur noch mit einer deutlichen Zunahme an Komplexität, Intransparenz und Instabilität sowie in der Konsequenz mit einer Steigerung der administrativen Tätigkeiten (Dokumentation, Fallprüfung, Entgeltverhandlungen) erkauft werden kann. In einem budgetierten System gehen Ressourcen, die für administrative Tätigkeiten eingesetzt werden müssen, für die primäre Leistungserbringung am Patienten verloren. Bei der Bewertung von Verweildauerverkürzungen und anderen Messungen von Prozessoptimierungen dürfen diese Entwicklungen bei der ökonomischen Bilanz nicht vergessen werden.

Die Nutzung alternativer und additiver Vergütungskomponenten bietet Möglichkeiten, seltene, aber erheblich zur Heterogenität beitragende Leistungen sachgerecht zu finanzieren, ohne das G-DRG-Klassifikationssystem zu überfordern. Zusatzentgelte bieten sich insbesondere für nicht DRG-/Hauptdiagnosebezogene Leistungen an, die nicht in allen Krankenhäusern erbracht werden. Sie können auch zur sachgerechten Abbildung (verweildauerabhängiger) repetitiver Leistungen (Dialyse, Medikamente/Blutprodukte, aber z. B. auch Strahlentherapie) oder Mehrfachleistungen (Strahlentherapie, Frührehabilitation, Palliativmedizin, etc. in Verbindung mit operativen Leistungen, Intensivmedizin) im prinzipiell eindimensionalen DRG-System beitragen und klinische Bezüge wiederherstellen. Da Zusatzentgelte entgegen der damit verbundenen Assoziationen keine außerbudgetäre Vergütung darstellen und ebenfalls den Erlösausgleichen unterliegen, sind bei sachgerechter und aktueller Bewertung leistungsmengensteigernden (Fehl-) Anreizen natürliche Grenzen gesetzt.

Eine Sonderstellung nehmen Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntG ein (unbewertete G-DRGs nach Anlage 3a/b der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), unbewertete ZE nach Anlagen 4/6 FPV, teilstationäre Leistungen und Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG). Prinzipiell ermöglichen diese eine Vereinbarung im Sinne „besonderer Leistungen“ über lokale Sondertatbestände. In unbewerteten G-DRGs können z. B. Leistungen gesammelt werden, für die derzeit keine bundesweit einheitliche Vergütung möglich ist (z. B. Frührehabilitation). Da

eine Homogenität für diese unbewerteten G-DRGs nicht zwingend erwartet werden kann, hat der Gesetzgeber die Vereinbarung einer Fallpauschalierung, aber auch einer Tagespauschalierung vorgesehen. Problematisch ist die Vereinbarung über die Vergütung für diese Leistungen im Rahmen der Entgeltverhandlungen. § 6.1-Entgelte werden einem anderen Budgetbereich mit anderen Ausgleichssätzen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zugeordnet. Die Leistungsmengenplanung und Bepreisung dieser Leistungen gestaltet sich schwierig. Auch wenn § 6.1-Entgelte zu einer sachgerechteren Vergütung der Spezialversorgung beitragen, so sollten diese Ausnahmeregelungen daher auf wenige Tatbestände begrenzt bleiben.

Die bisher erreichte Vergütungsgerechtigkeit ist wegen der gleichzeitig gestiegenen Komplexität mit einer erheblichen Zunahme administrativer Tätigkeiten bei den Leistungserbringern und Kostenträgern verbunden. Beispielsweise gestalten sich die Vorbereitung und Durchführung der Entgeltverhandlungen inkl. der Vereinbarung der Erlösausgleiche sehr komplex, prospektive Vereinbarungen sind häufig nicht möglich. Bei 120 Häusern des Krankenhauszweckverbandes Köln, Bonn und Region stellt sich die Situation so dar, dass vor Juni 2006 kein Haus über einen genehmigten Abschluss verfügte: Bis Dezember 2006 waren es 77% der Häuser, der Rest kam erst 2007 zu einer genehmigten Vereinbarung für das Abrechnungsjahr 2006. Bisweilen schwierig ist die Einigung zu Fragen von kodierbedingten Casemixveränderungen (Upcoding/Rightcoding), des Ausmaßes des Katalogeffektes sowie der Abgrenzung der tatsächlichen Leistungsveränderungen von diesen beiden Effekten. Verzögernd wirken auch, dass die NUB-Rückmeldungen vom InEK erst bis zum 31.1. des Jahres verfügbar gemacht werden können und der zur Orientierung notwendige Landes-Basisfallwert in der Regel noch nicht am Jahresanfang zur Verfügung steht.

Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist der Dokumentationsaufwand gestiegen. Es ist gut nachvollziehbar, dass die im Rahmen der Systemweiterentwicklung notwendige Spezifizierung von vielen detaillierten Dokumentationsinhalten (TISS/SAPS-scoring auf der Intensivstation, Dokumentation der Details für die unterschiedlichen Komplexbehandlungs-codes, Dokumentation der OPS-Codes für die Gabe von Medikamenten etc.) zu einem Anstieg des Dokumentationsaufwandes im Krankenhaus führt und natürlich auch zu einem Anstieg des Aufwandes bei den Kostenträgern. Dieser Aufwand ist aber unverzichtbar für ein Preissystem, welches den Anspruch einer sachgerechten Leistungsfinanzierung erhebt.

Ob allerdings zum Beispiel Einzelfallprüfungen im derzeit stattfindenden Umfang notwendig und sinnvoll sind, muss kritisch hinterfragt werden. Hierdurch steigt der Aufwand in Krankenhäusern, bei den Kostenträgern und beim medizinischen Dienst der Krankenkassen unangemessen und entzieht damit der Patientenversorgung innerhalb des Gesundheitssystems weitere Mittel. Andererseits können im System natürlich auch Mittel durch Überdokumentation und Fehlabbrechnungen entzogen werden. Leider fehlen systematische und aussagekräftige Untersuchungen zum Beleg der jeweiligen Argumente. Eine Reduktion des administrativen Aufwands könnte dadurch erzielt werden, dass nur noch bei konkretem Verdacht im Einzelfall auf Falschabrechnung geprüft würde (Baller/Oestreich 2005). Der Gesetzgeber verfolgt erste Ansätze hierzu mit der Einführung einer „Prüfgebühr“ im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Eine aktuelle Publikation widmet sich intensiv diesem Thema (Becker et al. 2007).

Förderlich wären auch klarere Definitionen von Schnittstellen zu anderen Leistungs- und Finanzierungsbereichen (z. B. ambulant, vor-/nachstationär, teilstationär, vollstationär, Frührehabilitation, Rehabilitation), um den Leistungsinhalt der G-DRGs klarer abzugrenzen. Auch Abrechnungsregeln (z. B. Komplikationsregelung für Wiederaufnahme, Beurlaubung) und Dokumentationsvorgaben (z. B. lösrelevante Kodieralternativen bei identischem Sachverhalt) sind zu schärfen.

An der Systemanpassung sind unterschiedliche Institutionen und Ebenen beteiligt, was die stimmige Anpassung des Gesamtsystems extrem komplex gestaltet:

- Grundlegende Systemrahmenbedingungen müssen durch den Gesetzgeber festgelegt werden. Dabei muss nochmals zwischen bundes- und landesspezifischen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unterschieden werden. Auch das die Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS pflegende DIMDI ist als Bundesinstitut dem BMG unterstellt.
- Die Kalkulation des DRG-Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalogs obliegt dem InEK, dessen Gesellschafter zwar die Selbstverwaltungspartner (DKG, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung) sind, das jedoch weitgehend selbständig die Systemanpassung vornimmt. Dabei muss es sich auf eine datenbasierte und transparente Anpassungsmethodik beschränken. Abrechnungsregeln (FPV) und Kodierrichtlinien werden in Organen der Selbstverwaltung konsentiert. Sind andere Sektoren von Anpassungsnotwendigkeiten mit berührt, kommen weitere Akteure mit ins Spiel.
- Nicht selten wirken Entscheidungen an einer Stellschraube des Systems auch an ganz anderer Stelle. Die Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Feinadjustierung des G-DRG-Systems sind auch davon abhängig, inwieweit die oben genannten Institutionen in der Lage sind, *gemeinsam* zielführende Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen.

Auch für die Kostenträger führt das G-DRG-System abhängig vom Differenzierungsgrad selbstverständlich zu Umverteilungen bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen. Kostenträger, deren Versicherte z. B. eine höhere Morbidität aufweisen, müssen bei einer differenzierteren Abbildung im G-DRG-System entsprechend auch höhere Rechnungssummen begleichen. Sofern sich dies negativ auf einen gerechten Wettbewerb zwischen den Kostenträgern auswirkt, so sind Lösungen außerhalb des G-DRG-Systems, z. B. im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu finden. Keinesfalls darf die Weiterentwicklung zu einer sachgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen im G-DRG-System dadurch behindert werden.

Mit der 2009 endenden Konvergenzphase stellt sich die Frage, wie G-DRG-System weiter eingesetzt werden soll. Das Gesetzgebungsverfahren wird 2008 erfolgen müssen, erste Weichen werden dabei bereits 2007 gestellt. Aus diesem Grund muss antizipiert werden, welches Entwicklungspotenzial das G-DRG-System noch besitzt und wo die Grenzen der Finanzierung über bundesweit bepreiste G-DRGs liegen.

Probleme bei der Abbildung über G-DRGs werden seltene und heterogene Fallkollektive verursachen. Zu diesen gehören sowohl hoch spezialisierte Leistungen als auch die Gruppe der Kostenausreißer. Hier ist eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System auch mittelfristig schwierig. Ebenso wenig kann über G-DRGs

eine adäquate Finanzierung aller Versorgungs- und Vorhaltungsstrukturen erfolgen. Die systematische Verteilung der Konvergenzgewinner und -verlierer veranschaulicht dies eindrücklich. Nicht jede im derzeitigen Vergütungssystem unwirtschaftlich erscheinende Versorgungsstruktur erbringt tatsächlich ihre Leistungen unwirtschaftlich. Bereiche, die aufgrund von Vorhalteleistungen nicht wettbewerbsfähig sind (z. B. hochspezialisierte Leistungen in der Maximalversorgung, flächendeckende Versorgung abseits von Ballungszentren in sehr kleinen Krankenhäusern, tropenmedizinische Einrichtungen, etc.) benötigen, wenn der Erhalt dieser Strukturen erwünscht ist, eine Ko-Finanzierung ihrer Vorhaltungsstrukturen

Auch für Bereiche, in denen durch ökonomische und sektoral begrenzte Anreize Fehlsteuerungen mit einem Verlust an Behandlungsqualität drohen, müssen Alternativen gefunden werden. Dabei sollten bei klarer Definition von Schnittstellen die Hindernisse zur sektorenübergreifenden Leistungserbringung abgebaut werden. Fehlanreize, die durch die episodienorientierte und streng sektorale Finanzierung über DRGs entstehen (z. B. bei der Behandlung chronischer Erkrankungen), müssen transparent gemacht und reduziert werden. Dazu sind noch ernsthafte Anstrengungen zur Versorgungsforschung notwendig, um negative Auswirkungen der DRG-Finanzierung auf die Versorgungsqualität zeitnah erkennen und entsprechend gegensteuernd reagieren zu können. Notwendige Rationalisierungsentscheidungen sollten transparent erfolgen und auch politisch verantwortet werden. Leistungserbringer dürfen durch Budgetzwang und Mengenbegrenzung nicht zu einer ethisch bedenklichen Triage bei der Leistungserbringung / Patientenauswahl mit drohenden haftungsrechtlichen Konsequenzen gezwungen werden.

2.5 Literatur

- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 15. Dezember 2006, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 20. Dezember 2005, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 20. Dezember 2004, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004“, Band I–II. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, den 20. Dezember 2003, <http://www.g-drg.de>.
- Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Versionen 2002–2006. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>.
- Baller S, Oestreich K. Das DRG-System prägt den Arbeitsalltag. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102: A3006–9.
- Becker A, Pfeuffer B, Beck U. MDK Aufwandspauschalen – Fakten versus Phantasie. KU 2007; 6: 508–12.
- Bunzemeier H, Juhra C, Fiori W, Frühmorgen P, Caspary WF, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Gastroenterologie: Abbildungsqualität gastroenterologischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schilling 2003; ISBN 3-934849-54-7.
- Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) 2005–2007, <http://www.g-drg.de>.

- Fiori W, Bunzemeier H, Franz D, Hensen P, Irps S, Loskamp N, Siebers L, Wenke A, Roeder N. G-DRG-Version 2006 – Komplexer aber gerechter? *Arzt und Krankenhaus* 2005; 11 (Sonderdruck).
- Fiori W, Franz D, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie: Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutrheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Münster: Schüling 2003; ISBN: 3-934849-97-0.
- Fiori W, Loskamp N, Roeder N. Vorstellung und Bewertung der Deutschen Kodierrichtlinien. Wesentliche Änderungen. DRG-Dokumentation 2005, f&w 2005; 1: 62–72.
- Fiori W, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie: Zusatzauswertung Kinder- und Jugendrheumatologie. Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutstationärer kinder- und jugendrheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Münster: Schüling 2004; ISBN: 3-86523-003-2.
- Franz D, Engels R, Juhra C, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Orthopädie / Unfallchirurgie: Abbildungsqualität orthopädischer und unfallchirurgischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; 3-934849-52-0.
- Franz D, Glockner S, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Hämatookologie. Abbildungsqualität stationärer hämatookologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; 3-865-23004-0.
- Franz D, Glockner S, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Onkologie - Solide Tumore: Abbildungsqualität stationärer onkologischer Therapien solider Tumore und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; ISBN 3-865-23-005-9.
- Franz D, Roeder N, Alberty J. DRG-Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Abbildungsqualität stationärer Therapien der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2005; ISBN 3-86523-035-0.
- Fürstenberg T, Fiori W, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Dermatologie: Abbildungsqualität stationärer dermatologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-53-9.
- G-DRG German Diagnosis Related Groups, Versionen 1.0 – 2007, Definitionshandbücher, Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus gGmbH (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>.
- Glockner S, Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Radioonkologie: Abbildungsqualität radioonkologischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-51-2.
- Glockner S, Haag C, Franz D, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Knochenmarktransplantation: Abbildungsqualität stationärer Knochenmark- und Stammzelltransplantationen und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; 3-865-23013-X.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – (ICD-10-GM), Versionen 2004–2007, Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>.
- Juhra C, Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Endokrinologie: Abbildungsqualität stationärer endokrinologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-66-0.
- Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Abbildungsqualität stationärer MKG-Chirurgischer Behandlungen und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling-Verlag 2004; ISBN 3-86523-011-3.
- Loskamp N, Roeder N. DRG-Benchmarkprojekt 2005: Benchmarking stationärer MKG-Chirurgischer Behandlungen in Hauptfachabteilungen im Jahr 2005 und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems 2006. Münster: Schüling-Verlag 2006; ISBN 3-86523-050-4.
- Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS), Versionen 2.1 – 2007, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>.
- Report-Browser der Kostenkalkulationsdaten G-DRG V2005/2007, V2004/2006 sowie der § 21-Daten (2005/2006), siehe <http://www.g-drg.de>.

- Roeder N, Rochell B. Zwischenbericht zum Projekt „Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie“, Stand 5. Mai 2000. [http:// www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).
- Roeder N. Gutachten zum Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2007 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Berlin 2006. <http://www.dkgev.de/pdf/1318.pdf>.
- Roeder N. Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Mai 2003. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005/2006/2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Mai 2004/2005/2006. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N, Bunzemeier H, Loskamp N, Fürstenberg T, Fiori W, Sitterlee C. DRG-Transparenz durch klinische Profile. *Das Krankenhaus* 2003, 4: 289–92.
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Juni 2007. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Wenke A, Lillteicher F. Fallmengenplanung 2005 als Grundlage der Budgetfindung. *Das Krankenhaus* 2005, 4: 297–316.
- Roeder N, Fiori W, Loskamp N. Finanzierung der Diagnostik und Therapie der Epilepsie über G-DRG-Fallpauschalen, *Z Epileptol* 2003, 4: 345–49.
- Roeder N, Fiori W, Loskamp N, Bunzemeier H, Juhra C, Hensen P, Rochell B. Strategische Kodierung – Schlüssel zum DRG-Erfolg? *Das Krankenhaus* 2003, 10: 780–8.
- Roeder N, Fiori W, Ringelstein EB. Schlaganfallbehandlung im deutschen DRG-System 2006. *Der Nervenarzt* 2006, 2: 221–8.
- Roeder N, Fiori W, Wenke A. Methodik zur Bewertung von nicht bewerteten DRGs. *Das Krankenhaus* 2006, 2: 120–3.
- Roeder N, Hensen P. Externe und krankhausindividuelle Standards. Konstruktiver Umgang mit der Fallpauschalierung. *Das Krankenhaus* 2005, 9: 748–56.
- Roeder N, Hensen P, Fiori W, Bunzemeier H, Franz D, Rochell B. Zusatzentgelte im DRG-System 2005. Aufwändige Teilbereiche werden ausgegliedert und stärken das Fallpauschalensystem. *f&w* 2004, 6: 566–74.
- Roeder N, Rochell B, Irps S, Schlottmann N, Henne M, Schmidt M. Abbildung ökonomischer Schweregrade im australischen DRG-System – Basis für die deutsche Adaptation. *Das Krankenhaus* 2000, 12: 987–99.
- Roeder N, Rochell B. Adaptation des AR-DRG-Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit. *Das Krankenhaus* 2001, 12: 1081–92.
- Roeder N, Rochell B, Glocker S. Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung (I). *Das Krankenhaus* 2002, 9: 702–9.
- Roeder N, Rochell B, Glocker S. Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung? (II). Oder stimmt das: Gleiches Geld für gleiche Leistung? *Das Krankenhaus* 2002, 10:794–800.
- Roeder N, Siebers L, Frie M, Bunzemeier H. DRG-Akzeptanz verbessern. Kliniker erreichen mit klinischen Leistungsgruppen. *Das Krankenhaus* 2006, 5: 390–401.
- Schnittstellenbeschreibung gemäß § 21 KHEntgG, Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG, <http://www.g-drg.de>.
- Tecklenburg A, Schaefer O, Bömeke C. Separate Vergütung für Patienten mit Extrem-Kosten. „Es wäre fatal abzuwarten, bis das DRG-System perfekt ist.“ *f&w* 2006, 2: 148–52.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. *Das Krankenhaus* 2005, 11: 955–60.
- Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung – FPV 2007) vom 19.09.2006, <http://www.g-drg.de>.
- Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2007 (VBE 2007), <http://www.g-drg.de>.

This page intentionally left blank

3

Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung

Jürgen Wasem, Isabelle Rotter, Axel Focke, Gerhard Igl

Abstract

Im DRG-System ist die Höhe der Erlöse des Krankenhauses von der Menge und Wertigkeit der dokumentierten Leistungen abhängig. Dies löst Anreize für die Krankenhäuser aus, ihr Kodierverhalten zu verändern. Da hiermit keine reale Steigerung des Ressourcenverbrauchs bewirkt ist, regelt der Gesetzgeber, dass Mehrerlöse des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget, die durch veränderte Kodierung entstehen, vollständig an die Krankenkassen zurückgezahlt werden müssen. Verschiedene Modelle sind entwickelt worden, die an die Stelle einer vereinfachenden gesetzlichen Regelung, wie verändertes Kodierverhalten zu messen ist, treten sollen. Isoliert kann bislang keines dieser Modelle überzeugen. Möglichkeiten der Weiterentwicklung werden diskutiert. Insbesondere erweist sich das Modell der „Komponentenzerlegung“ bei geeigneter Weiterentwicklung als Instrument, um reale von lediglich nominellen Effekten auf den Case Mix Index eines Krankenhauses zu trennen.

In the DRG system, the amount of a hospital's revenues depends on the quantity and relative weight of the services documented. This results in incentives for the hospitals to change their coding behaviour. Since no material increase of resources consumption is caused hereby, the legislator stipulated that a hospital's revenues exceeding the negotiated budget due to changed coding must be fully paid back to the health care funds. Different models were developed to replace a simplifying statutory regulation of how changed coding behaviour is to be measured. So far, however, none of these models is convincing and possibilities of advancement are discussed. Particularly the model of „decomposition into growth factors“, if advanced adequately, seems to be a suitable instrument to separate real effects from merely nominal ones on a hospital's case mix index.

3.1 Leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser und verändertes Kodierverhalten

Im DRG-System bestimmen Zahl und Wertigkeit der vom Krankenhaus erbrachten Fälle die Erlöse. Es bestehen daher – so auch internationale Erfahrungen (Coffey/Louis 2001) – Anreize für die Krankenhäuser, beides zu erhöhen. Anders als in

der Vergangenheit (Holzwarth/Kuypers 2005) hat eine umfassende Dokumentation unter DRGs zentrale Bedeutung für die Erlössicherung der Krankenhäuser. Sie lernen, im neuen Fallpauschalensystem „richtig“ zu kodieren. Das Interesse eines Krankenhauses an einer möglichst hohen Wertigkeit der behandelten Fälle mag über das „Rightcoding“ hinaus aber auch Überlegungen auslösen, durch Manipulationen der Dokumentationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der Höhe der abrechenbaren Bewertungsrelationen „nachzuhelfen“, wofür sich der Begriff des „Upcoding“ eingebürgert hat.

Right-Coding wie Upcoding sollen nach dem Willen des bundesdeutschen Gesetzgebers nicht zu Mehrerlösen der Krankenhäuser führen, da sie sich nur auf der nominellen Ebene abspielen, aber nicht real zusätzliche Ressourcen verbraucht werden. Diese Überlegung muss auch über die Konvergenzphase hinaus gelten. Entsprechend hat der Gesetzgeber geregelt, dass Mehrerlöse, die gegenüber dem prospektiv vereinbarten Erlösbudget eines Krankenhauses unterjährig durch eine veränderte Kodierung erzielt werden, vom Krankenhaus vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen sind. Demgegenüber sollen die Krankenhäuser bei Mehrerlösen, die aufgrund realer Leistungsveränderungen entstehen, Anteile zur Deckung der entstandenen zusätzlichen variablen Kosten behalten dürfen.

Von den Leistungs(struktur)veränderungen, die sich ex post gegenüber den Annahmen bei Vereinbarung des Erlösbudgets ergeben, sind die Auswirkungen von Veränderungen des DRG-Kataloges (Struktur, Bewertungsrelationen, Grenzverweildauer und diesbezügliche Zu- und Abschläge), seiner Bestimmungsfaktoren (ICD- und OPS-Kataloge) sowie sonstiger Regelungen (etwa Kodierrichtlinien, Regeln zur Fallzusammenführung) zu unterscheiden: Diese Aktualisierungen können als Neubewertungen der Leistungsstruktur erhebliche Auswirkungen auf den Case Mix der einzelnen Krankenhäuser haben.

Über den Einsatz eines Übergangsgroupers können die Effekte des Katalogwechsels überwiegend, allerdings nicht vollständig, abgebildet werden. Sofern der Effekt des Katalogwechsels und der übrigen genannten Faktoren auf den Case Mix dabei über- oder unterschätzt wird, erscheint er nach Abschluss des Kalenderjahres unter sonst gleichen Umständen wie verändertes Kodierverhalten als Abweichung des tatsächlichen vom vereinbarten Erlösbudget. Es könnte sich daher anbieten, zu den generalisierbaren Effekten des Katalogwechsels auf der Bundesebene gemeinsame Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner abzugeben.

3.2 Der rechtliche Rahmen

3.2.1 Die gesetzliche „vereinfachte Ermittlung“

Um kodierbedingte Mehrerlöse von Mehrerlösen aufgrund von realen Leistungsveränderungen gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget zu separieren, sieht das Gesetz eine „vereinfachte Ermittlung“ vor und ermöglicht den Vertragsparteien der

Budgetvereinbarung bei Vorlage entsprechender Nachweise ein hiervon abweichendes Verfahren¹:

- In der „vereinfachten Ermittlung“ legt das Gesetz zunächst fest, dass sich die insgesamt angefallenen Mehrerlöse im Fallpauschalenbereich als Summe aus „Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren“ und „sonstigen Mehrerlösen“ zusammensetzen.
- Die „sonstigen Mehrerlöse“ werden ermittelt, indem die gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget zusätzlich erbrachten Behandlungsfälle mit dem Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall und dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert werden. Auf diese sonstigen Mehrerlöse findet der partielle Mehrerlösausgleich (im Regelfall: Rückzahlungsverpflichtung 65%) Anwendung.
- Die „Mehrerlöse infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren“ ergeben sich als Differenz zwischen den insgesamt angefallenen Mehrerlösen und den „sonstigen Mehrerlösen“; sie sind vollständig vom Krankenhaus zurückzuzahlen.
- Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen.

Das vereinfachte Verfahren erkennt damit eine unterjährige Fallzahlausweitung als reale Leistungsveränderung an, Erhöhungen des Casemix-Index (CMI) werden jedoch komplett veränderter Kodierung zugerechnet.

Bei Krankenhäusern, die Mindererlöse gegenüber dem vereinbarten Budget erzielen, wird nicht zwischen realen und nominellen Leistungsstrukturveränderungen unterschieden; vielmehr findet hier grundsätzlich die Mindererlösausgleichsregelung Anwendung.

3.2.2 Was ist unter „kodierbedingte Veränderung“ zu verstehen?

Bei „veränderter Kodierung“ ist zwischen Veränderungen der Kodierrichtlinien, der Fallpauschalen-Kataloge und der Abrechnungsregeln sowie des Kodierverhaltens zu unterscheiden. Im Folgenden wird nur auf veränderte Kodierrichtlinien und die Veränderung des Kodierverhaltens eingegangen.

Obwohl eine Veränderung der Kodierrichtlinien oder eine Veränderung des Kodierverhaltens keine Veränderung der Leistungsstruktur des Krankenhauses bedingen, kann der Eindruck entstehen, dass eine veränderte Leistungsstruktur vorliegt. Insbesondere kann durch die Lerneffekte bei der Kodierung im Krankenhaus der Eindruck entstehen, dass eine Leistungsveränderung stattgefunden hat. Dies wird regelmäßig dann der Fall sein, wenn das Krankenhaus geringerwertig kodiert hat, als es bisher hätte kodieren können.

Um feststellen zu können, ob eine tatsächliche Leistungsveränderung oder nur eine durch Veränderung der Kodierrichtlinien oder des Kodierverhaltens suggerierte Leistungsveränderung vorliegt, ist es erforderlich, die ursprüngliche Leis-

¹ Vgl. § 4 Abs. 9 Sätze 6 bis 8 KHEntgG.

tungsstruktur des Krankenhauses abzubilden. Deshalb ist eine möglichst genaue Analyse der Leistungsstruktur des Krankenhauses notwendig, um eine Vergleichsgrundlage bei der Verhandlung des prospektiven Erlösbudgets und bei der Feststellung von sonstigen Mehrerlösen zu erhalten. Nur im Vergleich mit der ursprünglichen Leistungsstruktur des Krankenhauses lässt sich annähernd exakt feststellen, ob Leistungssteigerungen vorliegen.

3.2.3 Wer trägt die Beweislast?

Die Sachverhaltsermittlung in einem Verwaltungsverfahren wird grundsätzlich nach dem Untersuchungsgrundsatz vorgenommen, wonach die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen ermittelt (§ 24 VwVfG). Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat sich für Schiedsstellenverfahren nach § 18a KHG jedoch für die Anwendung des Beibringungsgrundsatzes ausgesprochen.² Das BVerwG begründet seine Auffassung im Wesentlichen damit, dass es die rechtliche Struktur des Schiedsstellenverfahrens ausschließe, den im Verwaltungsverfahren einschlägigen Untersuchungsgrundsatz anzuwenden. Nach dem Beibringungsgrundsatz müssen die Verfahrensbeteiligten die jeweils für sie günstigen Tatsachen beibringen. Wird eine solche Tatsache nicht beigebracht, kann diese Tatsache nicht zugunsten des Verfahrensbeteiligten berücksichtigt werden, der im Fall der Beibringung dadurch einen Vorteil hätte. Werden Tatsachen beigebracht, müssen sie dann von der Schiedsstelle nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen gewürdigt werden. Hat ein Verfahrensbeteiligter Zweifel an der Richtigkeit der von dem anderen Verfahrensbeteiligten vorgebrachten Tatsachen, so ist er nicht in der Pflicht, diese Tatsachen selbst zu entkräften. Vielmehr muss die Schiedsstelle die vorgebrachten Beweise für die behauptete Tatsache nach den allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen würdigen.

In § 4 Abs. 9 Satz 7 KHEntgG wird der Beibringungsgrundsatz für die dort beschriebene Situation noch einmal besonders erwähnt. Die Schiedsstelle hat nur darüber zu befinden, ob der Nachweis nach dieser Vorschrift nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen gelungen ist.

3.2.4 Anwendung des durch das GKV-WSG geänderten § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG auf noch laufende bzw. beklagte Budgetverfahren für das Jahr 2006?

§ 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG ist durch das GKV-WSG wie oben skizziert geändert worden. Zur Begründung wird im Bericht des Gesundheitsausschusses ausgeführt:

„Die in § 4 Abs. 4 KHEntgG vorgeschriebene Veränderung des einzelnen Krankenhausbudgets infolge von Leistungsveränderungen darf nur bei echten Mehrleistungen erfolgen. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen darf deshalb insoweit nicht berücksichtigt werden, als sie auf eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zurückzuführen ist. Mit der Änderung in § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG (Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) wird

² BVerwG, Urt. v. 8. September 2005, Az.: 3 C 41.04.

deshalb sichergestellt, dass eine verbesserte Kodierung nicht zu Budgeterhöhungen der Krankenhäuser und damit Mehrausgaben für die Kostenträger führt. Die Ergänzung ist zur Vermeidung unberechtigter Mehrausgaben erforderlich, da in einzelnen Schiedsstellenentscheidungen dem Grundsatz nicht Rechnung getragen wurde, dass eine verbesserte Kodierung der Leistungen nicht zu Mehrausgaben führen darf und zu neutralisieren ist.“

Die Anwendung der Neuregelung in § 4 Abs. 4 KHEntgG folgt dem Grundsatz des Vorrangs des Gesetzes, d. h., dass geltende Gesetze, die selbst nichts anderes bestimmen, anzuwenden sind. Für laufende Budgetverhandlungen, auch für das Jahr 2006, ist deshalb die Neuregelung ohne weiteres anwendbar. Außerdem hat die Vorschrift nur klarstellenden Charakter. Die Krankenhäuser haben hier keine schutzwürdigen Positionen, die rückwirkend geschützt werden müssten oder in die rückwirkend eingegriffen würde.

Bei der Anwendung der Vorschrift auf gerichtsanhängige Budgetverfahren für das Jahr 2006 gilt Folgendes: Budgetverfahren können im Rahmen der Anfechtung der Genehmigung der zuständigen Behörde nach § 18 Abs. 5 KHG bzw. der Genehmigung nach § 14 Abs. 1 KHEntgG vor dem Verwaltungsgericht anhängig werden. Maßgebliche Rechtslage im Verfahren der Anfechtungsklage ist grundsätzlich der Zeitpunkt der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides. Da aber im Verfahren nach § 18 Abs. 5 KHG bzw. nach § 14 Abs. 1 KHEntgG ein Vorverfahren (Widerspruchsverfahren) nicht gegeben ist, muss der Zeitpunkt zugrunde gelegt werden, an dem die letzte Verwaltungsentscheidung getroffen worden ist, also hier der Zeitpunkt der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes (Erteilung der Genehmigung). Bei gesetzlichen Neuregelungen, die wie hier lediglich eine Klarstellung enthalten, heißt dies, dass der (alte) Gesetzesinhalt schon mit der (neuen) Klarstellung zu lesen ist. Damit ist die Rechtslage entscheidend, die zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung des Verwaltungsgerichts gegeben ist.

3.3 Modelle zur Messung von Upcoding

Mit der vereinfachten Ermittlung hat der Gesetzgeber eine klare, umsetzbare Regelung getroffen. Auch hat er die Nachweispflichten eindeutig festgelegt, wenn die Vertragsparteien hiervon abweichen wollen. In der Praxis sind daher auch Modelle entwickelt worden, mit denen ein entsprechender Nachweis in Abweichung von der vereinfachten Ermittlung geführt werden soll.

3.3.1 Das „Nüßle-Modell“: Nebendiagnosen-Effizienz

Das zuerst 2004 von Nüßle und Damian vorgestellte Modell (Nüßle/Damian 2004; Nüßle 2006; Nüßle/Damian 2006) untersucht, inwieweit durch Kodierung von Nebendiagnosen ein Anstieg des CMI gegenüber dem in den Budgetvereinbarungen festgelegten CMI bewirkt wurde (sog. „Nebendiagnosen-Effizienz“). Der Anteil des CMI-Anstiegs, der auf Kodierung von Nebendiagnosen zurückgeführt werden kann, wird als „Upcoding“ qualifiziert. Auch „Downcoding“-Effekte werden berücksichtigt und mit Upcoding-Effekten saldiert. Der nach Saldierung von Upco-

ding- und Downcoding-Effekten verbleibende Anteil des CMI-Anstiegs gilt als reelle Veränderung der Leistungsstruktur. Damit „dreht“ der Ansatz die gesetzliche Regelung um: Es wird nicht nachgewiesen, welche realen Veränderungen stattgefunden haben, sondern Upcoding wird nachgewiesen. Dies erscheint zumindest dann problematisch, wenn kein vollständiger Nachweis sämtlicher Upcoding-Potenziale geführt wird, weil daraus (auch in Verbindung mit der Saldierung von Downcoding) eine Unterschätzung des Upcoding resultiert.

Dabei betrachtet das Modell nicht nur DRGs, die im DRG-System einer ADRG zugeordnet werden, sondern – ähnlich der „Heidelberger-Liste“ (Stein 2006) – auch inhaltlich einer „virtuellen Basis-DRG“ zurechenbare DRGs unterschiedlicher ADRGs.

Die Autoren unterteilen die DRGs in drei Gruppen:

- DRGs ohne Beeinflussung durch Nebendiagnosen werden als grundsätzlich irrelevant für Upcoding angesehen.
- Für DRGs, bei denen die Schweregraddifferenzierung ausschließlich auf Nebendiagnosen beruht, wird die Nebendiagnosen-Effizienz als Differenz des Case Mix, der sich bei Kodierung von Nebendiagnosen ergibt, zu einer Kodierung ohne Berücksichtigung von Nebendiagnosen berechnet.
- Für DRGs, bei denen eine Kombination aus klinischen und demografischen Merkmalen für die Schweregraddifferenzierung ausschlaggebend ist, müssen vor der Ermittlung der Nebendiagnosen-Effizienz zunächst die Einflüsse der demographischen Merkmale sowie der nach Nüßle nicht Upcoding-relevanten weiteren klinischen Merkmale neutralisiert werden; hierfür werden eigene Algorithmen entwickelt, die sog. „Sekundäranalyse“.

Das Modell ist bislang nur in Auszügen veröffentlicht worden und wird offenbar auch von Krankenhäusern in Budgetverhandlungen immer nur ausschnittsweise eingebracht. Insbesondere die Algorithmen der „Sekundäranalyse“ sind eine Black Box. Damit ist das Nüßle-Modell bislang für eine ernsthafte Diskussion ungeeignet.

Aber auch jenseits der bislang vorhandenen Intransparenz über die Details des Modelles sind erhebliche Einwände zu machen. Insbesondere greift die zugrunde liegende Hypothese, dass ausschließlich Nebendiagnosen Potenzial für verändertes Kodierverhalten böten, zu kurz. Ebenso sind Hauptdiagnosen und Prozeduren relevant, insbesondere Leistungen, welche bereits bislang von einem Krankenhaus erbracht, aber nicht kodiert wurden; auch bei dem Aufnahmegewicht von Neugeborenen und den Beatmungstunden kann verändertes Kodierverhalten nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Ein erhebliches Problem besteht auch in der Möglichkeit, Prozeduren oder Diagnosen zusätzlich zu notieren und zur Abrechnung zu bringen, die bereits integraler Bestandteil einer DRG sind, und dadurch eine Höherbewertung zu bewirken³.

Das Nüßle-Modell thematisiert daher nur einen möglichen Ausschnitt veränderten Kodierverhaltens. Das Ergebnis einer Analyse mit diesem Modell wird daher den tatsächlichen Effekt veränderten Kodierverhaltens systematisch unterschätzen

3 Diese Möglichkeit resultiert aus einem gewissen Spielraum, der aufgrund der Umsetzung der Kodierrichtlinien in die Software bei der Anwendung des Groupers existiert.

und das Ausmaß sonstiger Mehrerlöse systematisch überschätzen. Die „Umdrehung“ des Nachweises geht damit – anders als vom Gesetzgeber gewollt – regelhaft zu Lasten der Krankenkassen. Das Modell kann daher – auch für Schiedsstellen – keinen Ersatz für die „vereinfachte Ermittlung“ der gesetzlichen Regelung darstellen.

Auf der anderen Seite ist der Ansatz des Modelles, durch Betrachtung inhaltlich zusammenhängender virtueller Basis-DRGs das Potenzial für verändertes Kodierverhalten zu untersuchen, grundsätzlich durchaus zielführend und sollte bei der Entwicklung eines geeigneten Modells zum Nachweis von Veränderungen realer und nomineller Leistungsstrukturen berücksichtigt werden.

3.3.2 Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region: Differenzierter Erlösbericht

Auch der Ansatz des Krankenhauszweckverbandes „dreht“ die Nachweispflicht um, indem er Upcodingeffekte errechnet und den CMI-Anstieg um diese bereinigt. Im Vorschlag des Krankenhauszweckverbandes für einen „differenzierten Erlösbericht“ (Bohn et al. 2004) kann eine veränderte Kodierung dann vorliegen, wenn sich innerhalb einer Split-DRG der Schweregrad gegenüber der Planung erhöht. Dabei werden lediglich DRGs mit Splitkriterium PCCL für einen kodierbedingten Mehrerlös berücksichtigt. Auf dieser Basis werden PCCL-DRG-Gruppen gebildet, die in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Verschiebungen innerhalb dieser Gruppen werden für die Berechnung „verändertes Kodieren“ herangezogen. Die verschiedenen PCCL-DRG-Gruppen ergeben sich wie folgt:

- a) Ausschließlicher PCCL-Split oder mehrere Splitkriterien, die nicht eindeutig zu trennen sind: Verschiebungen innerhalb dieser PCCL-DRG-Gruppen werden vollständig als veränderte Kodierung gewertet.
- b) Misch-Split: Parallel zum PCCL-Split erfolgt DRG-Zuordnung durch mindestens ein weiteres Splitkriterium (meist Alter oder 1 Belegungstag): Der kodierbedingte Anteil wird im Modell des differenzierten Erlösberichts pauschal mit 50% unterstellt.
- c) PCCL-DRG-Gruppen, die aus mindestens drei DRGs bestehen und wovon zwei DRGs zueinander nicht über PCCL gesplittet sind: Der kodierbedingte Case-mix-Anteil ist im Ansatz des Krankenhaus-Zweckverbandes der Anteil, der sich durch die gesamte Gruppe ergibt, abzüglich des Anteils, der durch Verschiebungen zwischen DRGs, die nicht über PCCL gesplittet sind, zustande kommt.
- d) Kombination aus b) und c).
- e) DRG-Gruppe, welche nicht über den PCCL gesplittet ist: Upcoding ist nach diesem Ansatz definitionsgemäß ausgeschlossen.

Zunächst ist auch diesem Modell mangelnde Transparenz insbesondere hinsichtlich der PCCL-DRG-Gruppen c) und d) vorzuwerfen. Unplausibel erscheint es auch, in den DRGs der Gruppe b) pauschal 50% anzusetzen – insoweit ist der Ansatz des Nüble-Modelles sachgerechter.

Darüber hinaus wird das Modell allerdings dem Anspruch einer umfassenden Trennung von Effekten der Leistungsveränderung von kodierbedingten Effekten noch weniger gerecht als das Nüble-Modell. Wie bei Nüble werden auch hier nur

Nebendiagnosen als Ursache für eine veränderte Kodierung zugelassen. Noch enger als bei Nüßle werden hierbei nur diejenigen DRGs betrachtet, welche durch den PCCL voneinander getrennt werden. Nicht nur wird der mögliche Einfluss von Hauptdiagnosen, Prozeduren und bestimmten demographischen Merkmalen vollständig ignoriert; darüber hinaus wird auch der Einfluss von Nebendiagnosen als komplizierende Diagnosen wegdefiniert.

Das Modell des Krankenhauszweckverbandes führt daher – in Verbindung mit der nicht dem gesetzgeberischen Willen entsprechenden „Umdrehung“ der Beweislast – noch stärker als das Nüßle-Modell zu einer systematischen Unterschätzung des Effekts von Kodierverhalten auf den CMI und zu einer entsprechenden Überschätzung der sonstigen Mehrerlöse. Es ist daher völlig untauglich, die vereinfachte Verfahrensweise des Gesetzgebers zu ersetzen.

3.3.3 Komponentenerlegung des WIdO

Die von Friedrich und Günster dargestellte Methodik der Komponentenerlegung (Friedrich/Günster 2006)⁴ entspricht dem Konzept der Indexanalyse der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Sie unterteilt die Casemix-Entwicklung in drei Hauptkomponenten: Mengen, Bewertungsrelationen (Relativgewichte) und Struktur. Es können der Einfluss von Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG und zwischen Basis-DRGs, innerhalb einer Partition und zwischen den Partitionen, innerhalb einer MDC und zwischen MDCs auf die Entwicklung des CMI unterschieden werden. Um Effekte durch Zu- und Abgänge von „Produkten“ zwischen den Perioden zu ermitteln, erfolgt eine weitere Aufspaltung des Struktur-Index in eine „kontinuierliche Marktkomponente“, eine „Abgangs-“ und eine „Zugangskomponente“. Diese Vorgehensweise ist besonders auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser unumgänglich, wo sich Veränderungen des Fallpauschalenkataloges und der Klassifikationen je nach Fachbereich unterschiedlich stark auswirken. Die Verwendung einer so genannten Warenkorbkomponente dient dann dazu, die Preiseffekte in Bezug auf ein konstantes Leistungsgeschehen abzubilden und schließlich zu bewerten.

Die aus den betrachteten Komponenten gebildeten Indizes werden auf Basis der Erkenntnisse der Datenanalyse von Friedrich und Günster im Hinblick auf nominelle oder reelle Leistungsstrukturveränderung wie aus Abbildung 3–1 ersichtlich bewertet:

Der Ansatz der Komponentenerlegung erscheint grundsätzlich geeignet, das gesamte Leistungsgeschehen eines einzelnen Krankenhauses in seine reellen und nominellen Komponenten zu zerlegen. Insbesondere trägt der Ansatz der gesetzlich gewollten Nachweispflicht Rechnung, indem der Gesamteffekt untersucht werden kann und nicht lediglich partielle Upcoding-Effekte analysiert werden.

Allerdings erscheinen bestimmte Weiterentwicklungen erforderlich, bis das Instrument in Budgetverhandlungen eingesetzt werden kann: Zum einen sollte der Ansatz mit der – entsprechend um partitions- und MDC-übergreifende Komponenten weiterentwickelten – Heidelberger Liste virtueller Basis-DRGs verknüpft wer-

⁴ Siehe auch Kapitel 11 in diesem Band.

Abbildung 3–1

Bewertung der Komponenten im Hinblick auf nominelle oder reelle Leistungsstrukturveränderung

Komponente	Veränderung
FZ-Index	reell
BR-Index	reell
Intra-ADRG-Index	nominell
Intra-Partitionen-Index	sowohl reell als auch nominell
Inter-Partitionen-Index	sowohl reell als auch nominell
Inter-MDC	sowohl reell als auch nominell

Quelle: Friedrich/Günster 2006, S. 199

Krankenhaus-Report 2007

Wido

den. Zum anderen muss das Instrument auch – im Sinne der „Sekundäranalyse“ des Nüßle-Modelles – weiterentwickelt werden, um eine differenzierte Separierung reeller und nomineller Leistungsstrukturveränderungen auch bei solchen virtuellen Basis-DRGs zu ermöglichen, bei denen sowohl Nebendiagnosen als auch klinische und demographische Merkmale zur Klassifikation verwendet werden.

3.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Analysen halten wir folgende Weiterentwicklungen und Schlussfolgerungen für sinnvoll:

- **Gemeinsame Empfehlungen zu generalisierbaren Veränderungen:**
Durch den jährlichen Wechsel des DRG-Kataloges und die Anpassungen seiner Komponenten (ICD, OPS etc.) entstehen – wie beschrieben – nicht vollständig durch einen Übergangsgrouper abbildbare Effekte. Es könnte sich anbieten, hierzu auf der Bundesebene gemeinsame Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner abzugeben.
- **Verzeichnis eingeschlossener Bestandteile in Prozeduren:**
Ein wesentliches Problem im Kontext veränderten Kodierverhaltens liegt heute in der Möglichkeit, Prozeduren oder Diagnosen zusätzlich zu notieren und zur Abrechnung zu bringen, die bereits integraler Bestandteil einer DRG sind, und dadurch eine Höherbewertung zu bewirken. Die Ursache liegt in einem zum Teil abweichenden Praxisverständnis und ist für die Kostenträger kaum nachvollziehbar. Es sollten daher – durch das DIMDI oder das InEK, in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften – die Systematik der

Kodierregeln und Hinweise auf ihre Tauglichkeit in der Praxis hin überprüft werden. Ein Verzeichnis, welches bezüglich der verschiedenen Eingriffe die eingeschlossenen Bestandteile auflistet, könnte für die Krankenkassen eine bessere Prüfungsgrundlage darstellen. Angesichts der regelmäßigen Veränderungen in den Katalogen gilt es, hierfür die richtige Aggregationsebene zu finden, welche einerseits die Eingriffe so umfassend wie möglich darstellt, gleichzeitig aber nicht zu anfällig für die jährlichen Veränderungen des OPS-Kataloges ist.

- **Konzeptionelle Weiterentwicklung der Komponentenzерlegung:**
Wie bereits beschrieben, ist von den bislang vorfindlichen Instrumenten alleine eine adäquate Weiterentwicklung der Komponentenzерlegung potenziell geeignet, die Leistungsstrukturveränderungen eines Krankenhauses in reelle und nominelle Effekte zu zerlegen und daher in der Lage, den vereinfachten gesetzlichen Ansatz zu ersetzen. Beide Seiten der Budgetvereinbarung sollten ein Interesse an einer sachgerechten Trennung der Effekte haben. Es empfiehlt sich daher, sich gemeinsam auf den Einsatz der Komponentenzерlegung zu verständigen.
- **Einbezug auch von Krankenhäusern mit Mindererlösen:**
Die vereinfachte gesetzliche Regelung thematisiert verändertes Kodierverhalten gegenwärtig nur bei Krankenhäusern, die einen Mehrerlös erzielen. Es erscheint aber wenig sachgerecht, Krankenhäuser, die Mindererlöse erzielen, pauschal von der gesetzlichen Regelung auszunehmen (anderer Meinung: Tuschen/Trefz 2004, S. 12): Gerade bei rückläufigen Fallzahlen mag ein Krankenhaus daran interessiert sein, den Case Mix durch entsprechende Kodierung zu erhöhen, um den sinkenden Erlös zu kompensieren. Es ist daher vom Gesetzgeber zu fordern, das vereinfachte Verfahren analog auch auf Häuser, die einen Mindererlös erzielt haben, anzuwenden, respektive von ihnen den alternativen Nachweis tatsächlicher Leistungsstrukturveränderungen zu verlangen.

3.5 Literatur

- Bohn M, Heiser M, Heumann M. Der Erlösausgleich nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Wie der Ausgleichsbetrag 2003 zu berechnen ist. Wie eine veränderte Leistungsstruktur nachgewiesen werden kann. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2004, 21 (5): 452–7.
- Coffey RM, Louis DZ. Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2000*. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart, New York: Schattauer 2001; 33–48.
- Friedrich J, Günster C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2005*. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, New York: Schattauer 153–204.
- Holzwarth F, Kuypers H. Kodierqualität immer noch ein Problem. *Krankenhaus-Umschau* 2005; 74: 678–81.
- Nüble R. Upcoding auf Basis der G-DRG 2005 – ein elementarer Bestandteil der Budget- und Entgeltverhandlungen 2006! Langversion des Artikels von Ralf Nüble aus *ku* 2/2006. Calw, Berlin und Kaiserslautern.
- Nüble R, Damian G. Wie hoch ist das Upcoding-Risiko? Ein Berechnungsansatz zur Vermeidung pauschaler Fehlsteuerung. *Krankenhaus-Umschau* 2004; 73 (9): 777–80.

Nüßle R, Damian G. Upcoding auf Basis der G-DRG 2005 – ein elementarer Bestandteil der Budget- und Entgeltverhandlungen 2006. Krankenhaus-Umschau 2006; 75 (2): 127–9.

Stein M. Heidelberger Liste der virtuellen Basis-DRGs 2007. heidelberger_liste_basisdrg_2007.xls. Heidelberg 2006.

Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer Krankenhaus 2004.

This page intentionally left blank

Teil II Schwerpunktthema:

Das Ende der Konvergenz

B. Nach der Konvergenzphase

(Kapitel 4–8)

This page intentionally left blank

4 Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion¹

Günter Neubauer und Andreas Beivers

4

Abstract

Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. In dem Artikel werden zunächst die grundsätzlichen Fragen erörtert, die es im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu lösen gilt. Danach werden dann die verschiedenen Vorschläge der einzelnen Akteure zur Neuordnung der Krankenhausversorgung systematisch zusammen- und auch gegenübergestellt und aus ordnungspolitischer Sicht bewertet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich in der Krankenhausversorgung inzwischen der Wettbewerb als ein Steuerungsinstrument angesehen wird, und dies von allen Parteien akzeptiert wird. Jedoch die Interpretationen, was unter Wettbewerb zu verstehen ist, klaffen noch weit auseinander. Zum Abschluss des Artikels wird erörtert, ob die Krankenhausreform noch vor dem Bundestagswahljahr 2009 Chancen hat oder ob sie doch eher von einer neuen Bundesregierung nach dem Jahr 2009 durchzuführen sein wird.

Following the DRG convergence phase, the Federal Government plans a re-organization of hospital financing and remuneration. The article starts with discussing the fundamental questions concerning hospital financing to be solved. Subsequently, it presents and confronts the different suggestions of the individual players on the re-organization of hospital care and evaluates them from the point of view of regulatory policy. In summary it can be stated that by now competition is regarded as a control instrument in hospital care and that this fact is accepted by all parties involved. However, the interpretations of what competition means still diverge. Finally, the article discusses whether the hospital reform has a chance to be implemented before the 2009 election to the Bundestag or whether it will have to be enforced by a new Federal Government after 2009.

¹ Die Autoren bedanken sich bei Herrn Dipl.-Volksw. Christof Minartz für die textliche Überarbeitung und die inhaltlichen Anregungen.

4.1 Ende der Konvergenzphase

Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. Schon 1992 hat der Sachverständigenrat bei der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gefordert, die Vergütung und Steuerung der Krankenhausversorgung neu zu ordnen, vor allem die duale Finanzierung wie auch die Vergütungsanreize.

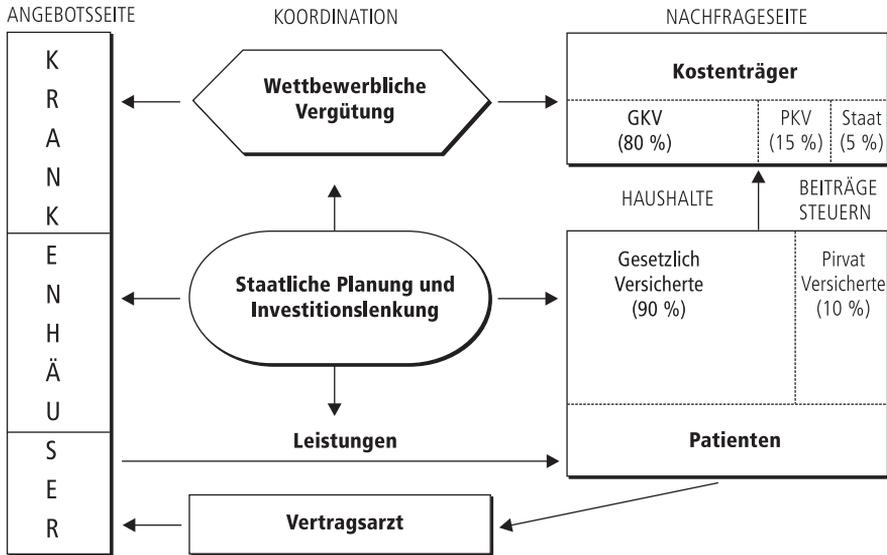
Durch die Einführung von DRGs seit dem Jahr 2000 erhielt zunächst eine Vergütungsreform Vorrang. Doch war von vornherein klar, dass die Umsetzung nicht auch schon eine ordnungspolitische Neuausrichtung der Krankenhausversorgung beinhalten kann. Dies ist heute Standpunkt aller politischen Parteien auf der Bundes- wie auf der Länderebene. Auch die verschiedenen Beteiligten und Betroffenen wissen, dass eine grundsätzliche Diskussion über die Neuorientierung der Krankenhausversorgung ansteht. Daher haben die meisten Verbände ihre Stellungnahmen so weit gefestigt, dass sie in die Diskussion eingebracht werden können.

Mit dem folgenden Beitrag sollen zunächst die grundsätzlichen Fragen erörtert werden, die es im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu lösen gilt. In einem darauffolgenden Abschnitt stellen wir die verschiedenen Vorschläge zur Neuordnung systematisch zusammen- und auch gegenüber. In einem weiteren Punkt bewerten wir die eingebrachten Vorschläge aus ordnungspolitischer Sicht. Dabei wollen wir uns selbst einer Stellungnahme enthalten, jedoch aufzeigen, in welche Richtung sich die Krankenhausfinanzierung entwickeln könnte. Zum Abschluss soll die Frage erörtert werden, ob die Krankenhausreform noch vor dem Bundestagswahljahr 2009 Chancen hat oder ob die anstehende grundsätzliche Diskussion doch eher von einer neuen Bundesregierung nach dem Jahr 2009 zu führen sein wird.

4.2 Welche Fragen stehen zur Lösung an?

Das deutsche Krankenhaussystem zeichnet sich dadurch aus, dass zwei Steuerungsmodulare nebeneinander bestehen, die im strengen Sinne nicht konsistent sind und daher neu austariert werden müssen: Einerseits die staatliche Krankenhausplanung, verbunden mit der Investitionsförderung aus Steuermitteln, andererseits die Finanzierung der laufenden Kosten durch die Kostenträger, insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Private Krankenversicherung (PKV) sowie Selbstzahler (Abbildung 4–1). Da die Krankenkassen durch das DRG-System stärker Einfluss auf die Steuerung nehmen, wird dadurch die Steuerungskompetenz der Länder reduziert. So ist nach Einführung der DRGs eine Neugewichtung der Steuerungsmodulare – Staat zu Wettbewerb – erforderlich. Letztlich geht es aus ordnungspolitischer Sicht nicht mehr um die Frage ob, sondern wie weit die staatliche Angebotsplanung zugunsten einer wettbewerblichen Nachfragesteuerung reduziert werden soll.

Abbildung 4-1
Das System der bimodalen Krankenhaussteuerung



Krankenhaus-Report 2007

WidO

4.2.1 Wie viel staatliche Krankenhausplanung?

Die Krankenhausplanung liegt in Deutschland bei den einzelnen Bundesländern. Insofern ist hier keine einheitliche Meinung zu erwarten. Gleichwohl betrifft die Frage, inwieweit die Bundesländer die derzeitige Praxis der Krankenhausplanung auf eine stärker wettbewerbliche, DRG-basierte Vergütung hin abstimmen wollen, alle Bundesländer. Die Bundesländer haben in der Gesundheitsministerkonferenz im März 2007 erklärt, dass sie sich die staatliche Planung neben einer wettbewerblichen DRG-Vergütung durchaus vorstellen können, oder, wie es im Papier heißt, „Angebotsplanung und Wettbewerb der Krankenhäuser schließen sich nicht aus“ (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.4). In welchem Umfang noch Planung erforderlich sein wird, ist noch nicht ausdiskutiert. Als gemeinsame Meinung der Bundesländer kann gelten, dass die „Detailtiefe der Krankenhausplanung der Länder zugunsten einer Rahmenplanung zurückgeführt werden kann“ (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.3). Es wird weiter zu diskutieren sein, welche Meinungen bei den betroffenen Verbänden bestehen.

4.2.2 Staatliche Investitionsförderung

Die Diskussion um die duale und monistische Krankenhausfinanzierung ist in Deutschland nicht neu. Im Rahmen der DRG-Einführung bleibt zu fragen, ob die staatliche Investitionsfinanzierung weiterhin über Steuern erfolgen soll oder ob eine Übertragung der Investitionen auf die Vergütung erforderlich ist bzw. gewünscht

wird. Zu diesen Fragestellungen gibt es eine kontroverse und differenzierte Diskussion.

4.2.3 Wie viel Steuerung über die Krankenkassen ist möglich?

Es stellt sich die Frage, inwieweit die staatliche Planung durch erweiterte Kompetenzen der Krankenkassen bei Versorgungsverträgen und Preisen reduziert werden soll. Auch hierzu sind die Meinungen höchst unterschiedlich. Im Detail ist zu klären, ob die Krankenkassen weiterhin in die Vertragspflicht der Krankenhausplanung genommen werden, also mit jedem Plankrankenhaus auch einen Versorgungsvertrag abschließen müssen. Weiter ist zu fragen, ob eine kollektive, für die Kassen einheitliche und gemeinsame Vergütungsfindung beibehalten oder eine individuelle und selektive Preisfindung im Rahmen des DRG-Systems angestrebt wird. Dies hätte weit reichende Konsequenzen, auch für die Krankenhausplanung.

Zur Preisfindung stehen verschiedene Muster zur Verfügung: Einheitliche Preise vs. flexible Preise, jeweils abgebildet über die Basisfallwerte der Krankenhäuser, der Länder oder des Bundes. Im Gesetz steht (noch), dass mittelfristig ein bundesweit einheitlicher Basisfallwert angestrebt werden soll. Freilich steht im Gesetz nicht, ob dieser einheitliche Bundesbasisfallwert auch tatsächlich die Vergütung bestimmen oder lediglich als ein Richtwert gelten soll. Doch werden auch flexible Wettbewerbspreise in die Diskussion eingebracht. Schließlich gibt es noch Vorschläge zur Höchst- oder auch Mindestpreisbildung im Rahmen der DRG-Basisfallwertbildung. Wenig bzw. nicht diskutiert wird, dass auch die DRG-Preise selbst, also auch die Relativgewichte, in einem Verhandlungssystem flexibilisiert werden sollen. Aus diesem Grunde werden wir auch später dieser Frage nicht weiter nachgehen. Wie weit die Privatversicherung und die Selbstzahler in der Vergütung eine eigene Rolle spielen sollen, ist offen. Auch hier sind die Meinungen unterschiedlich.

4.2.4 Wie viel Mitwirkung der Versicherten und Patienten ist zumutbar?

Die Mitwirkung der versicherten Patienten wird heute im Rahmen der Diskussion zum Ende der Konvergenzphase nur selten thematisiert. Doch in Kombination mit dem GKV-WSG, das sowohl Wahl- als auch Kostenerstattungstarife vorsieht, muss die Diskussion aus einem neuen Blickwinkel gesehen werden. Aus diesem Grunde wollen wir in der Betrachtung der Positionen der Verbände auch auf diese Fragestellung näher eingehen.

4.2.5 Sektorübergreifende Koordination der Patientenversorgung

Das Thema der sektorübergreifenden Patientenversorgung steht zwar nur am Rande der Diskussion, doch hat es diesen Randplatz nicht verdient. Schließlich können über die DRGs die Sektorgrenzen nicht nur angeglichen, sondern auch vertieft werden, je nachdem, wie die Ausgestaltung ausfällt. Aber auch das GKV-WSG hat den Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Versorgung weiter geöffnet. Auf der anderen Seite läuft eine Diskussion über eine Pauschalierung der Vergütung, insbesondere für Fachärzte, die auf der Grundidee der DRGs aufbaut. Aus diesem

Gründe halten wir es für erforderlich, diesen Komplex ebenfalls in die weitere Betrachtung einzubeziehen.

4.3 Welche Vorschläge werden gemacht?

Im Folgenden tragen wir zu den oben beschriebenen Sachfragen die Stellungnahmen von Leistungserbringern, Kostenträgern, des Bundes und der Länder zusammen und machen auf Übereinstimmungen und Unvereinbarkeiten aufmerksam.

4

4.3.1 Staatliche Krankenhausplanung

Die staatliche Krankenhausplanung ist alleinige Aufgabe der Bundesländer und soll dies auch bleiben (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.1 und 3.2). Die Detailtiefe der Landesplanung wird den einzelnen Bundesländern überlassen. Dies ist allerdings auch heute schon so. Es wird von Seiten der Bundesländer für möglich gehalten, dass die Länder den Sicherstellungsauftrag lediglich dahin interpretieren, dass sie die Grund- und Notfallversorgung als Gegenstand der Planung betrachten und die darüber hinausgehende Versorgung dem Wettbewerb überlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bleibt bei der Krankenhausplanung mangels Zuständigkeit vage (Tuschen 2007, Folie 10).

Die Gruppe der Leistungserbringer ist sich ebenfalls relativ einig, dass die Krankenhausplanung bestehen bleiben soll. So hat der Landkreistag festgestellt, dass auch in Zukunft die Länder mit der Krankenhausplanung – und damit auch mit der Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen – betraut bleiben sollen (Deutscher Landkreistag 2007; S. 1 und 7). Der Landkreistag schlägt aber vor, in Zukunft die ambulante Leistungserbringung in die Planung der Länder stärker mit einzubeziehen (Deutscher Landkreistag 2005, S. 14).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertreterin der Krankenhäuser geht mit der Position der Länder insofern einig, als sie fordert, dass die Planung reduziert werden sollte: „Staatliche Krankenhausplanung nach dem Grundsatz: Nicht mehr, sondern weniger!“ (DKG 2007, S. 1). Gleichwohl fordert auch sie, den Sicherstellungsauftrag als öffentliche Aufgabe zu belassen. Allerdings sollte den Krankenhäusern mehr Entscheidungsfreiheit für die medizinische und nichtmedizinische Leistungserbringung eingeräumt werden (DKG 2007, S. 1f).

Der Marburger Bund trägt die Position der DKG weitgehend mit. Auch der Verband der Krankenhausdirektoren (VKD) mahnt für die Krankenhäuser mehr Flexibilität im operativen Geschäft an. Gleichwohl stellt auch er die Krankenhausplanung der Bundesländer nicht infrage (VKD 2007; S. 3). Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), in dem die privaten Leistungserbringer organisiert sind, geht einen Schritt weiter und fordert eine möglichst weitgehende Ablösung der Detailplanung der Länder durch eine Rahmenplanung (BDPK 2007; S. 12f).²

² Siehe auch Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); S. 393.

Die Seite der Krankenkassen vertritt viel weiter gehende Positionen. Zwar haben die Krankenkassen noch keine abgestimmte, allgemeine Meinung vorgelegt (Tuschen 2007; Folie 7), doch gehen die Meinungen, soweit sie veröffentlicht wurden, nicht weit auseinander. So empfiehlt der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK), die Krankenhausplanung generell auf eine regionale Rahmenplanung umzustellen (VdAK/AEV 2007; S. 4). Er schlägt dabei vor, qualitative, strukturelle bzw. prozessorientierte Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsbereiche zu schaffen. Er will eine Umwandlung der betten- und fachabteilungsbezogenen Planungsvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen (VdAK/AEV 2007; S. 5).

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes werden der Krankenhausplanung mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips die Grundlagen entzogen. Denn ein Krankenhaus kann wegen Defiziten zur Schließung gezwungen werden und somit aus dem Krankenhausplan ausscheiden, ohne dass die Länder dem wirkungsvoll entgegentreten können. Der AOK-Bundesverband möchte die planerische Funktion der Bundesländer künftig auf die Notfallversorgung beschränkt sehen. Darauf sind auch die Fördermittel zu konzentrieren (Leber et al. 2007, S. 3). Er fordert, die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung weitgehend auf die Krankenkassen zu übertragen (Leber et al. 2007, S. 4), die sie durch entsprechende Vertragsabschlüsse mit den Krankenhäusern umsetzen. Doch auch die Krankenkassen sprechen noch von einer staatlichen Rahmenplanung, wenngleich sie diese recht unterschiedlich beurteilen. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die Krankenkassen der Landesplanung mit sehr viel Reserviertheit gegenüber treten und sie auf ein Minimum reduzieren wollen. Die Sicherstellung der Versorgung wird dann durch die Krankenkassen über Verträge mit den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern gewährleistet.

Die PKV ist der Auffassung, dass der Sicherstellungsauftrag der stationären Versorgung unverändert bei den Ländern verbleiben sollte. Die Partikularinteressen einzelner GKV-Kassen können eine wohnortnahe, abgestufte Versorgung mit Krankenhausleistungen letztlich nicht garantieren. Es entspreche dem Sozialstaatsprinzip, dass die Länder durch das Instrument der Krankenhausplanung die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung schaffen, was insbesondere für die Notfallversorgung gilt. Eine weitergehende Detaillierung der Planungsvorgaben (z. B. Standort, Fachabteilungsstruktur) sollte sich – aus Sicht der PKV – konsequent an der Nachfrage nach Krankenhausleistungen orientieren (Patt 2007).

4.3.2 Staatliche Investitionsförderung

Die Kernfrage lautet: Monistische Finanzierung oder duale Finanzierung? Die Meinungen sind gespalten. Einerseits erkennen alle Parteien an, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine monistische Finanzierung über die Vergütungen, also einkalkuliert in die DRGs, die vernünftiger Lösung wäre. Andererseits wird gesehen, dass ohne zugesicherte Gegenfinanzierung der Investitionsmittel eine monistische Finanzierung Gefahr läuft, dass die Länderfinanzierung abgelöst wird, ohne dass ein Ersatz für diese Mittel sichtbar ist.

Zwar ist die Mehrzahl der Ländergesundheitsminister der Auffassung, dass zur dualen Finanzierung heute noch keine Alternative existiert (Tuschen 2007, Folien 15f), dennoch gibt es auch Stimmen, die in der monistischen Finanzierung die Zu-

kunft sehen, so z. B. Ministerin Lautenschläger aus Hessen auf dem 6. Nationalen DRG-Forum in Berlin.³ Für alle aber ist klar, dass eine staatliche Gegenfinanzierung der Investitionsmittel für eine monistische Finanzierung im Augenblick nicht sichtbar ist. Neben der Frage der Mittelaufbringung sehen die Länder noch Klärungsbedarf in der Gestaltung eines Übergangs.

Insbesondere geht es darum, dass Krankenhäuser mit neuer Bausubstanz als bevorzugt eingestuft werden, während Krankenhäuser, die vor Neuinvestitionen stehen, nach einer Umstellung Nachteile erleiden müssten. Es gibt eine Reihe von Lösungsvorschlägen, die den Übergang von einer dualen zu einer monistischen Finanzierung, aber auch den Ausgleich zwischen den Krankenhäusern thematisieren. Bundesländer mit bisher höheren Förderquoten befürchten bei einer einheitlichen Lösung Nachteile für sich und ihre Häuser. Ein allgemein akzeptierter Vorschlag liegt zurzeit nicht vor. Das Bundesgesundheitsministerium folgt weitgehend den Bundesländern (Tuschen 2007, Folien 15). Diese gehen davon aus, dass, solange keine Gegenfinanzierung sichtbar ist, die duale Finanzierung ohne Alternative bleibt. Von daher sieht das BMG keinen direkten Handlungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Weiterentwicklung der DRG-Vergütung.

Der Deutsche Landkreistag hält ebenfalls an der dualen Finanzierung fest, obgleich er die damit verbundenen Probleme erkennt. Das Hauptargument für die Beibehaltung des heutigen Finanzierungssystems ist ein durch die Monistik drohender Verlust der Einflussnahme von Kommunen und Ländern bei der Gestaltung der Krankenhausversorgung (Deutscher Landkreistag 2007, S. 9).

Die DKG vertritt die Meinung, dass die Finanzierung der Investitionen vor allen Dingen durch Bürokratieabbau und mehr Entscheidungsfreiheit für die Krankenhäuser erleichtert werden soll (DKG 2007, S. 2). Die Umstellung der Finanzierung auf Monistik sieht die DKG zurzeit als schwierig an, da die Gegenfinanzierung der Investitionen von Seiten der Krankenkassen nicht gesichert ist. Sollte eine monistische Finanzierung eingeführt werden, so muss diese aus Sicht der DKG voll in das GKV-System integriert werden, letztlich über Aufschläge auf die DRG-Vergütung („Monistische Finanzierung, wenn Länderfördermittel und Investitionsstaat voll in das GKV-System fließen“) (DKG 2007, S. 2). Eine ähnliche Ansicht vertreten auch der VKD sowie der Vizevorsitzende des Marburger Bundes Rudolf Henke, der vor allem fordert, die Investitionsfördermittel von der Bezugsgröße „Bett“ abzulösen (siehe dazu auch Abbildung 4–3).

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) spricht sich für ein uneingeschränktes „Ja“ zur Monistik aus (BDPK 2007, S. 12f).⁴ Die Umstellung sollte so erfolgen, dass die Investitionskosten als ein Kostenbestandteil wie andere auch in das DRG-System sachgerecht einkalkuliert werden. Zu Übergangsfragen werden keine Vorstellungen geäußert.

Auf Seiten der Krankenkassen wird die Forderung nach monistischer Finanzierung zurückhaltender vorgetragen, als das früher der Fall war. Beim VdAK wird etwa die Meinung vertreten, dass eine monistische Finanzierung, die die Voraussetzung für einen sektorübergreifenden Wettbewerb legen könnte, nicht ohne Bei-

3 Zitat Ministerin Silke Lautenschläger in Deutsches Ärzteblatt (2007).

4 Siehe auch Statement Bublitz in f&w (2006), S. 11.

tragssatzerhöhungen finanzierbar ist. Aus diesem Grund sei die monistische Finanzierung nur auf Basis langfristig klarer rechtsverbindlicher Bedingungen denkbar. Demzufolge will man an der dualen Finanzierung festhalten, solange eine Refinanzierung der Zusatzausgaben nicht gesichert ist (VdAK/AEV 2007, S. 4).

Der AOK-Bundesverband konstatiert, dass die duale Finanzierung letztlich heute schon ihr Ende erreicht hat (Leber et al. 2007, S. 3). Schließlich kommen die Länder ihrer Förderpflicht schon lange nicht mehr in befriedigendem Umfang nach. Er sieht daher die Notwendigkeit, eine Umstellung vorzunehmen. Allerdings verlangt auch er, ähnlich wie der VdAK, dass die staatliche Planung reduziert und der heute bestehende Investitionsstau abgebaut wird.

Schon aus betriebswirtschaftlichen Gründen spricht sich der PKV-Verband für eine monistische Krankenhausfinanzierung aus; allerdings ist die Frage der beitragsneutralen Gegenfinanzierung der Investitionsausgaben für GKV und PKV bisher nicht gelöst. Nach PKV-Einschätzung wird es somit auch in absehbarer Zukunft bei der dualen Finanzierung bleiben. Bei einer Umlenkung der für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser eingesetzten Steuermittel direkt an die Krankenkassen müsse auch die PKV proportional einbezogen werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die monistische Finanzierung zwar von allen Akteuren als die betriebswirtschaftlich bessere Lösung angesehen wird. Jedoch gelten die Frage der Mittelaufbringung im Falle einer monistischen Finanzierung ebenso wie die Umstellung der Investitionsfinanzierung als die wichtigsten Hindernisse.

4.3.3 Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen

Für die Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen sind drei Problemkreise hervorzuheben: die vertraglichen Beziehungen zwischen den Akteuren, das Preissystem und die Sicherstellung der Notfallversorgung.

4.3.3.1 Neuordnung der vertraglichen Beziehungen

Krankenhäuser und Krankenkassen sind im derzeitigen System in ihren vertraglichen Beziehungen durch den staatlichen Krankenhausplan gebunden. Die Krankenkassen müssen allen Plankrankenhäusern einen Vertrag anbieten. Zwar können die Krankenkassen die vertraglichen Inhalte mit den Krankenhäusern aushandeln. Kommt jedoch keine Einigung zustande, wird eine neutrale Schiedsbehörde angerufen. Wird nun die Bindungswirkung der Krankenhauspläne aufgelockert, wie es auch von der GMK angesprochen wird,⁵ so bietet sich Raum für eine freiheitlichere Gestaltung der Vertragsverhältnisse.

Die Bundesländer wollen gleichwohl an einer allgemeinen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Plankrankenhäusern festhalten. Dies ist logisch, solange man einen Krankenhausplan für erforderlich hält. Allerdings weisen auch bei den Bundesländern einzelne Stimmen darauf hin (vgl. Ministerin Lautenschlä-

⁵ Siehe 80. Gesundheitsministerkonferenz (2007); Punkt 3.3.

ger⁶), dass eine Lockerung der Vertragspflicht der Krankenkassen vorstellbar ist. Insbesondere könnte im Bereich der elektiven Behandlungen den Krankenkassen ein selektives Vertragsrecht zugestanden werden. Mit diesem Vorschlag befinden sich die jeweiligen Länder durchaus auf der Linie des GKV-WSG, in dem ebenfalls den Vertragspartnern ein individuelles Vertragsrecht eingeräumt wird, das das kollektive Vertragsrecht ersetzt. Allerdings wird hier noch keine Auflösung der Vertragspflicht generell angesprochen, sondern lediglich die Möglichkeit substitutiver individueller Verhandlungen eröffnet.⁷

Im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird ein stärkeres, individuelles Verhandeln der Krankenkassen mit den Krankenhäusern angesprochen, bei gleichzeitiger Beibehaltung der generellen Vertragspflicht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern (Tuschen/Rau 2006, S. 387f). Vorstellbar ist also auf der staatlichen Ebene, dass die Krankenkassen aus dem derzeitigen kollektiven Vertragszwang gegenüber den Krankenhäusern entlassen werden und substitutiv zu den kollektiven vertraglichen Vereinbarungen individuelle Vereinbarungen mit den jeweiligen Krankenhäusern vornehmen können. Letzteres ist im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen schon möglich. Das macht eine generalisierende Entwicklung wahrscheinlicher.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bejaht uneingeschränkt das Festhalten am Kontrahierungszwang für alle Plankrankenhäuser (DKG 2007, S. 1). Ob und inwieweit diese kollektive Vertragspflicht auch durch Individualvereinbarungen substituiert werden kann, wird von der DKG nicht im Einzelnen erörtert. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die DKG durchaus bereit wäre, einer Ausweitung der Individualverhandlungen, wie sie schon im Rahmen der integrierten Versorgung möglich sind, zuzustimmen. Als Eckpunkt aus der Sicht der DKG ist an der generellen Vertragspflicht der Krankenkassen festzuhalten.

Der Position der DKG schließen sich im Grundsatz sowohl der VKD (2007, S. 3) wie auch der Marburger Bund (2007a) an. Letzterer richtet sich definitiv gegen selektives Kontrahieren der Krankenkassen.

Eine abweichende Position auf der Seite der Leistungserbringer nimmt der BDPK (2007, S. 7ff) ein. Er spricht sich dafür aus, Patienten eine freie Wahl des Krankenhauses rechtlich einzuräumen. Ferner ist er gegen die Fortsetzung des kollektiven Budgets, damit auch der Budgetierung. Damit aber ist er auch offen für selektives Kontrahieren. Ob der BDPK auch für eine Relativierung der generellen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen eintritt, lässt sich aus den Stellungnahmen nicht klar erkennen. Von daher kann man davon ausgehen, dass der BDPK zwar für selektive Vertragsvereinbarungen eintritt, jedoch an der generellen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen gegenüber den Plankrankenhäusern festhält.

Eine diametral abweichende Auffassung zu den Leistungserbringern wie auch zu den politischen Gremien nimmt der AOK-Bundesverband ein (Leber et al. 2007, S. 24f). Schon frühzeitig hat der AOK-Bundesverband für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen gegenüber den Plankrankenhäusern plä-

6 Gemäß dem Vortrag der Ministerin Silke Lautenschläger auf dem 6. Nationalen DRG-Forum in Berlin (2007) und Deutsches Ärzteblatt (2007).

7 Siehe Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

diert. In neuerer Zeit entwickelt er das Konzept des selektiven Kontrahierens über Ausschreibungen für elektive Krankenhausleistungen. Diese Konzeption ermöglicht es den Krankenkassen, die aus ihrer Sicht bedarfsnotwendigen und zugleich wirtschaftlichen Krankenhäuser als Vertragspartner auszuwählen. Dabei ist es vorstellbar, dass Krankenhäuser nur mit Teilen ihres Leistungsspektrums als Vertragspartner einbezogen werden. Ein solches selektives Kontrahieren beinhaltet, dass einige Plankrankenhäuser keinen Versorgungsvertrag mit der AOK erhalten. Der Bundesverband begrenzt dieses Modell allerdings auf die elektiven, planbaren Behandlungen. Für die Notfallbehandlung will auch der Bundesverband das kollektive Vertragssystem beibehalten.

Der VdAK, als Vertreter der Ersatzkassen, vertritt keine so pointierte Auffassung wie die AOK (VdAK/AEV 2007, S. 2). Gleichwohl ist auch der VdAK der Auffassung, dass die individuellen Vertragsverhandlungen weiterentwickelt werden müssen.

Aus Sicht der PKV können die Vorgaben der Krankenhausplanung nur zielsicher umgesetzt werden, wenn es keine selektivvertraglichen Strukturen einzelner Kassenarten gibt. Sollten Selektivverträge ab 2009 zugelassen werden, muss aus Sicht der PKV sichergestellt werden, dass für die selbstzahlenden Patienten Preisdiskriminierungen rechtlich ausgeschlossen sind (Patt 2007).

Zusammenfassend können wir festhalten, dass im Bereich der Neugestaltung des Vertragsrechts die Positionen aus heutiger Sicht als unvereinbar einzustufen sind. Die Krankenkassen wollen die Zulassung von Krankenhäusern über ihre Verträge steuern, während die Krankenhäuser das geltende Recht beibehalten wollen.

4.3.3.2 Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb

Bei der Frage nach der Wettbewerbsorientierung unterscheiden sich die Akteure im Grundsatz nicht. Alle bejahen eine stärker wettbewerbliche Orientierung. Doch gehen die Meinungen auseinander, welche Wettbewerbsform zu intensivieren wäre – Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb. Mit dem Preiswettbewerb verbindet sich auch die Frage, inwieweit DRGs als Festpreise oder als flexible Preise weiterzuentwickeln sind.

Auf Seiten des für die Preisgestaltung zuständigen BMG herrscht die Auffassung vor, dass zumindest am Beginn einer ordnungspolitischen Neuorientierung der Qualitätswettbewerb Vorrang vor dem Preiswettbewerb (Tuschen/Rau 2006, S. 388f) hat. Daher wird zunächst ein Festhalten an den landesweiten, einheitlichen Basisfallwerten für erforderlich erachtet. Da sich auf Bundesebene die Stimmen mehren, die einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert befürworten, ist die Auffassung des BMG, zunächst an den Landesbasisfallwerten festzuhalten, eher eine reduzierte Position.

Auf Seiten der Bundesländer sind die Meinungen geteilt. Zwar wollen alle Bundesländer an einem Festpreissystem festhalten und lediglich den Qualitätswettbewerb intensivieren.⁸ Doch bei den Festpreisen gehen die Meinungen dahingehend auseinander, dass ein Teil der Bundesländer einen bundeseinheitlichen Basisfall-

⁸ Siehe 80. Gesundheitsministerkonferenz (2007); Punkt 3.4 und 3.5.

wert fordert (Tuschen 2007, Folie 17), während andere an landeseinheitlichen Basisfallwerten längerfristig festhalten wollen. Die Positionen der Länder werden stark von den Aussichten bestimmt, inwieweit die eigenen Krankenhäuser durch einen bundesweiten Basisfallwert profitieren bzw. verlieren würden.

Auch auf Seiten der Leistungserbringer herrscht die Auffassung vor, dass dem Qualitätswettbewerb Vorrang zu geben ist und die Vergütung weiterhin über Festpreise bzw. Einheitspreise zu erfolgen hat. Ob letztlich ein bundesweiter Basisfallwert anzustreben ist, muss nach Meinung der DKG nach einigen Jahren Erfahrung mit Landesbasisfallwerten neu beurteilt werden (DKG 2007, S. 10f). Allerdings hat die DKG Meinungsunterschiede in ihren eigenen Reihen, ähnlich wie es sie auch bei den Bundesländern gibt. Der VKD ist bei der Befürwortung des Qualitätswettbewerbs nicht ganz so strikt festgelegt (VKD 2007, S. 1). Als negatives Beispiel wird der Rehabilitationsbereich angeführt. Die relativ geschlossene Auffassung der Leistungserbringer wird vom BDPK relativiert. Der BDPK fordert einen Qualitätswettbewerb (BDPK 2007, S. 6), solange das Umfeld für funktionierenden Preiswettbewerb nicht geöffnet worden ist, wofür derzeit wenig spricht. Das bedeutet aber auch, dass ein Qualitätswettbewerb in absehbarer Zeit möglich ist.

Ähnlich wie auf Seiten der Leistungserbringer liegen auch auf Seiten der Krankenkassen die Meinungen nahe beieinander: Man will den Preiswettbewerb generell zulassen. Die Krankenkassen sehen in einem Wettbewerb über Preise auch die Möglichkeit, dass im anstehenden Selektionsprozess der Krankenhäuser eine faire Selektion nach Leistungsstärke erfolgt. Wie der Preiswettbewerb genau zu erfolgen hat, ist von den Krankenkassen noch nicht im Detail konsentiert. Während die AOK einen Preiswettbewerb über Ausschreibungen anstrebt (Leber et al. 2007, S. 13f), bevorzugen die Ersatzkassen Modelle von Höchst- oder Richtpreisen.⁹

Damit kommt eine neue Diskussion auf, die bislang wenig thematisiert wird: Wird Wettbewerbsrecht bei flexiblen Wettbewerbspreisen zur Anwendung gebracht oder ist weiterhin das Sozialrecht heranzuziehen? Möglicherweise könnte das Wettbewerbsrecht die großen Krankenkassen dazu bringen, zumindest befristet einem Festpreissystem letztlich doch den Vorzug zu geben.

Aus Sicht der PKV ist mittelfristig mehr Preiswettbewerb nur zu erreichen, wenn auf der Basis eines Bundesbasisfallwertes das gegenwärtige Festpreissystem durch ein Höchstpreissystem abgelöst wird (Patt 2007).

4.3.3.3 Sicherstellung der Notfallversorgung

Im Bereich der Notfallversorgung konvergieren die Positionen der verschiedenen Akteure. Sie wird generell weiter als Aufgabe der staatlichen Planung und Daseinsfürsorge eingeschätzt, wobei aus Sicht der Leistungserbringer die Notfallversorgung Teil der gesamten Krankenhausversorgung und in diese eingebettet vorzuhalten ist. In der Position der AOK (Leber et al. 2007, S. 24f) hingegen wird die Notfallversorgung zu einer besonderen kollektiven Aufgabe verselbständigt, die von den übrigen Versorgungsaufgaben, die auch selektiv über Verträge der Krankenkassen gesteuert werden können, zu trennen ist. Die Abgrenzung der Notfall-

⁹ Siehe Statement Dr. Gerdemann in f&w (2006); Seite 394.

versorgung von der planbaren Versorgung stellt ein schwer lösbares technisches und betriebswirtschaftliches Problem dar. Bislang scheint die Position der AOK nicht mehrheitsfähig zu sein.

Zu erwähnen ist hier noch die Position des BDPK (2007, S. 6), der die gesamte Krankenhausversorgung stärker wettbewerblich und marktlich steuern will. Selbst die Notfallversorgung wird nicht von vornherein zur staatlichen Aufgabe erklärt. Hier hält man auch die Gestaltung über marktliche Prozesse für möglich. Insgesamt sind jedoch die Meinungsunterschiede bei der Notfallversorgung als gering einzuschätzen.

Keine Rolle spielt dabei, ob der Sicherstellungsauftrag von den Kommunen oder von den Ländern zu übernehmen ist. In den meisten Kommunalordnungen sind letztlich die Kommunen für die Sicherstellung verantwortlich, die allerdings im Rückgriff auf die Landesplanung jeweils abgesichert werden kann.

4.3.4 Mitwirkung der Versicherten und Patienten

Über eine gestaltende Rolle der versicherten Patienten wird bei der Neuordnung der Krankenhausversorgung relativ wenig diskutiert. Allerdings ist infolge des GKV-WSG mit entsprechenden Tariffdifferenzierungen zu rechnen.

Im BMG sieht man insbesondere in der Einführung von Kostenerstattungsoptionen und Wahlтарifen Möglichkeiten zur Mitwirkung der versicherten Patienten.¹⁰ Gleichwohl befürwortet das BMG keine freie Krankenhauswahl jenseits der Plankrankenhäuser. Die Bundesländer, ebenso wie die Kommunalvertretungen, haben hier keine eigene Position, dürften jedoch der Meinung des BMG nahe stehen.

Bei den Leistungserbringern erhebt die DKG die Forderung der freien Krankenhauswahl für Patienten (DKG 2007, S. 8f), freilich auch hier nur innerhalb der Plankrankenhäuser. Für Teile des VKD ist die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten sowie mehr Leistungstransparenz eine Voraussetzung dafür, dass auch Preiswettbewerb später zugelassen werden könnte.¹¹

Der BDPK¹² geht mit seiner Position am weitesten. Er fordert eine Stärkung der Patientenautonomie, freie Wahl des Krankenhauses sowie die Möglichkeit, dass der Versicherte verschiedene Versorgungsalternativen wählen kann. Eventuelle Mehrkosten aufgrund der Wahloptionen sollen Patienten selbst übernehmen. Kostenbeteiligung und Kostenerstattung sind wichtige Wege in diese Richtung.

Auf Seiten der Krankenkassen wird ebenfalls die Möglichkeit, den Versicherten Wahlтарife anzubieten, ebenso begrüßt wie Kostenerstattungsoptionen, die vor allem für den VdAK schon immer eine Rolle spielten. Auch die Lenkung der Patienten in ihrer Krankenhauswahl über Hausarztmodelle wird als positiv eingeschätzt. Der VdAK fordert darüber hinaus mehr Qualitätstransparenz für die Versicherten und Patienten (VdAK/AEV 2007, S. 10f).

Insgesamt werden also die Mitwirkungsmöglichkeiten der Versicherten und Patienten eher niedrig eingeschätzt. Gleichwohl kann festgestellt werden, dass vor-

10 Siehe auch Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

11 Siehe Statement Heinz Kölking in f&w (2006); Seite 392.

12 siehe Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); Seite 394.

wiegend die Leistungserbringer eine freie Krankenhauswahl für die Kassenpatienten wünschen, wobei sich freilich die freie Wahl auf Plankrankenhäuser zu begrenzen hat. Die Möglichkeiten, Wahltarife und Kostenerstattungsoptionen anzubieten, unterstützen die Mitwirkung der Versicherten vor allem aus der Sicht des BDPK.¹³

4.4 Sektorübergreifende Aspekte

4

Aus Sicht des BMG ist eine stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Bereiche erforderlich.¹⁴ Man sieht bereits im GKV-WSG weitere Schritte zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante, insbesondere spezialärztliche Versorgung realisiert, sodass man lediglich einen Weg fortzusetzen hat. Die Bundesländer machen hierzu keine Aussage, jedoch fordert der Deutsche Landkreistag, dass die Krankenhausplanung mit der vertragsärztlichen Planung zu verknüpfen sei und auf diese Weise eine sektorübergreifende Gesamtschau entwickelt wird (Deutscher Landkreistag 2005, S. 12).

Für die DKG ist die sektorale Trennung ebenfalls weiter abzubauen, wobei insbesondere die doppelte Facharztschiene als ein Hindernis angesehen wird (DKG 2007, S. 6f). Möglichkeiten, die sektorübergreifenden Schranken abzubauen, werden vor allen Dingen in der Weiterentwicklung des DRG-Systems für belegärztliche und auch teilstationäre Leistungen gesehen. Die Beibehaltung der GOÄ und GOZ als Abrechnung für wahlärztliche Leistungen wird ebenfalls als Verzahnungsinstrument mit der ambulanten, privatärztlichen Versorgung gesehen.

Der Marburger Bund (2007b, S. 6) betont, dass vor allen Dingen die unterschiedliche Investitionsförderung zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung ein Hindernis für eine weitere Integration darstellt. Solange die Krankenhäuser aus öffentlichen Mitteln gefördert werden und die Vertragsärzte ihre Investitionen über die Vergütung zu finanzieren haben, besteht eine Integrationslücke, die durch eine entsprechende Neugestaltung der Vergütung zu beseitigen ist.

Der BDPK (2007, S. 10) unterstützt eine stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor besonders intensiv. Sektorale Budgets sind abzuschaffen, das Fernziel ist eine weitgehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Die Privatliquidation für wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus und für Privatpatienten in der ambulanzärztlichen Versorgung soll weiterhin als einigende, gemeinsame Vergütung beibehalten werden.

Die Krankenkassen verlangen ebenfalls einen Abbau der Sektorgrenzen zwischen stationärer und vertragsärztlicher Versorgung. Gemeinsam sehen sie in dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz dafür einen sinnvollen Ansatz. Die AOK sieht weiterhin in der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens im stationären wie im ambulanten Bereich Chancen für eine stärker integrierte, sektorübergreifende Ver-

¹³ Siehe Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); Seite 394.

¹⁴ Siehe auch Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

sorgung (Leber et al. 2007, S. 24f). Dabei sieht die AOK die teilstationäre bzw. tagesklinische Versorgung als eigene Versorgungsform skeptisch. Der VdAK sieht in fachärztlichen Gesundheitszentren mit dem Krankenhaus als integrativem Ort eine optimale Vernetzung (VdAK/AEV 2003, S. 70). Es gelte, ein übergreifendes, gemeinsames fachärztliches Budget für ambulante wie stationäre Leistungen zu entwickeln.

Im Bereich der sektorübergreifenden Versorgung wird nur teilweise die Rolle der Weiterentwicklung von DRGs gesehen. Die meisten Akteure sehen vielmehr in der Definition der Leistungen und in der Zusammenfassung von ambulanten und stationären Leistungen in einer Institution bzw. einer Organisation Schritte zu einer weitergehenden Integration. Gleichwohl wird von der DKG die Entwicklung von teilstationären DRGs thematisiert und als ein Instrument der sektorüberschreitenden Optionen vorgeschlagen (DKG 2007, S. 1).

Abschließend stellen wir in einer Übersicht die wichtigsten Positionen schlagwortartig zusammen (Abbildungen 4–2 bis 4–4).

Abbildung 4–2

Die Positionen der Gebietskörperschaften

Akteure Problemfelder	Staat		
	Bund (BMG)	Länder (GMK)	Deutscher Landkreistag
I. Die Rolle des Staates			
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	pro Rahmenplanung Hoheit der Länder	Krankenhaus- (Rahmen-)Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder	Krankenhaus- (Rahmen-)Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	keine einheitliche Meinung	solange Gegenfinanzierung nicht geklärt, keine Alternative zum dualen System vorhanden	pro duale Finanzierung, um Einfluss der Kommunen und Länder auf die Gestaltung der Krankenhausversorgung zu erhalten
II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen			
>> Vertragsrecht: Kontahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Möglichkeit zu selektivem Kontrahieren	Beibehaltung der Kontrahierungspflicht	—
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Qualitätswettbewerb hat Vorrang vor Preiswettbewerb Festhalten an landes/bundes- einheitlichen Basisfallwerten	Meinungen unterschiedlich; Tendenz zu Qualitätswett- bewerb und Festpreissystem	—
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten	Kostenerstattungsoptionen Wahltarife	—	—
IV. Sektorenübergreifende Aspekte			
>> Sektorenübergreifende Koordinatoren der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	stärkere Verzahnung ambulant und stationär (Öffnungs- klauseln für Krankenhäuser)	—	Verknüpfung der KH-Planung mit der vertragsärztlichen Planung

Abbildung 4–3
Positionen der Leistungserbringer

Akteure Problemfelder	Leistungserbringer			
	Verband der Krankenhaus- direktoren (VKD)	Deutsche Kranken- hausgesellschaft (DKG)	Marburger Bund	Bundesverband deutscher Privatkranken- anstalten (BDPK)
I. Die Rolle des Staates				
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	Flexibilisierung, doch Krankenhausplan bleibt Aufgabe der Länder	Reduktion der Planung Sicherstellung als staatl. Aufgabe	Krankenhaus- (Rahmen-) Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder	Rahmenplanung beim Staat
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	pro Monistik, Frage der Zeit	derzeit keine Chance für Monistik, Bürokratieabbau und mehr Entscheidungsfreiheit	Ablösung der Förderung vom Bett	pro Monistik Kalkulation der Investitionskosten in das DRG-System
II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen				
>> Vertragsrecht: Kontrahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Festhalten am Kontrahierungszwang	Festhalten am Kontrahierungszwang	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Vorrang für Qualitätswettbewerb; Vergütung über Landesbasisfallwerte; Test von Bundes-Basisfallwerten	Vorrang für Qualitätswettbewerb; Vergütung über Landesbasisfallwerte; Test von Bundes-Basisfallwerten	—	Vorrang für Qualitätswettbewerb, solange keine Bedingungen für Preiswettbewerb gegeben sind
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge; Notfallversorgung als Teil der gesamten Krankenhausversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge; Notfallversorgung als Teil der gesamten Krankenhausversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten				
IV. Sektorenübergreifende Aspekte				
>> Sektorenübergreifende Koordinatoren der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	—	Abbau der sektoralen Trennung; Weiterentwicklung des DRG-Systems; teilstationäre Leistungen in das DRG-System einbinden	unterschiedliche Investitionsförderung von KH und vertragsärztlicher Versorgung als Hauptproblem	Stärkere Verzahnung ambulant und stationär; Abschaffung sektoraler Budgets

Krankenhaus-Report 2007

Wido

4.5 Ordnungspolitische Bewertung

Wenn man die Diskussion aus der übergeordneten ordnungspolitischen Sicht bewerten will, so gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten wie auch z. T. kaum zu vereinende Gegensätze. Zunächst sind sich alle Akteure einig, dass die Rolle des Staates, insbesondere die der Länder, ein Stück zurückgenommen werden muss und andererseits dieses Vakuum durch die Krankenkassen auszufüllen ist. Dabei sind die Leistungserbringer generell der Meinung, dass die Bundesländer eine Art Letztverantwortung für die Versorgung behalten müssen, die Krankenhausplanung letztlich bestehen bleiben soll und die Investitionsförderung dem Grunde nach zwar reduziert, aber als Teil der Krankenhausplanung zumindest für Neubauprojekte beibehalten werden soll. Die Positionen sind also generell im Bereich der Investiti-

Abbildung 4–4
Positionen der Krankenkassen/Krankenversicherungen

Akteure Problemfelder	Krankenkassen/Krankenversicherungen		
	Ersatzkrankenkassen (vdak)	AOK-Bundesverband	PKV-Verband
I. Die Rolle des Staates			
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	Umstellung auf regionale Rahmenplanung	Planung nur noch für Notfallversorgung	Sicherstellung als staatl. Aufgabe
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	Monistik als Voraussetzung für sektorübergreifenden Wettbewerb (Finanzierung nur durch Beitragssatzerhöhungen)	Duale Finanzierung am Ende; Umstellung muss vorgenommen werden	pro Monistik, doch Frage nach beitragsneutraler Gegenfinanzierung offen
II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen			
>> Vertragsrecht: Kontrahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Festhalten am Kontrahierungszwang Kontra selektives Kontrahieren	freie Wahl des Krankenhauses Selektives Kontrahieren	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Preisfindung (bei elektiven Eingriffen) über Ausschreibungen	Intensivierung des Preiswettbewerbes über Höchst- und Richtpreise	Preiswettbewerb durch Höchstpreise (auf Basis des Basisfallwertes)
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Notfallversorgung als kollektive Aufgabe der GKV	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten	Anbieten von Wahlтарifen Kostenerstattungsoption, Hausarztmodelle	Anbieten von Wahlтарifen	—
IV. Sektorenübergreifende Aspekte			
>> Sektorenübergreifende Koordination der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	Abbau der Sektorgrenzen Fachärztliches Gesundheitszentrum mit KH als optimale Vernetzung	Abbau der Sektorgrenzen Selektives Kontrahieren im ambulanten und stationärem Bereich	—

Krankenhaus-Report 2007

Wido

onsfinanzierung flexibler als im Bereich der Krankenhausplanung und Sicherstellung der Versorgung.

Die Krankenkassen ihrerseits sind bereit, die Steuerungslücke auszufüllen, fordern dafür aber mehr Steuerungskompetenz, als ihnen der Staat und die Leistungserbringer zubilligen wollen. Gleichwohl kann man feststellen, dass sich insgesamt alle Akteure einig sind, dass eine stärker wettbewerbliche Steuerung erforderlich ist, bei der allerdings der Staat eine regulierende Funktion beibehalten soll. Die Devise lautet also: Mehr Wettbewerb, aber nur in Grenzen, und weiterhin eine dominante Ordnungs- und Kontrollfunktion bei den Ländern.

Besonders deutlich wird dies, wenn die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern angesprochen werden. Hier fordern die Krankenkassen einerseits weitgehende Steuerungskompetenz, während die Krankenhäuser die Länder weiterhin als Ordnungsmacht der Krankenhausversorgung beibehalten wollen. Lediglich der BDPK geht über die Position der Leistungserbringer und auch des Staa-

tes hinaus und verlangt eine stärkere marktliche Orientierung (BDPK 2007, S. 6). Freilich ist damit auch verbunden, dass die Patienten und Versicherten stärker in die Steuerung eingebunden werden und damit quasi eine eigenständige Rolle gegenüber den Krankenkassen erhalten. Zugespitzt könnte man sagen, dass der BDPK auf der Nachfragerseite die Versicherten und Patienten als „countervailing power“ zu den Krankenkassen versteht.

Alle Akteure vereint wiederum die Grundüberzeugung, dass die Krankenhausversorgung zwar über mehr Wettbewerb, aber eigentlich doch nicht über einen Markt gesteuert werden sollte, einen Markt, in dem die Krankenkassen ihren Versicherten und Patienten Optionen bieten. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen den Patienten/Versicherten stets mehrere Optionen anbieten, die Patienten/Versicherten aber die letzte Entscheidung haben. Schließlich bedeutet dies auch, dass die Patienten/Versicherten etwaige Mehrkosten selbst tragen müssen, die entstehen, wenn sie einen Leistungserbringer aufsuchen, der nicht Vertragspartner ihrer Krankenkasse ist. Hier schimmert die Konzeption des GKV-WSG insofern durch, als auch dort den Krankenkassen für die Patientenversorgung Vertragshoheit gegeben wird.

Wettbewerb soll durch Zurückdrängung der Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und durch Stärkung der Individualverträge erreicht werden. Dabei ist es bei den Leistungserbringern und auch letztlich bei den Krankenkassen weitgehend unstrittig, dass nur vom Staat zugelassene Krankenhäuser in diesen Vertragswettbewerb eingebunden werden sollen.

Aus ordnungspolitischer Perspektive kann man abschließend feststellen, dass sich in der Krankenhausversorgung durch die DRGs die Entwicklungsrichtung insofern ändert, als Wettbewerb als ein Steuerungsinstrument von allen Parteien akzeptiert wird, jedoch die Interpretation, was unter Wettbewerb verstanden wird, noch weit auseinanderklafft. Eine konsequente, marktliche Steuerung wird hingegen von niemandem gefordert. Am Rande sollte noch erwähnt werden, dass die DRGs selbst voll akzeptiert und von keinem Verband mehr in Frage gestellt werden.

4.6 Ausblick: Kommt die Neuordnung vor 2009?

Die politische Entscheidungsfindung sieht vor, dass noch im Jahr 2007 bzw. 2008 die Neuordnung der Krankenhausversorgung vom Gesetzgeber beschlossen werden soll. Da andererseits die Regierung in dieser Zeit noch eine Reihe von wichtigen Problemfeldern abzarbeiten hat, kann hinter diesen Zeitplan durchaus ein Fragezeichen gesetzt werden. Schließlich wäre es sinnvoll, die Neuordnung der Krankenhausversorgung im Zusammenhang mit der Regelung der gesamten Gesundheitsversorgung zu sehen, statt eine isolierte Reform anzusetzen. Da andererseits auch die Positionen noch längst nicht ausdiskutiert sind, ist eher zu erwarten, dass die Politik mit dem Ende der Konvergenzphase lediglich eine Minimallösung verabschiedet, indem sie als eine Art Übergangslösung die derzeitigen Regelungen verlängert und eine weiterreichende, grundlegendere Reform in die nächste Legislaturperiode verlagert (Neubauer 2004, S. 118). Schließlich ist eine weitere Gesundheitsreform für 2011 zu erwarten, die insbesondere die Finanzierungsgrund-

lagen zum Thema haben wird. Und da ein zentraler Punkt einer Krankenhausreform die Neuordnung der Finanzierung, insbesondere der Investitionsfinanzierung sein wird, würde sich dieser Schwerpunkt in eine Finanzierungsreform der GKV insgesamt sinnvoll einfügen.

4

4.7 Literatur

- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln. Eckpunkte zur Gestaltung des Ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase. Berlin 2007.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). Geschäftsbericht 2005/2006. Berlin 2006.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007.
- Deutscher Landkreistag. Künftige Rolle der Kreise in der Krankenhausversorgung. Beschluss des Präsidiums vom 10./11.05.2007. Berlin 2007.
- Deutscher Landkreistag. Geschäftsbericht des Deutschen Landkreistages 2004/2005. Schriften des Deutschen Landkreistages. Band 55 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der Deutschen Landkreise e.V. Berlin 2005.
- Deutsches Ärzteblatt. Krankenhäuser: Mehr Freiheit durch Investitionszuschläge. Deutsches Ärzteblatt 2007; 18: 12–3.
- f&w. Pro oder Kontra Festpreissystem. f&w 2007; 4: 392–5.
- Henke R. Zur Sache: Geld bleibt knapp. Marburger Bund Zeitung 17/2004. Berlin 2004.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv statt selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierten Ordnungsrahmen ab 2009. Award Krankenhausfinanzierung 2009 B. Braun Stiftung 2007.
- Marburger Bund. Sicherstellung der Krankenhausversorgung soll öffentliche Aufgabe der Daseinsfürsorge bleiben. Pressemitteilung, Berlin, 8. März 2007; Nr. 12/07. Berlin 2007a.
- Marburger Bund. Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). BT-Drucksache 16/3100. Berlin 2007b.
- Neubauer G. Krankenhausvergütung 2009; Fest- oder Wettbewerbspreise? Der Wettbewerb ist unteilbar. f&w 2006; 4: 380–4.
- 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 2004; 101–19.
- Patt J. Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung zur Ordnungspolitischen Neuausrichtung nach Ende der Konvergenzphase. Köln, 12.06.2007.
- Tuschen KH, Rau F. Wettbewerb ist kein Selbstzweck. f&w 2007; 4: 386–92.
- Tuschen KH. Entgeltsysteme nach der Konvergenzphase. Vortrag anlässlich des 14. Deutschen Krankenhaus-Controller-Tages des DVKC e.V. Berlin, 30.03.2007.
- VdAK; AEV. Inhalte und Ziele eines Ersatzkassen-Krankenhausstrategie für die Zeit nach der Konvergenzphase. Siegburg, 21.03.2007.
- VdAK; AEV. Stellungnahme der Ersatzkassen zu den gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben der Regierungskoalition. Siegburg 2006.
- VdAK; AEV. Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Siegburg, 2. Juni 2003.
- Verband der Krankenhausdirektoren (VDK). Positionspapier des VKD zum ordnungspolitischen Rahmen 2010 – Entwurf. Berlin, 15. Mai 2007.
80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. Sonderkonferenz. Stuttgart, 8. März 2007.

5 Elektiv wird selektiv

Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009

Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff

Abstract

Im Krankenhausbereich besteht ordnungspolitischer Handlungsbedarf, weil neben den klassischen Finanzierungsfragen ein Rechtsrahmen für den Kassenvettbewerb zwecks Begrenzung der kollektivvertraglichen Krankenhausbudgets zugunsten wettbewerbskonformer selektiver Verträge gestaltet werden muss. Die Neuordnung sollte berücksichtigen, dass Krankenhausleistungen unterschiedlich sind. Während für Notfalleleistungen traditionelle planerische Instrumente der Sicherstellung adäquat sind, sollten für elektive Krankenhausleistungen kassenspezifische Verträge vorgesehen werden. Die Auswahl der Häuser erfolgt in einem geordneten Ausschreibungsverfahren. Behandlungsqualität muss Gegenstand der Ausschreibung sein. Wollen Versicherte Leistungen in einem Haus in Anspruch nehmen, mit dem ihre Kasse keinen Vertrag hat, so haben sie einen gesonderten Tarif zu wählen oder aber die Kostendifferenz selber zu tragen. Analoge Ausschreibungsoptionen existieren schon jetzt im Bereich der besonderen ambulanten Versorgung und bei Arzneimittelrabattverträgen.

In the hospital sector, there is still some need for regulatory action. Apart from classical questions of financing, a regulatory framework for the competition of health care funds needs to be set up in order to limit the collective-contractual hospital budgets in favour of competitive selective contracts. The re-organization should take into account that hospital services differ. While traditional planning instruments for the provision of services are adequate for emergency medical care, health care funds should be able to bid separately for hospital services which are subject to choice. Hospitals should be selected by means of a bidding procedure, with quality of treatment being one of its central issues. If insureds wish to claim benefits in a hospital which does not have a contract with the health care fund they are insured with, they either have to accept a special tariff or pay the difference themselves. Similar options resulting from "offers to Bid" already exist in specialised ambulatory care and drug discount contracts.

5.1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf

5.1.1 Vollendung der Konvergenzphase

Eine der größten Umwälzungen des stationären Sektors in Deutschland war die Einführung von DRG-Fallpauschalen ab dem Jahr 2003. Nach dem Ende der sog. Konvergenzphase sollen die kostenorientierten Budgets durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt werden. Wie im Folgenden gezeigt wird, entsteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf, weil die leistungsorientierte Vergütung nicht mit den Grundprinzipien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) kompatibel ist. Andere Entwicklungen, wie die fortdauernde Erosion der dualen Finanzierung, stellen zudem die herkömmlichen Finanzierungsprinzipien in Frage. Auch die fortschreitende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen erfordert neue gesetzgeberische Aktivitäten. Und schließlich stehen die kollektivvertraglichen Prinzipien im fundamentalen Widerspruch zum Ziel einer verstärkt wettbewerblichen Steuerung des Versorgungsgeschehens.

Bevor dies im Einzelnen diskutiert werden kann, muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Konvergenz mit Ende der Konvergenzphase keinesfalls abgeschlossen ist. Mit Inkrafttreten des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes zum 01.01.2005 wurde die anfangs für drei Jahre ausgelegte Konvergenzphase auf fünf Jahre verlängert und die linearen Anpassungsschritte in Richtung Landesbasisfallwert progressiv umgestaltet. Zusätzlich wurde eine Kappungsgrenze eingeführt, die die Budgetreduktion der Krankenhäuser begrenzt (2. FPÄndG 2004).

Nach derzeitigem Stand der Verhandlungen¹ gestaltet sich die Verteilung von Konvergenzgewinnern und -verlierern folgendermaßen: Ca. 40 Prozent der Krankenhäuser zählen zu den Konvergenzverlierern, geben also Budgetanteile über die Konvergenzphase ab. Von diesen fallen wiederum ca. 17 Prozent unter die Kappungsregelung. Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser (60 Prozent) mit einem Budgetabschluss zum Zeitpunkt des Stichtags kann sich jedoch zu den Gewinnern der DRGs zählen.

In Abhängigkeit von der prozentualen Überschreitung des Landesbasisfallwertes kann es dazu kommen, dass Krankenhäuser bis zum Ende der Konvergenzphase nicht das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreichen. Größenordnungsmäßig handelt es sich um rund 200 Krankenhäuser. Krankenhäuser mit über 11,1 Prozent Abweichung vom Landesbasisfallwert am Anfang der Konvergenzphase werden diesen am Ende nicht erreichen. Die Problematik der iterativen Ermittlung des Landesbasisfallwertes aufgrund der Umverteilungsproblematik durch die Kappungsregelung bleibt bei dieser Betrachtung ausgeklammert (Wissenschaftliches Institut der AOK 2005). Es ist also in jedem Fall eine Regelung dafür vorzusehen, wie mit diesen Fällen zu verfahren ist.

¹ Grundgesamtheit: 1 373 Krankenhäuser mit Budgetabschluss; Stand: 10.01.2007.

5.1.2 Ende der Sicherstellung

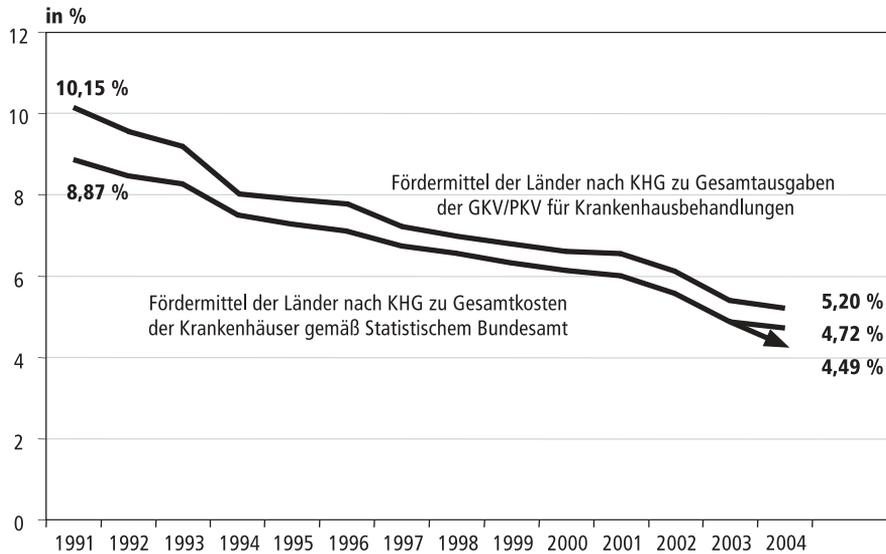
Glaubt man dem Wortlaut des Gesetzes, so liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Bundesländern und deren Kommunen. Letztlich sichert aber derjenige die Versorgung, der ein möglicherweise entstehendes Defizit des Krankenhauses deckt, damit dieses weiterhin die Patienten versorgen kann. Bis 1995 gab es für diese Defizitdeckung eine klare Aufgabenzuweisung: Im Rahmen des Selbstkostendeckungsprinzips wurde der Pflegesatz erhöht, bis das Defizit verschwunden war. De facto erfolgte also die Sicherstellung durch die Krankenkassen.

Beim Übergang zur leistungsorientierten Vergütung kann es nun passieren, dass der Sicherstellungsauftrag (erstmalig) an die Länder fällt. Bei einer Vergütung der Krankenhäuser nach leistungsorientierten Einheitspreisen kann es zur dauerhaften Unterdeckung kommen, die nach geltendem Recht nicht von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Ohne Hilfe seitens des Krankenhausträgers muss das Krankenhaus seine Tätigkeit einstellen. Der Krankenhausplan ist keinerlei Hilfe für ein defizitär geführtes Krankenhaus; er stellt keine Versorgung mehr sicher. Nur wenn das Land oder die Kommune die laufenden Defizite übernehmen würde, wäre die Versorgung im herkömmlichen Sinne sichergestellt. Kurzum: Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung weitgehend wirkungslos – seit 1995 ist das laut Krankenhausfinanzierungsgesetz so, am Ende der Konvergenzphase wird es de facto so sein. Wenn aber die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung nicht mehr garantiert, dann verliert sie ihre Legitimation (AOK-Bundesverband 2003; Leber 2003, S. 185ff).

Ohne „Zuwendungsgarantie“ im Defizitfall hat der Krankenhausplan allerdings noch eine Bedeutung als eine Art „Abrechnungslizenz“ gegenüber den Krankenkassen. Die derzeit zu beobachtende Zunahme privater Trägerschaften ist ein Erwerb von Abrechnungslizenzen. Gäbe es nicht diesen Marktzutritt über Lizenzhandel, würden die privaten Träger wahrscheinlich neue Krankenhäuser bauen, statt alte zu übernehmen.

5.1.3 Erosion der dualen Finanzierung

Der Rückzug der Länder aus der stationären Versorgung lässt sich in kaum überschaubarer Deutlichkeit bei der Investitionsfinanzierung erkennen (Abbildung 5–1). Als das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1974 in Kraft trat und die duale Finanzierung festschrieb, betrug der Finanzierungsanteil der Bundesländer (und damals noch des Bundes) fast 20 Prozent an den Krankenausgaben (geplantes Finanzierungsverhältnis zwischen Ländern und Krankenkassen bei Einführung der dualen Finanzierung 1972: 1 : 3). Heute – rund ein Vierteljahrhundert später – ist der Beitrag der Länder auf eine fast vernachlässigbare Restgröße von 5 Prozent geschrumpft. Berücksichtigt man, dass in den neuen Bundesländern ein Teil der Länderinvestitionen über Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eigentlich GKV-finanziert ist, sinkt dieser Wert sogar unter die 5-Prozent-Marke. Die Entwicklung des Finanzierungsanteils der Bundesländer macht eine Neubewertung der gegenwärtigen Situation auch aus diesem Grund notwendig (AOK-Bundesverband 2003; Hermann 2007, S. 101ff).

Abbildung 5-1
Fördermittel der Länder 1991–2004

Quelle: Destatis Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Durch den Rückzug der Bundesländer aus der Investitionskostenfinanzierung kommt es zunehmend zu einem Auseinanderfallen von Planung und Kostentragung und damit verbundenen Zielkonflikten. Man vermutet, dass sich die Bundesländer auch aus diesen Gründen weiter aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Die Krankenhäuser finanzieren deshalb ihre Investitionen teilweise aus Eigenmitteln und bedienen sich hierzu privaten Kapitals und der Partnerschaft mit Investoren. Auch der geplante Einstieg in die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens wird durch den Rückgang der Länderfinanzierung konterkariert.

5.1.4 Kassenwettbewerb

Mitte der 90er Jahre wurde die freie Kassenwahl eingeführt, damit Krankenkassen im Wettbewerb die Versorgung ihrer Versicherten optimieren. Auch die offizielle Regierungsrhetorik erwartet eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch mehr wettbewerbliche Steuerung (vgl. das angebliche „Wettbewerbsstärkungsgesetz“). Umso mehr erstaunt es, dass sich die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen bislang mehr oder minder auf die Farbgestaltung in der Außendarstellung beschränken. Derzeit verhandeln die Krankenkassen in nahezu allen Bereichen der GKV einheitlich und gemeinsam. Krankenkassen- bzw. kassenartenspezifische Verhandlungen gibt es dagegen kaum. Versorgungsformen, wie bspw. die integrierte Versorgung, machen derzeit nicht einmal ein Prozent der Leistungsausgaben aus. Der für den Wettbewerb der Krankenkassen maßgebliche Bei-

tragssatz ist deshalb kaum steuerbar (Rebscher 2006, S. 855ff). Das bestehende Geflecht kollektivvertraglicher Regelungen, insbesondere das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zwang, ein Krankenhausbudget einheitlich und gemeinsam zu verhandeln, erlaubt es der einzelnen Kasse nicht, im Wettbewerb eine günstigere Versorgung zu vereinbaren.

Dies heißt nicht, dass der Wettbewerb der Krankenkassen nicht existent ist. Es fehlen jedoch entscheidende Instrumente, die die Krankenkassen befähigen, diesen auch aktiv für ihre Versicherten mitzugestalten. Das derzeitige Verhandlungsprinzip „gemeinsam und einheitlich“ ist nicht mit der wettbewerblichen Neuordnung des Gesundheitswesens kompatibel. Damit Krankenkassen mit optimierter Versorgung auch Beitragsatzvorteile erreichen können, bedarf es eines Systems mit kassenspezifischen, sog. selektiven Verträgen. Im Bereich der integrierten Versorgung sowie bei den Disease-Management-Programmen (DMP) gibt es bereits selektive Verträge. Traditionell selektivvertraglich ist die Rehabilitation geregelt.

Kommt die Abschaffung der Kollektivverhandlungen und der Übergang zu selektiven Verträgen nicht in einem Schritt, so bedarf es einer Übergangsphase, in der Kollektiv- und Selektivverträge gleichzeitig existieren. Für diese Phase ist es wichtig, dass eine Zunahme von Selektivverträgen mit einer Rückführung der Kollektivverträge einhergeht. Es bedarf einer Refinanzierung von Selektivverträgen. Versuche der Etablierung des selektiven Vertragsprinzips müssen scheitern, solange sie mit einer extrabudgetären „on top“-Finanzierung verbunden werden. Für einen Übergang auf ein selektivvertragliches Modell bietet sich aus diesem Grund das Prinzip des Rechnungsabzugs an. Das Kollektivbudget wird dann um die Höhe der Kosten bereinigt, die die betreffende Leistung unter den kollektivvertraglichen Bedingungen gekostet hätte (Cassel et al. 2006). Wird die so abgeschlossene Versorgung zukünftig beendet, so fällt das entsprechende Volumen wieder zurück in das Kollektivbudget (Leber 2005, S. 232ff).

5.1.5 Öffnung für ambulante Leistungen

Auch wenn die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu den am nachhaltigsten kritisierten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens gehört, gibt es doch eine beachtliche Formenvielfalt bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. Dem Sozialgesetzbuch (SGB V) sind mehr als ein Dutzend verschiedener Rechtsformen zu entnehmen. Alle diese Formen unterscheiden sich stark in ihrer Aufgabenstellung und historischen Entstehung. Es fällt schwer, gemeinsame Grundprinzipien zu benennen, da Zulassungsvoraussetzungen, Vergütung und Regelungen zur Qualitätssicherung eine beachtenswert breite Streuung aufweisen.

Auch wenn ein konsistenter gesetzlicher Rahmen für ambulante Klinikleistungen noch aussteht, zeichnet sich seit Ende der 80er Jahre eine kontinuierliche Zunahme ambulanter Klinikleistungen ab:

- 1989 Hochschulambulanzen
- 1989 Sozialpädiatrische Zentren
- 1989 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993 Ambulantes Operieren
- 1993 Vor- und nachstationär

- 2000 Integrierte Versorgung
- 2004 Disease-Management-Programme (DMP)
- 2004 Hochspezialisierte Leistungen.

Seit den 90er Jahren gab es hingegen keine einzige gesetzliche Regelung, die den Tätigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung „auf Kosten“ der Krankenhäuser erweiterte (Leber/Stackelberg 2006, S. 700ff).

In vielen dieser neuen Betätigungsfelder der Krankenhäuser kam es zu einem Bruch mit bisherigen Regelungen des vertragsärztlichen Bereichs. Besonders deutlich tritt dies bei der fehlenden Berücksichtigung ambulanter Aktivitäten der Krankenhäuser bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu Tage. Beispiele hierfür sind die Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V sowie die integrierte Versorgung (Held et al. 2005, S. 256ff). So wundert es nicht, dass insbesondere der gegenwärtige Status des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages relativ unbestimmt ist.

Daneben sind mit den differierenden Ordnungsrahmen oft sehr unterschiedliche Vergütungshöhen für identische Leistungen verbunden. So wird z. B. die gleiche Chemotherapie völlig verschieden vergütet, je nachdem, ob sie als vollstationäre, teilstationäre oder aber als ambulante Leistung im Rahmen einer Hochschulambulanz erbracht wird.

Eng mit der Vergütungsfrage verbunden ist auch die ungeklärte Refinanzierung ambulanter Leistungen aus den bisherigen Kollektivbudgets. Leistungen wie die des § 116b SGB V, der hochspezialisierten ambulanten Behandlung im Krankenhaus, oder des § 115b SGB V, des ambulanten Operierens im Krankenhaus, sind derzeit und auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG extrabudgetär, d. h. durch die Krankenkasse „on top“ zu finanzieren und gefährden die Beitragssatzstabilität. Dies gilt insbesondere nach Umgestaltung des bislang selektivvertraglichen § 116b SGB V hin zu einer Abrechnungsgarantie ohne Vereinbarung durch das GKV-WSG.

Auch die derzeit existierende teil- und pseudostationäre Versorgung erfordert dringend eine Überprüfung, besonders der irreführende Rechtsbegriff „teilstationär“. Das bestehende inkonsistente Nebeneinander der Versorgungsformen ist Zeichen einer überfälligen Neuordnung. Dringlich bedarf es einer Harmonisierung der unterschiedlichen Bereiche ambulanter Klinikleistungen untereinander und mit konkurrierenden Versorgungsbereichen. Eine Zulassung auf Zuruf durch Anmeldung bei gleichzeitig bestehender Abrechnungsgarantie der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen darf es nicht länger geben.

Es besteht also umfassender Handlungsbedarf. Mit ein paar Korrekturen an Erlösausgleichssätzen ist es nicht getan. Die Grundfesten des bisherigen Krankenhausrechts (kollektivvertragliches Budget, Investitionsfinanzierung durch die Länder, Krankenhausplan, eigenständige Zulassungsregeln zur ambulanten Behandlung) müssen zur Disposition gestellt werden.

5.2 Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Krankenhausleistungen

5.2.1 Abschied vom monolithischen Budget

Traditionell ist die Vergütung deutscher Krankenhäuser von einem monolithischen Budget bestimmt. Dies wird jährlich gemeinsam und einheitlich mit allen vor Ort relevanten Kassen verhandelt und bestimmt weitestgehend die ökonomische Situation des Hauses. Die Vergütung des einzelnen Krankenkassenfalles ist lediglich ein Abschlag auf die Finanzierung des Budgets. Gäbe es nicht die Vielzahl der Kostenträger, könnte man auch von einer (staatlichen) Stelle das Budget überweisen.

Durch den Übergang zu einer leistungsorientierten Vergütung löst sich dieses einheitliche Budget zunehmend auf. Die ökonomische Situation des Krankenhauses richtet sich künftig nach einer Vielzahl einzelner Budgets. Die Bestimmungsgrößen dieser Erlössvolumina, also Preis-Mengen-Vereinbarungen, hängen vom Ordnungsrahmen des jeweiligen Leistungsbereiches ab.

Unsere zentrale These für eine Neuordnung lautet: Krankenhausleistungen sind verschieden. Der künftige Ordnungsrahmen muss die Verschiedenheit der Krankenhausleistungen berücksichtigen. Er muss leistungsdifferenzierend sein.

Am augenfälligsten ist der Unterschied zwischen stationären und ambulanten („teilstationären“) Leistungen. Für ambulante Leistungen existiert ein eigenes Ordnungssystem, das sich vom stationären Sektor unterscheidet durch eine eigene Vergütungssystematik (EBM, Gesamthonorierung), eine eigene Zulassungssystematik (Bedarfsplanung) und auch durch eine anders organisierte Qualitätssicherung. Es bedarf der Diskussion, wie die ambulante Krankenhaustätigkeit mit der vertragsärztlichen Versorgung „harmonisch“ abgestimmt wird.

Auch stationäre Leistungen sind unterschiedlich. Der Ordnungsrahmen sollte unterscheiden, ob es sich um notfallähnliche Leistungen handelt, die quasi sofort in unmittelbarer Nähe des Versicherten zur Verfügung stehen müssen, oder ob es sich um Krankenhausfälle handelt, bei denen ein Krankenhaus ausgewählt werden kann. Exemplarisch stelle man sich die Versorgung mit elektiven Hüftendoprothesen vor. Hier besteht genügend Zeit, ein Krankenhaus zu wählen. Es gibt genug Krankenhäuser, die diese Leistung anbieten und der Eingriff ist so bedeutsam, dass viele Patienten auch eine größere Entfernung vom Wohnort in Kauf nehmen, um im Krankenhaus ihrer Wahl behandelt zu werden. Tendenziell wird der Ordnungsrahmen für Notfalleleistungen mehr Ähnlichkeit mit den Regelungen für den Rettungsdienst aufweisen. Der Ordnungsrahmen für elektive Leistungen wird mehr Ähnlichkeit mit der Rehabilitation haben.

Als weiterer Erlösbereich sind Zusatzleistungen und hier insbesondere die klassischen Wahlleistungen zu nennen: Einzelzimmerzuschlag und Chefarztbehandlung. Hier besteht bezüglich Preisgestaltung und Abrechnung ein Bereich, der traditionell außerhalb des Budgets verortet war und auch künftig gesonderten Regelungen unterworfen sein wird. Diskutiert werden muss allerdings, ob es jenseits der traditionellen Wahlleistungen einen gesondert zu regelnden Erlösbereich für Leistungen gibt, der Nicht-GKV-Leistungen umfasst. Schon immer gab es Krankenhausleistungen, wie z. B. die Schönheitsoperation, die außerhalb des Budgets

einen eigenständigen Erlösbereich darstellen. War dies bislang eher eine Randercheinung, so könnte es sich um einen künftig wachsenden und daher eigenständig zu regelnden Bereich handeln. Zum einen wird ein Teil des wachsenden Wohlstands für ergänzende Leistungen im medizinnahen Wellnessbereich verausgabt, zum anderen wird der Bereich privat zu finanzierender Leistungen durch weitere Einschränkungen des GKV-Leistungskataloges an Bedeutung gewinnen. Zumindest bedarf es einer öffentlichen Debatte, inwieweit die sog. IGeL-Angebote (individuelle Gesundheitsleistungen) des ambulanten Sektors künftig auch im stationären Sektor abgerechnet werden dürfen und welchen Regularien dieser Erlösbereich unterworfen sein sollte.

Als letzter quantitativ bedeutsamer, leistungsmäßig unterschiedlicher Bereich sei die integrierte Versorgung genannt.

Insgesamt ergeben sich statt des monolithischen Budgets fünf bedeutsame Erlösbereiche bzw. Teilbudgets, für die der künftige Ordnungsrahmen differenziert ausgestaltet sein sollte:

1. Notfallähnliche stationäre Leistungen
2. Elektive stationäre Leistungen
3. Ambulante Leistungen
4. Zusatzleistungen
5. Leistungen der integrierten Versorgung.

Im Folgenden werden nur die ersten drei näher diskutiert.

5.2.2 Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen

Bliebe der jetzige Gesetzesrahmen unverändert, würden für elektive Krankenhausleistungen in jedem Bundesland einheitliche Vergütungen gezahlt – weder differenziert nach Krankenhäusern noch nach Krankenkassen. Mögliche Effizienzvorteile eines Hauses könnten nicht an die Beitragszahler weitergegeben werden.² Der Beitragswettbewerb der Krankenkassen wäre für diesen Bereich völlig funktionslos. Auf der anderen Seite hätten auch effiziente Krankenhäuser nicht die Chance, ihre Versorgungsleistungen durch attraktive Preisangebote an die Kassen auszuweiten. Im Endeffekt gibt es dann keinen Mechanismus zur Durchsetzung effizienter Häuser.

Zur wettbewerblichen Steuerung des Bereiches bedarf es einer Abkehr vom Einheitspreis. Ein effizientes Krankenhaus muss die Möglichkeit haben, seine Leistungen günstiger anzubieten und im Gefolge eine größere Menge mit den Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren.

Eine radikale Wettbewerbsposition wäre die völlige Freigabe aller Preise. Es kann aber für den Bereich einer gesetzlichen Zwangsversicherung sinnvoll sein, Obergrenzen einzuziehen – und zwar nicht nur auf der Makroebene des künftig politisch festgesetzten Beitragsatzes, sondern auch auf der Mittelebene der Preis-

² Im Folgenden wird weiterhin von Beitragszahlern gesprochen, auch wenn nach dem GKV-WSG eine Differenzierung über die sog. kleine Prämie erfolgt, also präziser von „Prämienzahlern“ die Rede sein müsste.

entwicklung für Krankenhausleistungen. Dies hilft, den Umfang der Zwangsversicherung zu begrenzen und steigende Lohnnebenkosten zu vermeiden. Für elektive Krankenhausleistungen könnte eine solche Begrenzung realisiert werden, indem man Abweichungen vom Landesbasisfallwert lediglich nach unten erlaubt, der Landesbasisfallwert also einen Höchstpreis darstellt. Es käme dann zu einer Art Rabattwettbewerb unterhalb des Landesbasisfallwerts (Tuschen/Rau 2000, S. 386ff).

Für elektive Leistungen werden die Krankenhäuser in der künftigen Wettbewerbsordnung also kassenspezifische Preis-Mengen-Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenkassen abzuschließen haben – ähnlich wie das heute schon im Bereich der Rehabilitation üblich ist. Die Zahl der bilateral zu verhandelnden Verträge wird sich wahrscheinlich durch Verhandlungsgemeinschaften von Kassen einerseits und durch Komplettverhandlungen für Krankenhausketten oder Krankenhausverbände reduzieren, sofern nicht im Einzelfall gegen Kartell- oder Vergaberecht verstoßen wird.

Da es sich beim Abschluss von Verträgen zur Leistungserbringung um Schlüsselselektiven für die ökonomische Situation von Kassen und Krankenhäusern handelt, wird man ein geordnetes Vergabeverfahren vorschreiben, um Willkür, Seitenzahlungen und ungerechtfertigte Benachteiligungen beim Marktzutritt zu vermeiden.

Die Struktur der kassenspezifischen Vereinbarungen sollte nicht näher geregelt werden. Es wird sich meistens um Verträge mit mengenabhängigen Preisen handeln, die ergänzende Regelungen zum Erlösausgleich und zur Qualitätssicherung haben können. Gesetzlich vorgegeben ist lediglich, dass alle Leistungen nach dem DRG-System abgerechnet werden und der Preis nicht höher als der Landesbasisfallwert sein darf.

Regelungsbedürftig sind die leistungs- und zulassungsrechtlichen Fragen. Eine Kasse hat nur dann Anlass, mit einem Krankenhaus größere Leistungsmengen zu vereinbaren, wenn auf der anderen Seite verhindert werden kann, dass die Versicherten in ungeschmälertem Umfang die anderen Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Hierfür stehen verschiedene Optionen zu Verfügung:

1. Der Versicherte ist an die Krankenhäuser gebunden, mit denen seine Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Es entsteht eine Situation, die dem ambulanten Bereich entspricht, wo der Versicherte nur „Kassenärzte“ in Anspruch nehmen kann.
2. Der Versicherte kann auch in andere Krankenhäuser, muss dann aber die Differenz (also den Rabatt) selber zuzahlen. Auch das jetzige Recht kennt eine ähnliche Regelung: „Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.“ (§ 39 Abs. 2 SGB V)
3. Der Versicherte kann gegen eine gesonderte Prämie einen Tarif seiner Krankenkasse wählen, der auch Krankenhausleistungen enthält, die nicht in „Ratbatthäusern“ erbracht worden sind.

Schränkt eine Kasse die Zahl der „Vertragshäuser“ zu sehr ein, dürfte dies durch Kassenwechsel der Versicherten geahndet werden.

Ein Bieterverfahren für stationäre Leistungen mag zunächst ungewohnt sein. Aber bei Ausschreibungen handelt es sich um ein sehr erfolgreiches, breit angewendetes Prinzip, das zunehmend auch im Gesundheitswesen Platz greift. Seit An-

fang des Jahres schreiben die Krankenkassen Rabattverträge für Arzneimittel aus und die Pharmaindustrie, die bisher durch Landschaftspflege im ärztlichen Bereich agierte, muss geordnete Rabatte anbieten, um entsprechende Mengensteigerungen zu erreichen.

Die Vorstellung, dass viele der Leistungen, für die es im alten Recht eine Abrechnungsgarantie gab, künftig zur Disposition gestellt und erst durch ein Bieterverfahren abgesichert werden, wird bei den Krankenhäusern nicht gerade Begeisterung auslösen. Man möge aber bedenken, dass die Entscheidungen, wer Leistungen erbringt, auch heute gefällt werden. Nur eben in einem wesentlich weniger transparenten Krankenhausplanungsprozess. Das Ausschreibungsverfahren bietet gerade für Häuser, denen die bisherigen Planungsentscheidungen und die strenge Budgetierung Fesseln anlegen, neue Möglichkeiten der Expansion.

Manche Befürchtungen relativieren sich möglicherweise auch, weil es nicht um eine Alles-oder-Nichts-Entscheidung geht. Die Kassen schreiben im Wettbewerbsbereich nicht gemeinsam aus, sodass es einem Krankenhaus in der Regel gelingen wird, mit einem Teil der Krankenkassen zu kontrahieren. Möglicherweise werden auch Tarife angeboten, die eine Kontrahierung mit allen Häusern vorsehen.

Ein möglicher Einwand gegen ein solches Rabattmodell lautet: „Ausschreibung führt zur Dominanz der Ökonomie und verschlechtert die medizinische Qualität.“ Richtig ist: Behandlungs- bzw. Ergebnisqualität muss Gegenstand der Ausschreibung sein, was – nebenbei bemerkt – weder in der Krankenhausplanung noch im Pflegesatzrecht bisher der Fall ist (vgl. Abschnitt 5.2.5).

Diskussionswürdig ist die Frage, ob die Ausschreibung elektiver Leistungen an Vorgaben gebunden ist und inwieweit die Einhaltung dieser Vorgaben wiederum Gegenstand staatlicher Aufsicht sein sollte. Unbekümmerte Wettbewerbsverfechter werden die Meinung vertreten, dass die Kassen schließlich im Wettbewerb stehen, dass also jede Verfehlung durch Kassenwechsel geahndet würde. Eine solche Betrachtungsweise ignoriert jedoch die Gefahren der Risikoselektion. Ein Beispiel: Eine Krankenkasse könnte die Ausschreibung so gestalten, dass wie zufällig Aidskranke keine adäquate Versorgung bekommen. Das würden die Aidskranken zwar mit Kassenwechsel ahnden. Es würde sich aber insgesamt positiv auf die Kassenfinanzen auswirken (sofern Aidskranke nicht entsprechend hoch im Morbiditätsausgleich berücksichtigt werden).

Damit Kassen in ausreichendem Maße ausschreiben und kontrahieren, ist es sinnvoll, Vorgaben für den Umfang der Versorgungsleistungen zu definieren, die die Kassen auszuschreiben und vertraglich zu vereinbaren haben. Die Kassen hätten also die Verpflichtung, in einem gesetzlich fixierten Umfang Leistungen einzukaufen. Das Einkaufsmodell würde dem Motto folgen: „Sagt den Kassen, wie viele Leistungen sie einkaufen müssen, aber schreibt ihnen nicht vor, bei welchem Krankenhaus sie kaufen.“

Die Vorgaben für die Einkaufsvolumina sollten auf Bundesebene vorgegeben werden, z. B. als Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dabei könnten Daten verwendet werden, die im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Abschätzung der Finanzbedarfe genutzt werden. Falsch wäre es, die Vorgaben auf Landesebene zu definieren. Dies würde dazu führen, dass jedes Bundesland astronomisch hohe Vorgaben macht, weil die positiven Effekte für die Gesundheit, die Wirtschaftskraft und den Arbeitsmarkt in der Region entstehen,

das Gros des daraus resultierenden Finanzmehrbedarfs jedoch über die Mischkalkulation der bundesweiten Kassen länderübergreifend umgelegt würde (Neubauer et al. 2007, S. 65ff). Diese Vorgaben könnten z. B. folgende Struktur haben: „Für je 1 000 Versicherte in der Alters- bzw. Morbiditätsgruppe A hat die Krankenkasse Y Leistungen im Umkreis U vertraglich zu vereinbaren.“

5.2.3 Optionsmodell für Ausschreibungen

Die Ausschreibung von Elektivleistungen kann als obligatorisches Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt (Synchronmodell) oder als prozesshafter Übergang mit optionalen Ausschreibungen (Optionsmodell) gestaltet werden. Bei der synchronen Variante würden zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Kassen sämtliche Elektivleistungen ausschreiben. Beim Optionsmodell hätten die Kassen die Möglichkeit, ein Bieterverfahren zu eröffnen. Ohne erfolgreiche Vergabe bliebe jedoch alles „beim Alten“ (Ebsen et al. 2003). Beide Modelle hätten zur Voraussetzung, dass eine klar definierte Abgrenzung der auszuschreibenden Elektivleistungen existiert.

Klärungsbedürftig ist die Rolle des Krankenhausplanes. Ist der Zuschlag im Bieterverfahren erfolgt, so beschränkt sich die Abrechnungsverpflichtung der Kassen auf die Häuser, die im Bieterverfahren erfolgreich waren. Kann in einer Region eine Kasse den elektiven Operationsbedarf z. B. durch sieben der neun existierenden Häuser decken, so gäbe es bezüglich dieser Operationen keine Abrechnungsverpflichtung gegenüber den verbleibenden zwei Häusern. Diese könnten allerdings für andere Kassen (oder für einen anderen Tarif) durchaus weiter abrechenbare Leistungen erbringen. Es gilt also eine bedingte Kontrahierungspflicht für die Häuser im Krankenhausplan.

In einem weiter liberalisierten Modell könnten sich auch Häuser an der Ausschreibung beteiligen, die nicht im Krankenhausplan sind. Die Marktzugangsbarriere „Krankenhausplan“ würde dann entfallen. Letztlich wäre der Krankenhausplan dann nur noch auf die Notfallversorgung zu beschränken.

Im Optionsmodell hätten die Krankenkassen die Möglichkeit auszuschreiben. Ohne Ausschreibung bliebe jedoch das herkömmliche System erhalten. Die Versicherten könnten also jedes Krankenhaus wählen und das Krankenhaus würde gemäß Landesbasisfallwert vergütet. Der „Rückfall“ auf geltendes Recht mit Kontrahierungspflicht würde auch dann gelten, wenn eine Krankenkasse ausschreibt, aber keine Angebote unterhalb des Landesbasisfallwertes bekommt.

Beide Modelle unterscheiden sich auch in der Verhandlungsstruktur. Im Synchronmodell würde das gesamte kollektive Verhandlungsgeschehen im Elektivbereich durch selektive Verhandlungen ersetzt. Die Mengenvereinbarungen und ggf. auch Erlösausgleiche würden bilateral festgesetzt. Beim Optionsmodell bleibt formal das kollektivvertragliche System bestehen, würde aber um die selektivvertraglichen Vereinbarungsmengen bereinigt. Eine Kasse, die im Optionsmodell selektivvertragliche Vereinbarungen getroffen hat, würde auch nach Ausgliederung der Leistungen nicht mehr an den kollektivvertraglichen Verhandlungen zum Elektivbereich teilnehmen. Die verbleibenden Kassen würden eine Art „Restbudget“ nach traditionellem Muster verhandeln. Beendet eine Kasse die „Rabattphase“, so wird sie wieder Teilnehmer des Kollektivvertragssystems.

Das hier dargestellte Optionsmodell hat eine gewisse Analogie zu neueren Regelungen für Arzneimittel sowie zur ambulanten ärztlichen Vergütung. Bei Arzneimitteln haben die Krankenkassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V die Möglichkeit, Rabatte mit Arzneimittelherstellern zu vereinbaren. Dies kann z. B. als Ergebnis eines Ausschreibungsverfahrens für bestimmte Wirkstoffe geschehen. Führt das Ausschreibungsverfahren zu keinem Ergebnis, dann gelten die bisherigen „rabattfreien“ Preise und Versorgungsregularien. Die Regelung hatte zunächst wenig reale Auswirkungen. Durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde deshalb die Möglichkeit geschaffen, Leistungserbringer (in der Regel die verschreibenden Ärzte) an den Rabatten zu beteiligen (AVWG 2006, S. 984). Seit im GKV-WSG die Apotheker verpflichtet sind, die rabattierten Arzneimittel abzugeben (sofern aut idem nicht vom Arzt explizit ausgeschlossen), zeichnet sich eine breite Umsetzung der Rabattoption ab.

Auch die GKV-WSG-Regelungen für die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V stellen eine Option für die Krankenkassen dar, bei der die einzelne Kasse selektive Verträge mit Leistungsanbietern über Teile der ambulanten (fachärztlichen) Versorgung vereinbaren kann. Die Vertragspartner der (kollektiven) Gesamtverträge haben die Gesamtvergütungen um den entsprechenden Betrag zu bereinigen.

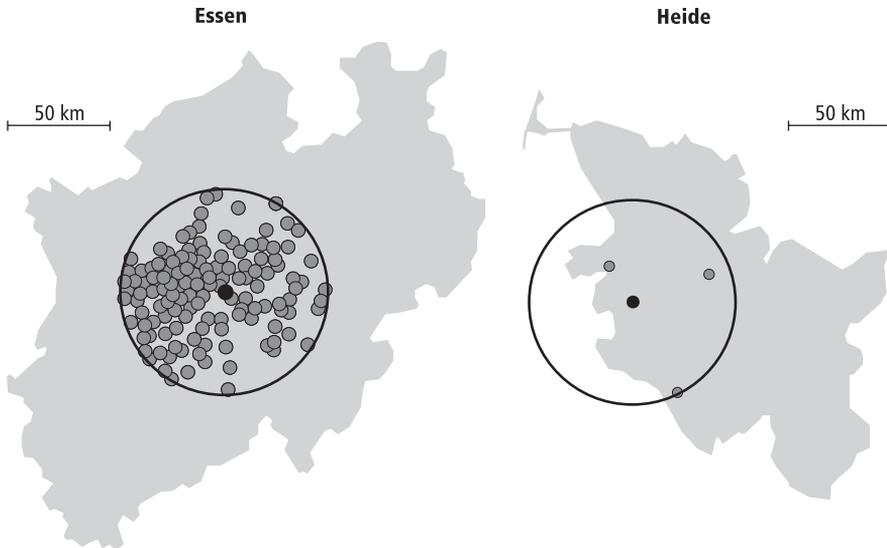
Der Blick auf die neuere Gesetzgebung im Arzneimittelbereich und zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen zeigt, dass das hier vorgeschlagene selektivvertragliche Ausschreibungsprinzip für elektive Krankenhausleistungen ein weiteres Anwendungsgebiet für den generellen Übergang von der kollektiv- zur selektivvertraglichen Steuerung im Gesundheitswesen ist.

Es bleibt anzumerken, dass eine Ausschreibung je nach Versorgungsregion unterschiedliche Auswirkungen entfalten wird. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Anzahl der im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser mit bestimmten elektiven Leistungen. Exemplarisch vergleiche man die Region um Essen und um Heide in Holstein im Umkreis von 50 Kilometern hinsichtlich eines klassisch elektiven Eingriffs. Eine Abfrage im Krankenhausinformationssystem (www.klinkkonsil.de) ergibt, dass in der Region um Heide diese Leistung in vier Krankenhäusern, in der Region um Essen aber in 106 Häusern erbracht wird (Abbildung 5–2)³.

Es steht zu erwarten, dass sich im Bereich der Versorgung im Umkreis von Heide durch eine Ausschreibung dieser Leistung kaum etwas am derzeitigen Angebot ändern wird. In Essen hingegen könnte es durch ein Ausschreibungsverfahren zur Strukturierung der qualitativ und ökonomisch inakzeptablen Überversorgung kommen. Der klassischen Landesplanung ist dies offensichtlich nicht gelungen (Augurzky 2006, S. 182f).

3 Siehe www.klinkkonsil.de, OPS „5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk“ für 25746 Heide (Holst) bzw. 45127 Essen.

Abbildung 5–2
 Krankenhäuser im 50-km-Umkreis von Essen und Heide, die Kniegelenk-Endoprothesen implantieren (OP-Schlüssel 5-822)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis des Klinikkonsils

Krankenhaus-Report 2007

WidO

5

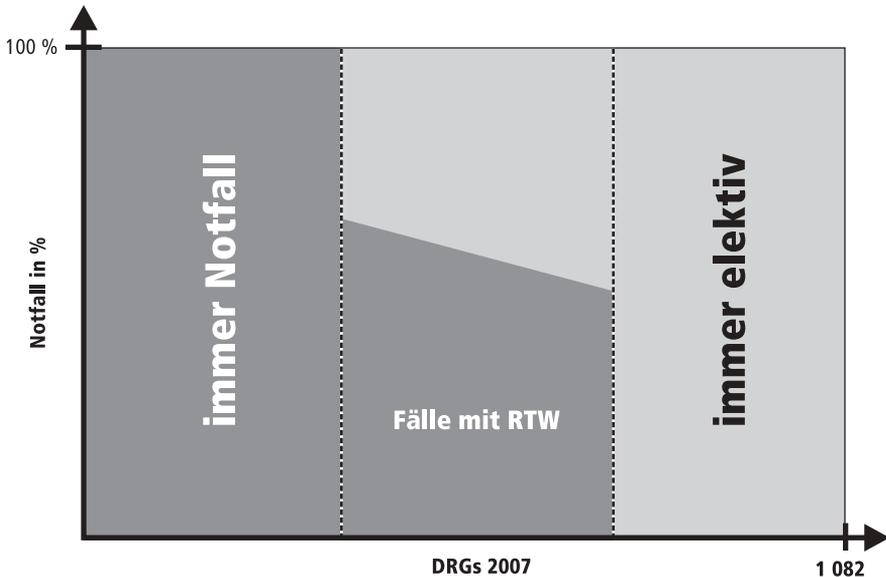
5.2.4 Abgrenzung des elektiven Fallspektrums

Im hier skizzierten Gesamtkonzept bedeutet die Trennlinie zwischen selektiven und notfallähnlichen Leistungen zugleich die Abgrenzung zwischen wettbewerblicher Steuerung und staatlicher Versorgungsplanung, wobei der wettbewerbliche Bereich auch stark von staatlichen Regularien durchdrungen ist. In einer sozialen Marktwirtschaft sind zunächst einmal alle Güter und Dienstleistungen dem Wettbewerb zugeordnet, sofern sie nicht eindeutig den „öffentlichen Gütern“ zuzurechnen sind, wie z. B. die Landesverteidigung. Entscheidendes Kriterium für die Eigenschaft eines öffentlichen Gutes ist die Nichtausschließbarkeit: Wenn keiner vom Nutzen ausgeschlossen werden kann, muss das öffentliche Gut gemeinschaftlich finanziert werden – andernfalls droht eine Unterversorgung, weil keiner allein zum Nutzen aller finanzieren möchte. Im Gesundheitswesen erfolgt die Nichtausschließbarkeit in der Regel als gesellschaftlich-ethischer Konsens: Wenn keiner von der Versorgung mit medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden soll, gilt diese als gemeinschaftlich zu finanzierendes Gut. Für die Notfallversorgung besteht ein solcher Konsens: Keiner soll vor den Türen eines Krankenhauses zurückgewiesen werden, nur weil er der „falschen“ Krankenkasse angehört.

Zur Grenzziehung zwischen Leistungen, die dem Kassenwettbewerb zugeordnet werden sollen, und Leistungen, deren Zugang im Wesentlichen durch Landesplanung bestimmt wird, können neben dem Notfallcharakter auch noch andere Krite-

Abbildung 5-3

Abgrenzung von Notfall- und Elektivleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Krankenhaus-Report 2007

WidO

rien diskutiert werden. Wir schlagen als weitere Einschränkungen vor, Leistungen mit starkem Potenzial zur Risikoselektion vom Kassenwettbewerb auszunehmen, wobei dieses Kriterium mit zunehmender Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs an Bedeutung verliert. Außerdem sollten Leistungen im unmittelbaren Todesumfeld ebenfalls kassenübergreifend geregelt sein. Beide Kriterien sind schwierig in der Diskussion.

Die Grenzziehung zwischen elektiven Leistungen und Notfallleistungen wird in der Regel reflexartig und empört als völlig unmögliches Ansinnen zurückgewiesen. Schließlich seien ja massenhaft Krankheiten bekannt, die sowohl als elektiver Fall als auch als Notfall auftreten können. Eine solche Argumentation vernachlässigt allerdings, dass es sinnvoll sein kann, zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden, auch wenn es bei Dämmerung ein veritables Zuordnungsproblem gibt. Fest steht, dass es einige klare Exponenten gibt: Der Schlaganfall wird selten elektiv sein, die Knieendoprothese bei Coxarthrose ist zweifelsfrei dem elektiven Bereich zuzurechnen. Für den Rest muss eine Grenze festgelegt werden.

Ergänzend kann für die Trennung der Leistungen in Notfall- und Elektivleistungen der Zugangsweg des Patienten ins Krankenhaus herangezogen werden. Eine Krankenhausleistung ist höchstwahrscheinlich dann eine Elektivleistung, wenn der Patient selbstständig ein Krankenhaus aufsucht. Wird der Patient mit dem Rettungstransportwagen gebracht, so ist die Leistung mit ziemlicher Sicherheit als Notfallleistung einzustufen. Hierzu bedarf es ggf. einer technischen Abrechnungsgrundlage sowie verbindlicher Kodierregeln. Das Modell stellt dann sicher, dass

für Leistungserbringer und Kostenträger immer offensichtlich ist, ob ein Abrechnungsfall eine Notfall- oder eine Elektivleistung ist.

Das Konzept funktioniert nur, wenn in jedem Einzelfall klar definiert ist, ob es sich um einen Not- oder einen Elektivfall handelt. Andernfalls wäre unklar, welcher Basisfallwert abzurechnen ist. Als ersten Aufschlag für eine wahrscheinlich längere Diskussion schlagen wir drei DRG-Bereiche vor (vgl. Abbildung 5–3):

1. DRGs, die immer als Notfall abgerechnet werden.
2. DRGs, die bei Nutzung eines Rettungstransportwagens als Notfall, sonst aber als Elektivfall abgerechnet werden.
3. DRGs, die immer als Elektivfall abgerechnet werden.

Für den mittleren Bereich kann es möglicherweise auch sinnvoll sein, DRGs in Not- und Elektivfälle zu splitten, was allerdings die Anzahl der DRGs weiter erhöhen würde.

Bevor die Abgrenzungsdebatte heiß läuft, sei darauf hingewiesen, dass es nicht darum geht, ob eine Leistung erbracht wird oder nicht. Es geht darum, welchem Ordnungsrahmen sie zugeordnet wird. Es kann durchaus sein, dass der staatlich geplante Versorgungsbereich sehr viel enger geschnitten ist. Ein Krankenhaus hat vielleicht im Bereich der Notfallversorgung keine „Zulassung“, ist aber durchaus in der Lage, Verträge über diese Leistungen abzuschließen, wenn sie dem wettbewerblichen Feld zugeordnet würde.

5.2.5 Qualitätssicherung der selektiven Leistungen

Damit der Preis nicht allein über die Auswahl der Krankenhäuser entscheidet, sollte Qualität Gegenstand der Ausschreibung sein. Es kommt deshalb darauf an, die Leistungen sowie die Behandlungs- und Ergebnisqualität sauber zu beschreiben, was ein tief in die medizinische Detaildiskussion führender Prozess ist. Eine der Herausforderungen wird es sein, die Ergebnisqualität aufwandsarm zu messen.

Die AOK und die Helios-Kliniken haben hierzu im März 2007 ein Qualitätssicherungssystem mit Routinedaten (QSR) der Öffentlichkeit vorgestellt (AOK-Bundesverband et al. 2007)⁴. In Zusammenarbeit des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO), des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und der Helios-Kliniken wurden für eine Reihe von Krankheiten bzw. Therapien (Tracer) Ergebnisindikatoren definiert, die es erlauben, die Behandlungsqualität eines Krankenhauses zu messen. Die Qualitätsmessung geht dabei über den einzelnen Krankenhausaufenthalt hinaus und wertet z. B. Revisionsraten bei Endoprothesen aus. Auch Versichertenstammdaten werden als Indikator herangezogen und erlauben erstmals, Einjahresüberlebensraten nach bestimmten operativen Eingriffen auszuwerten. Zukunftsweisend dürften die drei Charakteristika des QS-Verfahrens sein: ergebnisorientiert, sektorübergreifend und aufwandsarm.

⁴ Vgl. auch Kapitel 10 (Heller et al.) in diesem Krankenhaus-Report.

Das QSR-Instrumentarium ist bestens für die Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld geeignet. Dies hängt damit zusammen, dass das Fallspektrum optimal ist. Misst eine Krankenkasse mit ihren Daten allgemein die Qualität von Krankenhäusern, so wird sie dem Vorwurf mangelnder Repräsentativität ausgesetzt sein, weil die Ergebnisse ihrer Fälle nicht identisch mit dem Spektrum aller Fälle des Krankenhauses sind. Bei der Messung von Behandlungsqualität im Zusammenhang mit selektiven Verträgen verändert sich der Fokus grundsätzlich: Nicht mehr alle Fälle eines Krankenhauses sind von Interesse, sondern nur jene, die „Vertragsgegenstand“ sind. Die Kasse, die die Behandlungsqualität ihrer Versicherten optimieren will, muss die Qualität ihrer Krankenhausfälle messen. Jede Einbeziehung von Fällen anderer Kassen würde das Ergebnis verzerren. Die Beschränkung der Qualitätsmessung auf die eigenen Versicherten ist die optimale Fallabgrenzung.

Im selektivvertraglichen Umfeld lassen sich weit mehr QSR-Ansätze realisieren, als dies im kollektivvertraglichen Bereich möglich ist, ohne dass weitere gesetzgeberische Schritte oder mühsame Einigungen mit der Krankenhausgesellschaft notwendig wären. Bei der Anwendung des QSR-Instrumentariums im Zusammenhang selektiven Kontrahierens ist zwischen zwei Optionen zu unterscheiden:

1. QSR als Instrument des begleitenden Controllings
2. QSR als Instrument zur Vertragspartnerauswahl.

Im Falle eines begleitenden Controllings würde idealerweise die Entwicklung der Qualitätsindikatoren der selektivvertraglich vereinbarten Fälle der Qualitätsentwicklung einer Kontrollgruppe gegenübergestellt. Dabei können bei der Datenaufbereitung in der Krankenkasse auch Daten aus anderen Sektoren verwendet werden, um die Fallabgrenzung (Tracer) und die Risikoadjustierung zu verbessern oder aber um Ergebnisindikatoren aus Daten anderer Sektoren bzw. aus Versichertenstammdaten zu verwenden.

Im Falle der Vertragspartnerauswahl wird das QSR-Instrumentarium nicht im Sinne einer „Verlaufskontrolle“ verwendet, sondern dient als Entscheidungsinstrumentarium für die Auswahl von Krankenhäusern. So könnte eine Kasse bspw. vor Vertragsabschlüssen über Hüftendoprothesen im Rahmen von Komplexpauschalen diejenigen Krankenhäuser identifizieren, die bezüglich Re-TEP-Notwendigkeit die besten Werte oder zumindest einen vorgegebenen Standard garantieren. Solche vergleichenden Analysen sind dann in der Regel Teil eines internen Managementprozesses. Sie können aber auch als explizites Marketinginstrument transparent gemacht werden. Die Patienten und die Öffentlichkeit würden in diesem Fall am meisten profitieren.

Die Ausschreibungsverfahren könnten für die Qualitätssicherung einen ähnlichen Quantensprung bedeuten wie die Einführung von Fallpauschalen als Vergütungssystem. Auch bei den ersten Fallpauschalen 1995 und noch mehr bei der DRG-Einführung wurde ein angeblicher Qualitätsverlust prognostiziert. De facto ist erst durch die Fallpauschalen ein umfangreiches QS-System und vor allem eine weitergehende Qualitätstransparenz entstanden. Ohne DRGs gäbe es heute keinen brauchbaren Qualitätsbericht (Schulte-Sasse 2004, S. 163ff; Philippi 2006, S. 643ff).

5.2.6 Andere ordnungspolitische Konzepte

In der Diskussion um den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 liegt inzwischen eine Reihe von Positionierungen vor, die sich schwerpunktmäßig mit dem Finanzierungsklassiker „Monistik vs. duale Finanzierung“ beschäftigen. Eine Erweiterung der Fragestellung findet sich in den Artikeln von Neubauer und Tuschen/Rau (Bundesministeriums für Gesundheit) im Vorfeld des Ideenwettbewerbs der B.-Braun-Stiftung (Neubauer 2006, S. 380ff; Tuschen/Rau 2006, S. 386ff; Bundesministerium für Gesundheit). Die bislang vorliegenden Konzepte lassen sich dabei inhaltlich in verschiedene Gruppen einteilen.

Traditionalisten

Eher traditionelle Beschlüsse wurden von der 80. Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2007) gefasst. Sie betont insbesondere die Letztverantwortung der Länder. Ernstzunehmende Ansätze in Richtung Kassenwettbewerb sind nicht erkennbar. Der Wettbewerb der Krankenkassen existiert im GMK-Konzept überhaupt nicht und der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander soll sich im Wesentlichen auf die Qualitätsdimension beschränken. Die Länder sehen sich weiterhin uneingeschränkt in der Verantwortung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als staatliche Aufgabe, ohne dass allerdings die notwendigen Finanzmittel bereitgestellt werden. Die Detailtiefe der Krankenhausplanung soll zugunsten einer Rahmenplanung zurückgeführt werden. Zur Umstellung auf die monistische Finanzierung gibt es keine einheitliche Länderpositionierung. Sofern sie angestrebt wird, ist ein Übergangszeitraums von 10 bis 15 Jahren vorgesehen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben bislang keinen gemeinsamen Vorschlag zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung veröffentlicht. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen, die Knappschaft, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Private Krankenversicherung favorisieren in einem gemeinsamen Papier ein eher konservatives Modell, in dem in sehr begrenztem Umfang Wettbewerb der Krankenkassen im Bereich der elektiven Leistungen vorgesehen ist (VdAK 2007). Ein umfassender Einstieg in den Kassenwettbewerb zeichnet sich nicht ab. Das bestehende kollektivvertragliche Modell für stationäre Krankenhausleistungen wird in seinen Grundzügen bekräftigt.

Neben diesen Konzepten gibt es insbesondere von Seiten der Leistungserbringer Positionspapiere, die sich noch deutlicher als die eben genannten am Status quo orientieren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft favorisiert bspw. ein Modell, das sich im Wesentlichen an der derzeitigen Ausgestaltung des Ordnungsrahmens orientiert (DKG 2007). Nennenswerte Änderungen werden nicht gefordert. Die konsequente Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems hin zu einem leistungsorientierten Festpreissystem sowie der Übergang zur Monistik unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Auflösung des Investitionsstaus stehen im Zentrum des Modells. Wettbewerb beschränkt sich auf „Qualitätswettbewerb“ bei gleichzeitiger Abschaffung der Grundlohndeckelung.

Auch der bei der DRG-Einführung eher innovationsfreundliche Verband der privaten Krankenhausträger (BDPK 2007) favorisiert, wie die Bundesärztekammer (BÄK 2007), ein strukturkonservatives Modell, das im Wesentlichen darauf abzielt, mehr finanzielle Mittel für die stationäre Versorgung zu gewinnen. Das

Modell des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) geht darüber hinaus detailliert auf die Investitionskostenförderung ein. Selektivvertragliche Lösungen und die damit verbundene Einschränkung des Kollektivvertragssystems – auch nur für Teilbereiche des Leistungsspektrums der Krankenhäuser – werden strikt abgelehnt.

Reformer

Daneben gibt es eine Reihe weitergehender Ansätze, die sich besonders durch einen stärkeren Wettbewerbsbezug auszeichnen. Neben dem hier hinreichend beschriebenen Konzept der AOK verfolgt auch die Techniker Krankenkasse ein eigenes Konzept, das über die Vorstellungen des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen hinausgeht. Kernbereich ist – wie im AOK-Konzept – die Trennung der Krankenhausleistungen in Notfall- und Elektivleistungen. Es begrenzt den Wettbewerb der Krankenkassen aber ex ante auf ca. 10 bis 15 Prozent der elektiven Leistungen. Im Gegensatz zum AOK-Modell werden keine Höchstpreise für elektive Leistungen gefordert, sondern Richtpreise, was sich möglicherweise dadurch erklärt, dass für Versicherte im Grenzbereich zur PKV „Zusatztarife“ möglich gemacht werden sollen (TK 2007). Ein Plädoyer für Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Leistungen findet sich auch bei Neubauer (2007, S. 250).

Der Sachverständigenrat für Gesundheit beschäftigt sich in seinem Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung“ (SVR 2007) eingehend mit der Frage einer monistischen Finanzierung der Investitionen. Dabei steht nicht die Frage im Vordergrund, ob, sondern wie und wann ein Übergang auf die Monistik erfolgen sollte. In Bezug auf das DRG-Fallpauschalensystem spricht sich der Rat zunächst für eine Weiterentwicklung als Festpreissystem aus, regt aber auch eine Fortentwicklung hin zu einem selektivvertraglichen Höchstpreissystem für elektive Leistungen (Ziffer 561ff) – mit parallel durchgeführter Begleitforschung zu dessen Auswirkungen – an. Notfallleistungen sollten auch zukünftig im kollektivvertraglichen Rahmen erbracht werden.

Die Position des Bundesgesundheitsministeriums

Das zweiseitige Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) orientiert sich stark an den wettbewerblich orientierten Konzepten. Auch hier wird eine Zweiteilung der Leistungen in „planbare und hochstandardisierbare“ Leistungen einerseits (quasi elektiv) und Notfälle andererseits vorgeschlagen. Elektive Leistungen sollen selektivvertraglich vereinbart werden dürfen. Hierzu soll auf Ebene der Selbstverwaltungspartner ein Katalog „planbarer und standardisierbarer“ Leistungen entwickelt werden. Der Kontrahierungszwang bleibt allerdings de facto erhalten, da Patienten auch weiterhin ohne finanzielle Nachteile jedes Krankenhaus unabhängig von geschlossenen Verträgen mit den Krankenkassen aufsuchen dürfen. Diese Einschränkung wird den geplanten Wettbewerb allerdings deutlich dämpfen, wenn nicht gar ganz ausschließen.

Die BMG-Autoren gehen offensichtlich davon aus, dass sich Wahltarifmodelle der Krankenkassen herausbilden. Dies wird jedoch nur dann geschehen, wenn für die Krankenkassen der Rabatt mindestens so groß ist wie die Summe der Einschreibungskosten, der Rabattweiterreichung an die Gruppe der eingeschriebenen Versicherten und der Kosten der Substitution der abgezogenen Leistungen in den Nicht-

Vertragskrankenhäusern.⁵ Zudem reduziert sich die Zahl der potenziell steuerbaren Versicherten durch das Vorschalten einer Einschreibung und damit die erzielten Rabatt- und Steuerungswirkungen enorm. Wer sich ein wenig mit der Kalkulation von Wahlтарifen beschäftigt, kommt alsbald zu dem Ergebnis, dass selektive Verträge ohne Einschränkung des Kontrahierungszwangs lediglich zu einer Art von Zusatzversicherung führen, also zu Wahlтарifen, die der Vertrieb nutzt, um gute Risiken an die Kasse zu binden. Eine Effizienzerhöhung im „Basisbereich“ wird es nur bei Einschränkung der Kontrahierungspflicht geben.

Zusammenfassend zeigt sich, dass dem Feld der strukturkonservativen Traditionalisten eine Reihe von wettbewerbsorientierten Reformern gegenübersteht. Gemeinsam ist den Reformansätzen die Einführung von Kassenwettbewerb mit selektiven Verträgen in einem definierten Leistungsspektrum. Einigkeit besteht auch darüber, dass die Notfallversorgung nicht Teil des Wettbewerbs sein soll. Bezüglich des Volumens der wettbewerblichen Leistungen bestehen unterschiedliche Einschätzungen. Die versicherungsrechtlichen Konsequenzen sind nicht in allen Konzepten sauber durchdekliniert.

5.3 Grundzüge eines nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens

5.3.1 Vollendung der Konvergenz und kontinuierliche DRG-Weiterentwicklung

Die wettbewerbliche Neuordnung für elektive Krankenhausleistungen ist das zentrale Anliegen dieser Erörterung. Wie in Abschnitt 5.1 gezeigt wurde, besteht aber auch unabhängig davon Regelungsbedarf. Zentral ist zunächst die Vollendung der Konvergenz. Die derzeit im Gesetz vorgesehene gesetzliche Regelung⁶ einer sofortigen Absenkung auf den Landesbasisfallwert ist für den Zweck der Beendigung der DRG-Konvergenzphase 2009 zwar prinzipiell geeignet, aber in der Frage der tatsächlichen Umsetzung als unrealistisch einzustufen. Vielmehr sollte man die bisherige Konvergenzphase fortführen, bis alle Krankenhäuser das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreicht haben. Krankenhäuser sollten zu diesem Zweck ab 2010 weiter mit konstant 25 Prozent auf den Landesbasisfallwert konvergieren. Einer Fortführung der Kappingsregelung bedarf es nicht.

Das DRG-System mit seinen vielen ergänzenden Vergütungsregelungen benötigt keine grundsätzliche Korrektur. Auch nach 2009 sollte man weiter eine Regelung anbieten, bei der sich Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern zeitlich befristet als *besondere Einrichtung* nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG einstufen lassen können, sofern Leistungen mit den Entgeltkatalogen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden. Wie bereits heute sollte die Definition ei-

⁵ Unter den Kosten der Substitution kann das Volumen umgesteuerter Fälle verstanden werden.

Zum Teil handelt es sich hierbei auch um induzierte, aber nicht indizierte Leistungen.

⁶ Vgl. § 4 Abs. 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

ner besonderen Einrichtung eng an die Entwicklung des DRG-Fallpauschalenkatalogs gebunden sein. Inwieweit die weiteren bestehenden Öffnungsklauseln dagegen noch eine Berechtigung haben, sollte kritisch überprüft werden (bspw. hochspezialisierte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2 a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)).

Die bislang existierenden *Zu- und Abschlagstatbestände* des § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind prinzipiell ausreichend. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die DRG-Finanzierung einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren. Die Sicherstellungs- und Notfallzuschläge müssen allerdings in dem hier vorgestellten Konzept grundsätzlich überarbeitet werden.

Die von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommenen Bereiche der *Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin* (§ 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG) bleiben auch über 2009 von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommen. Eine Anwendung des DRG-Systems auf die genannten Bereiche ist zwar nicht unmöglich, bedarf aber einer langfristigen Vorbereitung und sollte aus diesem Grund nicht parallel verfolgt werden (Maylath 2000, S. 633ff).

Die Basis des stationären Abrechnungsgeschehens sollte auch weiterhin die bundesweite Leistungsdefinition und -bewertung durch den DRG-Katalog in seiner bisherigen Form bilden. Die so geschaffenen Leistungsdefinitionen (DRGs und Zusatzentgelte) sind ein wichtiges Element der Transparenz und des zukünftigen Wettbewerbs. Auch der jährliche Anpassungszyklus sollte durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über 2009 hinaus beibehalten werden. Wünschenswert wäre allerdings etwas mehr Systemstabilität.

Das Verfahren zur zeitnahen Überführung neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das DRG-System (sog. NUB-Verfahren) sollte ebenfalls in seiner bisherigen Form beibehalten werden. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Anzahl der beantragten Methoden – anders als die Zahl der antragstellenden Krankenhäuser – weiter zurückgeht. Dies spricht für eine weitgehend zeitnahe Berücksichtigung medizinischer Innovationen im DRG-System. Darüber hinaus stellt das NUB-Verfahren eine wichtige Informationsquelle für die Weiterentwicklung des DRG-Systems durch das InEK dar.

5.3.2 Landes- oder Bundesbasisfallwert

Die Frage, ob statt des Landesbasisfallwertes ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden sollte, erfreut sich großer Beliebtheit. Sie ist jedoch für das hier dargestellte Wettbewerbskonzept von nachrangiger Bedeutung. Wahrscheinlich werden auch nach 2009 die Landesbasisfallwerte vorerst erhalten bleiben. Die Krankenkassen werden die Vereinheitlichung so lange nicht befürworten, wie die ausgabenneutrale Angleichung nicht garantiert ist. Einer Anhebung des Basisfallwertes bspw. von Schleswig-Holstein müsste eine im Ausgabevolumen entsprechende Absenkung des Berliner Basisfallwertes gegenüberstehen. Basisfallwertdifferenzen sind zudem ökonomisch begründbar und durchaus sinnvoll im Sinne regionalisierter Gesundheitspolitik oder bei der Berücksichtigung des Lohnniveaus. Im Übrigen wären mit der Schaffung eines Bundesbasisfallwertes nicht nur Umverteilungswirkungen zwi-

schen den Krankenhäusern, sondern erneute Umverteilungen zwischen regionalen Krankenkassen verbunden. Nicht von der Hand zu weisen ist das Argument, dass im Risikostrukturausgleich bundesweit die gleiche Summe je Versicherten zur Verfügung gestellt wird, was tendenziell mit einem bundesweit gleichen Ausgabenniveau korrelieren würde.

5.3.3 Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung

Im Bereich der Notfallversorgung bleibt das Steuerungsinstrumentarium weitgehend traditionell. Da es sich quasi um ein öffentliches Gut handelt, gelten kassenübergreifend einheitliche Preise. Die Leistungen sind im DRG-System abgebildet und es gilt als Vergütungshöhe der Landesbasisfallwert. Die Verhandlungen über die Leistungsstruktur im Einzelnen erfolgen nach wie vor kollektivvertraglich.

Gegen die Verwendung des Landesbasisfallwerts wird von Seiten der Kostenträger vorgebracht, dass die generelle Anwendung des Landesbasisfallwerts denjenigen Krankenhäusern „Windfallprofits“ erlaubt, deren Aufwand zur Erbringung der Leistungen unter dem Landesbasisfallwert liegt. Die Krankenversicherung könnte günstiger sein, wenn diese Gewinne hausspezifisch weitergegeben werden. Wir schlagen vor, beim einheitlichen Basisfallwert zu bleiben – auch wenn dadurch Gewinne auf Krankenseite entstehen. Die hausspezifische Verhandlung würde zurück in die Zeit der Selbstkostendeckung führen. Kassenverhandler würden sich in die Kostenrechnung der Krankenhäuser einmischen, statt Leistungen zu verhandeln und die Versorgung sicherzustellen.

Problematischer ist der Einwand, dass die Notfallversorgung immer dann nicht sichergestellt ist, wenn die „Produktionskosten“ eines Hauses dauerhaft über dem Landesbasisfallwert liegen und auch Trägerzuschüsse nicht zur Sicherstellung der Notfallversorgung ausreichen. Dies ist der in Abschnitt 5.1.2 beschriebene Fall: Der Krankenhausplan garantiert bei einheitlicher Vergütung die Versorgung nicht mehr. Will man die Versorgung im geplanten Umfang erhalten, dann muss in diesem Fall eine staatliche Defizitdeckung erfolgen oder aber eine Art von Sicherstellungszuschlag greifen.

Der Sicherstellungszuschlag darf natürlich nicht in die alte Welt der Selbstkostendeckung führen, in eine Situation also, in der jedes Krankenhaus mit Verweis auf seine Kosten eine Zusatzfinanzierung einfordern kann. Es muss vor der Finanzierung eines Zuschlags immer gefragt werden, ob die Sicherstellung nicht ohne (oder mit einem geringeren) Zuschlag durch ein anderes Haus oder durch einen neuen Investor erfolgen kann. Es muss das Prinzip gelten: Kein Zuschlag ohne Ausschreibung.

Das Grundprinzip, vor die Zuschlagsfinanzierung eine Prüfung zu setzen, ob andere Krankenhäuser die Funktion übernehmen können, findet sich übrigens schon in der Formulierung des bestehenden Sicherstellungszuschlags. § 17b KHG Satz 7 spricht – etwas verklausuliert – davon, dass bei Landesvorgaben zum Sicherstellungszuschlag „die Interessen der anderen Krankenhäuser“ zu berücksichtigen sind.

Ein Krankenhaus würde für die Notfallversorgung also nur dann einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, wenn zuvor diese Versorgungsleistung ausgeschrieben worden wäre. Es kann im Einzelnen noch diskutiert werden, ob diese Ausschreibung vom Land durchzuführen wäre oder ob dies durch die Krankenkas-

sen gemeinsam auf Landesebene zu erfolgen hätte. Da es um einen Zuschlag geht, den überwiegend die Krankenkassen zu zahlen haben, wäre Letzteres angezeigt. Da andererseits auch die Verwendung staatlicher Mittel betroffen ist, könnte das Krankenhausrecht eine gemeinsame Verfahrensdurchführung vorsehen – mit Regeln allerdings, die es keinem der beiden Partner erlaubt, das Verfahren aus welchen Gründen auch immer zu verzögern. Damit alle Beteiligten ein gleichgerichtetes Interesse haben, sollte die Zuschlagszahlung von der vorherigen Durchführung des Verfahrens abhängig gemacht und zeitlich befristet sein (keine Fortwirkungsklausel).

Neben der Vergütung bliebe auch der Grundsatz erhalten, dass die Struktur der Notfallversorgung Gegenstand eines staatlichen Planungsverfahrens ist.

5.3.4 Die Rolle der Bundesländer

Die frustrane Debatte über die mangelnden Mitspracherechte der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung soll hier nicht weitergeführt werden. Es wird hingegen vorgeschlagen, die traditionelle Krankenhausplanung der Bundesländer ab 2009 auf den Bereich der Notfallversorgung zu beschränken. Die gesamte Landesförderung steht ausschließlich für den Bereich der notfallähnlichen Leistungen zur Verfügung. Würde man sie im Bereich der elektiven Leistungen fortführen, so besteht die Gefahr, dass Zuwendungen an Krankenhäuser fließen, die im Ergebnis des Ausschreibungsverfahrens gar nicht an der Versorgung teilnehmen.

Bei Notfalleleistungen ergibt es wenig Sinn, eine Förderung an der Maßgröße „Bett“ zu orientieren. Hier sollte es durch Rückgriff auf die Vergütungssysteme zeitgemäßere Lösungen geben (z. B. Casemix). Wichtig wäre, dass die Förderung nicht an Investitionsvorhaben gebunden ist. Das richtige Mischungsverhältnis zwischen Betriebskosten sowie kurz- und mittelfristigen Anlagegütern sollte vom Krankenhausmanagement bestimmt werden. Die Investitionsquote darf nicht von der Haushaltslage der Länder abhängen.

Die Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung ist von der Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung abzugrenzen. Geht es bei der wohnortnahen Grundversorgung in großen Teilen auch um elektive Leistungen, so beinhaltet die wohnortnahe Versorgung mit Notfalleleistungen lediglich solche Eingriffe, die überwiegend zeitkritisch einer Versorgung bedürfen.

Die Funktion der Bundesländer bei elektiven Leistungen beschränkt sich auf die Festlegung der Versorgungsbezirke sowie die Aufsicht über die Krankenkassen, damit diese die bundesweiten Vorgaben zum Abschluss von Versorgungsverträgen einhalten. Der Charakter der Krankenhausplanungsbehörden würde sich im Elektivbereich – überspitzt formuliert – von einer Baubehörde zu einer Verbraucherschutzbehörde ändern.

Im Elektivbereich werden also die bisherigen Krankenhauspläne mit detaillierten Vorgaben über Fachabteilungen und Betten durch bundeseinheitliche Vorgaben über das vertraglich abzusichernde Versorgungsvolumen bei gleichzeitiger Kontrolle durch die Bundesländer ersetzt.

5.3.5 Vereinbarungsprinzip für ambulante Krankenhausleistungen

Wie in Abschnitt 5.1.5 geschildert, sind mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ordnungspolitische Handlungsnotwendigkeiten entstanden, die eine Neuordnung der ambulanten Leistungen an Krankenhäusern berücksichtigen müssen. Auch bei den ambulanten Krankenhausleistungen ist – analog der vollstationären Krankenhausbehandlung – eine Trennung in kollektive und selektive Verhandlungen vorzunehmen. Dabei ist das Vereinbarungsprinzip sowohl auf den selektivvertraglichen als auch auf den kollektivvertraglichen Leistungsbereich anzuwenden. Eine mengenmäßig unbeschränkte Abrechnungsgarantie der Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse, wie derzeit bei den Leistungen nach §§ 115b, 116b SGB V, darf es nicht länger geben.

Solange es sich um hochspezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen handelt (das Gros der Leistungen nach § 116b SGB V), sollten kollektivvertragliche Regelungen gelten. Weder eignen sich diese Leistungen für einen vertraglichen Wettbewerb um für Krankenkassen „schlechte“ – weil teure – Risiken, noch bietet das Vertragsvolumen ausreichend hohe Fallzahlen für einen effizienten Vertragswettbewerb. Da der Umfang der Krankheiten im künftigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beschränkt ist, bleibt der Anreiz zur Risikoselektion so groß, dass ein kollektivvertragliches System greifen sollte.

Eine selektive Vertragsgestaltung hingegen bietet sich für die meisten ambulanten Krankenhausoperationen (§ 115b SGB V) an. Hier gibt es auch ausreichend hohe Fallzahlen (z. B. Kataraktoperation). Zusätzlich entfalten mögliche Wahlverträge sofort substitutive Wirkung bei den stationären Fallzahlen.

5.4 Der Ordnungsrahmen im Überblick

Wie im Einzelnen dargestellt wurde, sollte der künftige Ordnungsrahmen nach Leistungen differenziert sein. Tabelle 5–1 gibt einen Überblick der wichtigsten Krankenhausleistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden (keine Darstellung von Zusatz- und Wahlleistungen).

Die Vergütung stationärer Leistungen erfolgt nach der DRG-Systematik – unabhängig davon, ob es sich um Notfall- oder Elektivleistungen handelt. Für die Vergütungshöhe ist der kassenartenübergreifend verhandelte Landesbasisfallwert die wesentliche Bestimmungsgröße: Für Elektivleistungen bildet der Landesbasisfallwert eine Obergrenze, die im Rahmen von kassenspezifischen Ausschreibungsverfahren unterschritten werden kann. Für Notfallleistungen kann der Landesbasisfallwert durch einen Zuschlag ergänzt werden, wenn die Sicherstellung nicht anders gewährleistet werden kann und dies durch Ausschreibung nachgewiesen wurde.

Für ambulante Leistungen gilt die gleiche Vergütungssystematik wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (EBM). Die ambulanten Leistungen umfassen auch jene Leistungen, die bislang unter dem irreführenden Rechtsbegriff „teilstationär“ Bestandteil des Krankenhausbudgets waren. Ob als Vergütung wie bereits

Tabelle 5–1

Ordnungsrahmen für Krankenhausleistungen im Überblick

Bereich	stationär		ambulant	
	Notfall	elektiv	kollektiv	selektiv
Vergütungssystem	DRG		EBM und ...?	
Vergütungshöhe	LBFW	Rabatt vom LBFW	verhandelt	
Kontrahierungspflicht	ja	nein, aber Volumen fest	ja, Volumen fest	nein, Volumen fest
Preisverhandlung	gemeinsam	je Kasse	gemeinsam	je Kasse
Landesplanung	ja	je nach Modell	nein	nein
Landesförderung	ja	nein	nein	nein

Quelle: Eigene Darstellung

Krankenhaus-Report 2007

WldO

heute für eine Vielzahl der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ausreicht oder ob ergänzende Vergütungspositionen geschaffen werden müssen, wird noch zu klären sein.

Im Bereich der Notfallversorgung besteht für alle Kassen Kontrahierungspflicht. Es gibt also eine Abrechnungsverpflichtung der Krankenkassen. Bei der Elektivversorgung hingegen haben die Kassen lediglich Kontrahierungspflicht gegenüber den Krankenhäusern, die nach Ausschreibungsverfahren einzelvertraglich gebunden wurden.

Die Bundesländer konzentrieren ihre Planungs- und Fördertätigkeit im Wesentlichen auf den Notfallbereich. Im Bereich der ambulanten Krankenhausleistungen haben sie keine tragende Funktion.

Natürlich bedient ein solcher differenzierter Ordnungsrahmen nicht alle Einkommensphantasien der Krankenhäuser. Er berücksichtigt vielmehr, dass auch in wohlhabenden Industriestaaten begrenzte Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Im Unterschied zum jetzigen System erlaubt der vorgeschriebene Ordnungsrahmen aber dynamisches Wachstum für effiziente Krankenhäuser. Es gibt keine strukturkonservierende Fortschreibung des Status quo, sondern einen geordneten Wettbewerb mit willkürfreier Ausschreibung und Kontrahierung.

Es besteht eine gewisse Hoffnung, dass die nächste Diskussion über den Ordnungsrahmen nicht ganz so konsequenzenlos bleibt wie die Diskussion über Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in den letzten dreißig Jahren. Die neue DRG-Vergütungssystematik, die die Selbstkostendeckung endgültig durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt, wird einen fundamentalen Wandel herbeiführen. Da der Krankenhausplan – wie oben gezeigt wurde – keine Versorgung mehr sicherstellt und die Länderförderung längst keine ausreichende Investitionsfinanzierung mehr garantiert, ist eine fundamentale Reform des Krankenhausgesetzes von 1972 unausweichlich. Die oben vorgeschlagene Konzentration landesplanerischer Tätigkeit auf den Notfallbereich ist gleichermaßen im Interesse der Bundesländer, im Interesse der Krankenkassen und im Interesse dynamisch fortschreitender Krankenhäuser.

5.5 Literatur

- AOK-Bundesverband (Hrsg). Landesbasisfallwerte. Bonn 2006. Abrufbar unter www.aok-gesundheitspartner.de.
- AOK-Bundesverband (Hrsg). Presseseminar „DRGs – Wie geht es weiter ab 2007?“ Bonn 2003. Abrufbar unter www.aok-gesundheitspartner.de.
- AOK-Bundesverband, FEISA, Helios Kliniken, WiDO. Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn 2007.
- Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26.04.2006, BGBl I; 984.
- Augurzky B. Effizienzsteigerung durch Schließen von Kliniken? Die Ersatzkasse 2006, 5: 182f.
- Bundesärztekammer (BÄK). Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 04.07.2007 zum Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“. Abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de.
- Bundesministerium für Gesundheit. „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). „Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung – Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen“. Abrufbar unter www.bdpk.de.
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J. Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006. Abrufbar unter www.uni-essen.de.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). „Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009“. Abrufbar unter www.dkgev.de.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. März 2003. Abrufbar unter www.wido.de
- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999. BGBl I; 2626.
- Held M, Leber WD, Wolff J. Ambulantes Operieren neu geregelt – Dreiseitiger Vertrag im Schiedsamt entschieden. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2005, 3: 256ff.
- Herrmann C. Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 101ff.
- Leber WD. Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2003, 2: 185ff.
- Leber WD. Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen. Krankenhaus Umschau 2005; 3: 232ff., abrufbar unter www.aok-gesundheitspartner.de.
- Leber WD, von Stackelberg JM. Der ordnungspolitische Rahmen für ambulante Krankenhausleistungen. In: Rebscher H (Hrsg). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 700ff.
- Maylath E. DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. Ein Modell für Deutschland? Das Gesundheitswesen 2000, Vol. 62; 12: 633ff.
- Neubauer G. Der Gesetzgeber will selektive Versorgungsverträge. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2007; 3: 250.
- Neubauer G. Krankenhausvergütung 2009: Fest oder Wettbewerbspreise? Der Wettbewerb ist unteilbar. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2006; 4: 380ff.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 65ff.
- Philippi M. DRGs in Deutschland – Werden die Erwartungen erfüllt? In: Rebscher H (Hrsg). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 643ff.

- Rebscher H. Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit. In: Rebscher H (Hrsg). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 855ff.
- Sachverständigenrat Gesundheit. „Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“. Abrufbar unter www.svr-gesundheit.de.
- Schulte-Sasse H. Das Krankenhaus der Zukunft – Wie kann es aussehen? In: Elsner G, Gerlinger T, Stegmüller K (Hrsg.). Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag 2004; 163ff.
- Techniker Krankenkasse. „Zukunft der Krankenhausversorgung – Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009“. In: Beiträge zur Gesellschaftspolitik (BzG) 2 – 2007.
- Tuschen KH, Rau F. Wettbewerb ist kein Selbstzweck – Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2006; 4: 386ff.
- Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband. „Inhalte und Ziele einer Ersatzkassen-Krankenhausstrategie für die Zeit nach der Konvergenzphase“ 2007. Bezug über den VdAK.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg). Kappung – Bestimmung des Landesbasisfallwertes mit Kappungsgrenze. Bonn 2005. Abrufbar unter www.wido.de.
- Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 26.11.2004.
80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. „Zukunft der Krankenhausversorgung“. Abrufbar unter www.gmkonline.de.

6 Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag

Desdemona Hucke, Ludwig Kuntz und Rainer Wuttke

Abstract

Ab dem Jahr 2009 ist die Konvergenzphase für die DRG-Einführung in deutschen Krankenhäusern abgeschlossen, jedoch ist der ordnungspolitische Rahmen noch nicht geklärt. Im folgenden Beitrag wird der Aspekt des flexiblen Budgets und der Budgetverhandlung näher betrachtet. Der Beitrag gelangt zu dem Ergebnis, dass eine vorsichtige Öffnung der Budgetverhandlungen für selektive Verträge, unter Beibehaltung des Prinzips des flexiblen Budgets, eine ausbalancierte Lösung ist.

Allerdings können „selektive flexible Budgets“ nur unter spezifischen Bedingungen ausgehandelt werden: Die Krankenkasse muss bei einem Krankenhaus einen bestimmten Mindestumsatz übertreffen und das auszugliedernde Budget darf einen bestimmten Anteil am gesamten Leistungsvolumen des Krankenhauses nicht überschreiten. Die Auswirkungen eines „selektiven flexiblen Budgets“ werden am Beispiel eines Krankenhausverbundes veranschaulicht.

In 2009, the convergence phase of the DRG implementation in German hospitals will end, but the future regulatory framework has not yet been decided upon. In the following paper we investigate two aspects of the recent framework in detail: the flexible budget system and the related bargaining process. We conclude that a partial endorsement of selective contracts while retaining the principle of flexible budgets can be considered as a balanced strategy. Bargaining individual budgets should, however, depend on two conditions: The insurers' expenditures have to attain a threshold value of hospital income, while the selective budget should be limited to a certain part of the total hospital income. We demonstrate the influence of this procedure, using real data of a hospital system.

6.1 Einführung

Das Ende der Konvergenzphase für die Einführung der DRGs im Jahre 2009 ist in Sichtweite. Jedoch ist die Festlegung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase aus der aktuellen Gesundheitsreform ausgeklammert und für 2007 und 2008 geplant (Robbers 2007). Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) umfasst die Ausgestaltung des

ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 folgende Grundsätze (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007):

- die Krankenhäuser im Dienst des Menschen
- das Krankenhaus als Wachstums- und Innovationsmotor
- das Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“
- Wettbewerb um Qualität
- staatliche Daseinsvorsorge für Krankenhausleistungen
- künftiges Finanzierungssystem: DRG-Vergütung ab 2009 und
- Finanzierung der Ausbildungsstätten

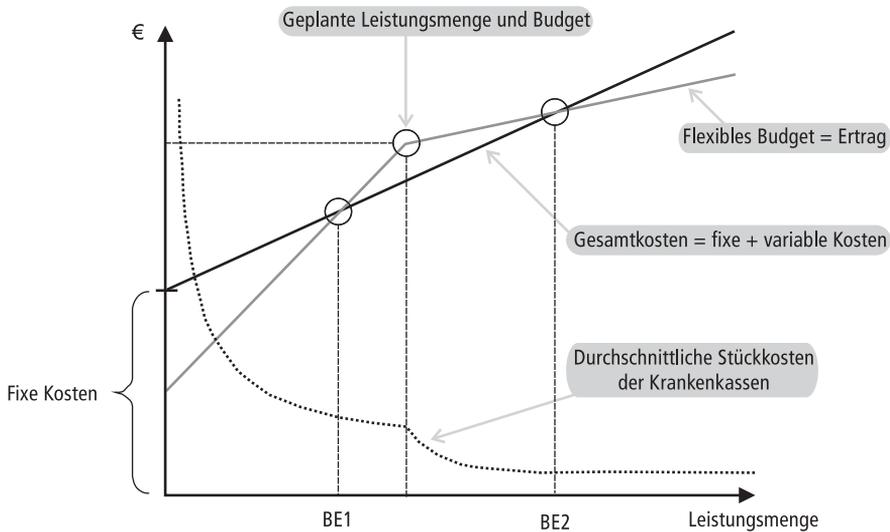
6

Im Folgenden wird eine der unklaren Kernfragen bezüglich des künftigen Finanzierungssystems betrachtet. Es geht um die Frage, ob das flexible Budget in Verbindung mit dem DRG-System in der aktuellen Form weiter Bestand haben sollte. Gleiches gilt für die damit verbundene Festlegung der zukünftigen Form der Budgetverhandlungen. Im vorliegenden Beitrag wird ein Vorschlag für die Weiterentwicklung dieser Komponenten gemacht. Dieser zielt darauf ab, die bisherigen restriktiven Kollektivverträge teilweise durch Selektivverträge aufzubrechen. Hierfür wird zunächst die aktuelle Situation des bestehenden Systems mit seinen entscheidenden Vor- und Nachteilen aufgezeigt, um auf dieser Basis die vorgeschlagene Änderung der bisherigen Regelungen zu diskutieren. Der betrachtete Vorschlag besteht im Wesentlichen darin, das Prinzip des flexiblen Budgets beizubehalten und durch Ansätze zur selektiven Budgetierung im Rahmen erweiterter Verhandlungsmöglichkeiten zu ergänzen.

6.2 Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Aktuelle Situation

Der Grundgedanke des flexiblen Budgets besteht darin, den Krankenhäusern bei Überschreiten des prospektiv vereinbarten Budgets nur jene Erlöse zu belassen, die bei durchgeführter Mehrleistung zur Deckung der zusätzlich entstandenen Kosten benötigt werden. Es findet ein „Mehrerlösausgleich“ – zu festgelegten Prozentsätzen – von den Krankenhäusern an die Krankenkassen statt. Wird das vereinbarte Budget von den Krankenhäusern nicht erreicht, so sollen die dennoch anfallenden Fixkosten der Krankenhäuser durch Ausgleichszahlungen gedeckt werden. Es findet ein „Mindererlösausgleich“ – zu festgelegten Prozentsätzen – von den Krankenkassen an die Krankenhäuser statt. Grundsätzlich erfolgt eine Verrechnung der Ausgleichszahlung mit dem Erlösbudget des Folgejahres (Tuschen et al. 2005). Um die Erlösausgleichsrechnung im Krankenhausbereich ausführen zu können, muss zunächst ein Gesamtsummenvergleich vorgenommen werden. Hier wird das prospektiv vereinbarte Erlösbudget den tatsächlich erzielten Erlösen gegenübergestellt; somit wird ermittelt, ob Mehr- oder Mindererlöse seitens der Krankenhäuser vorliegen. Die Ausgleichssätze werden im KHEntgG § 4 Absatz 9 in den entsprechenden Sätzen 1 bis 7 festgelegt. (Tuschen/Braun/Rau 2005).

In Abbildung 6–1 wird der beschriebene Zusammenhang mittels einer beispielhaften Gesamtbetrachtung graphisch veranschaulicht (Ernst/Szczesny 2006; Tu-

Abbildung 6–1
 Graphische Darstellung des flexiblen Budgets


Krankenhaus-Report 2007

Wido

schen/Quaas 2001). Der entscheidende Aspekt wird durch die Betrachtung des flexiblen Budgets in Abhängigkeit einer durchschnittlichen Leistungsgröße, z. B. der erbrachten Kostengewichte (Bewertungsrelationen), deutlich. Das flexible Budget stellt in der Regel den größten Ertragsposten eines Krankenhauses dar und ist deshalb von herausragender Bedeutung. Die Ausgleichsmechanismen bewirken beim Ertragsverlauf einen „Knick“ nach unten, und zwar an der Stelle, wo die vereinbarte Leistungsmenge überschritten wird. Es entsteht eine nach unten geknickte Budgetgerade, da der Prozentsatz für Rückzahlung von Mehrerlösen größer ist als der Prozentsatz für Nachzahlungen bei Mindererlösen. Dies führt in der Regel dazu, dass ab einer bestimmten Leistungsmenge (vgl. „Break-Even-Punkt 1“ = BE1 in Abbildung 6–1) zwar die Gesamtkosten gedeckt und Gewinne erzielt werden, aber ab einem bestimmten Leistungsniveau (vgl. „Break-Even-Punkt 2“ = BE2 in Abbildung 6–1) wiederum Verluste gemacht werden. Sind die variablen Kosten einer DRG geringer als der verbleibende Erlös im Falle von Mehrleistung, so kann diese einzelne DRG ohne Verlustgefahr in beliebiger Menge weiter erbracht werden. Dies muss nicht für alle einzelnen Leistungen gelten. Da viele Leistungen einen hohen Sachkostenanteil aufweisen, ist der in Abbildung 6–1 beschriebene Verlauf von Kosten und Erträgen realistisch. Aber auch im Falle von geringen Sachkostenanteilen und damit eher geringen variablen Kosten, ist ein zweiter Break-Even-Punkt möglich, wenn bei Überschreitung von bestimmten Leistungsmengen Fixkostensprünge z. B. durch das Einstellen von Personal entstehen.

Das aktuelle System der Krankenhausfinanzierung ist geprägt durch die jährlichen Budgetverhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern, in denen das (flexible) Budget und das zugehörige Leistungsgerüst

prospektiv vereinbart werden sollen. Auf der einen Seite der Vertragsparteien steht der Krankenhausträger, auf der anderen Seite befinden sich die Sozialleistungsträger oder deren Arbeitsgemeinschaften (soweit auf ihre Mitglieder mehr als fünf Prozent der gesamten Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen (KHG §18 Abs. 2)). Das Verhandlungsziel ist die Vereinbarung des flexiblen Budgets. Kommt keine Einigung zustande, so kann die Schiedsstelle gemäß § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien entscheiden. Das letztendliche Ergebnis muss von der jeweiligen Landesbehörde genehmigt werden.

6

6.3 Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Vor- und Nachteile

Durch Abbildung 6–1 wird deutlich, dass die Krankenhäuser dahingehend beeinflusst werden, die geplanten Werte einzuhalten, da sie bei zu großer Budgetüberschreitung mit sinkenden Gewinnen bzw. sogar mit Verlusten rechnen müssen. Neben dem Anreiz, die vereinbarten Leistungszahlen einzuhalten, gibt es weitere positive Aspekte. So dient ein flexibles Budget dazu, das finanzielle Risiko unter den Verhandlungsparteien aufzuteilen, obwohl die Anzahl und der Casemix der Patienten eines Krankenhauses nur schwer planbar sind. Aus Sicht der Krankenkassen bedeutet dies darüber hinaus, dass die durchschnittlichen Stückkosten pro Leistungseinheit degressiv abnehmen (vgl. Abbildung 6–1), wodurch das Interesse an einem hohen Beschäftigungsgrad des Krankenhauses groß ist. Für beide Parteien handelt es sich aus betrieblicher Perspektive um ein sinnvolles Verhandlungskonzept.

Ein reines Fallpauschalensystem führt zu relativ hohen Gewinnen bei effizienten Krankenhäusern. Diese Entwicklung ist durch die Anwendung einer Vielzahl von betriebswirtschaftlichen Ansätzen, wie beispielsweise im Bereich der Organisationsgestaltung oder dem Controlling, möglich. Erste aktuelle empirische Studien in Deutschland zeigen, dass das Krankenhausmanagement bereits in unterschiedlichem Maße davon Gebrauch macht (Kuntz/Vera 2007; Kuntz/Vera 2005). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Anwendung der Instrumente stark vom Versorgungstyp des Krankenhauses abhängig ist (Vera/Kuntz 2007). Deshalb besteht bei zu knapp bemessenen Fallpauschalen die Gefahr, dass Krankenhäuser schließen müssen, obwohl dies gemäß der Versorgungsstruktur nicht gewollt ist.

Friedl/Ott (2002) schlagen deshalb, unter Berücksichtigung vorliegender Informationsasymmetrie bezüglich der Effizienz, ein Vergütungssystem vor, das sowohl pauschalierte Entgelte als auch Kostenerstatungselemente beinhaltet, wie z. B. die spezifische Vergütung von Patienten mit besonders langer Verweildauer (Foit 2006). Auch das flexible Budget entspricht diesem Grundgedanken und stellt somit aus anreiztheoretischer Sicht einen wichtigen Ausgangspunkt zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems dar. Auch weitere nationale und internationale Studien gelangen zu dem Ergebnis, dass eine Zunahme des ausgeübten ökonomischen Drucks, resultierend aus flexiblen Budgets, zu einer Zunahme von Effizienzsteigerungen in Krankenhäusern führen können (Biorn et al. 2004; Ernst/Szczesny 2006).

Aber nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht der zwei verhandelnden Parteien, sondern auch aus politischer Systemperspektive ist ein flexibles Budget sinn-

voll. Erstens ist es im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse einfach handhabbar (Kuntz 2003). Zweitens wird die im Zusammenhang mit leistungsorientierten Entgeltsystemen gesehene Gefahr minimiert, dass die Leistungsmengen unnötig ausgeweitet werden. Drittens wird das Risiko eines Versorgungsausfalles durch die kurzfristige Insolvenz eines Krankenhauses verringert. Diese Aspekte sorgen für Systemstabilität.

Nachteilig erweist sich die bisherige starre Handhabung des flexiblen Budgets. Warum wird beispielsweise die Möglichkeit differenzierter Ausgleichsmechanismen kaum genutzt? Dies wird deutlich, wenn man die aktuellen Verhandlungsstrukturen näher betrachtet. Per Gesetz werden im Wettbewerb befindliche Krankenkassen gezwungen, in einer Art Einkaufsgemeinschaft Verträge mit jedem Leistungserbringer abzuschließen. Auf der einen Seite müssen sich die Krankenkassen aufgrund der freien Kassenwahl der Bürger von den konkurrierenden Krankenkassen abheben und eigenständige Strategien entwickeln, auf der anderen Seite werden sie gezwungen, die wichtigsten Leistungsverträge gemeinsam abzuschließen. Dazu kommen die Ausgleichregelungen des flexiblen Budgets, die nicht dazu geeignet sind, das kooperative Verhalten zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse zu unterstützen. Würde eine Krankenkasse es beispielsweise schaffen, alle ihre Patienten in einem Krankenhaus behandeln zu lassen, was im Sinne erhöhter Prozess- und Ergebnisqualität durchaus sinnvoll wäre, so müsste sie je Behandlung den vollen Preis zahlen und alle anderen Krankenkassen würden im Folgejahr von den reduzierten Preisen aufgrund der Budgetüberschreitung profitieren. Auch eine explizit vereinbarte Budgeterhöhung ist unwahrscheinlich, da dadurch das Mengenrisiko von den anderen Krankenkassen getragen werden muss. Warum sollten sie im nächsten Jahr wegen Fehlplanung einer Krankenkasse und dadurch entstehender Mindermengen und Nachzahlungen im Folgejahr daran interessiert sein? Auf Seiten der Krankenkassen sind damit die Verhandlungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt. Wie die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen in diesem Kontext eine eigenständige Strategie entwickeln können, bleibt ungeklärt. Wie soll sich auf diesem Weg eine Krankenkasse zur „Premiumkasse“, zum „Aldi“ der Krankenkassen entwickeln können?

Auch für Krankenhäuser gewinnt strategisches Management zunehmend an Bedeutung (Warnebler 2007; Vera 2006). Der Strategieentwicklungsprozess ist besonders geprägt durch die – für Gesundheitseinrichtungen typische – multiple Zielstruktur (Qualität, Gewinn etc.). Die Gewichtung der einzelnen Ziele hängt stark vom Unternehmen selbst ab (Heil 2006). Die aktuelle Form der Budgetverhandlungen trägt der dadurch vorhandenen Komplexität und Heterogenität nur in geringem Maße Rechnung.

In der Konsequenz besteht seitens der Krankenhäuser und seitens der Krankenkassen das Interesse, die aktuelle Verhandlungssituation, die sich stark am Status quo orientiert, dynamischer zu gestalten. Somit können viele andere wünschenswerte Ziele, wie Wachstum oder Innovationsmöglichkeiten, besser verfolgt werden. Insgesamt ist es ein sehr starres System, das kaum Spielraum für Effizienz-, Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitssteigerung lässt.

6.4 Selektives flexibles Budget

Die Krankenkassen fordern, dass sie frei und nicht in einer gesetzlich erzwungenen Gemeinschaft mit den einzelnen Leistungsanbietern Verträge aushandeln können (selektives Kontrahieren). Hierdurch wäre die fehlende Flexibilität sicherlich beseitigt, wohingegen die Komplexität des Systems massiv zunehmen würde. Im Extremfall müsste jedes Krankenhaus mit jeder der „noch“ zahlreichen Krankenkassen einen Vertrag abschließen. Das wäre nicht realistisch. Darüber hinaus würden die Krankenhäuser von einer relativ sicheren Situation in eine absolut unsichere Situation geraten. Das relativ sichere Budget könnte ab sofort vollständig in Frage gestellt werden. Insgesamt ein – zumindest mittelfristig – nicht zu realisierendes Szenario. Deshalb wird ein Weg vorgeschlagen, der zum einen das nicht gewünschte starre System aufricht und zum anderen ein Mindestmaß an Planungssicherheit und einen moderaten Komplexitätszuwachs mit sich bringt.

Wir empfehlen deshalb eine reduzierte Form des „selektiven Kontrahierens“, welche die Vorteile des flexiblen Budgets und des selektiven Kontrahierens verbindet. Die Verhandlungen bleiben in der bisherigen Form bestehen. Es dürfen allerdings einzelne Vertragsparteien auf der Krankenkassenseite, solange sie einen gewissen Umsatz und einen hinreichend großen Anteil an der Summe der Kostengewichte (Leistungsvolumen) in einem Krankenhaus sicherstellen können, (im Folgenden Ausstiegsschwellenwert α genannt), aus der Zwangsgemeinschaft austreten und allein mit dem Krankenhaus verhandeln. Dies führt möglicherweise zu einer starken Dynamik und einer Veränderung der Leistungsanbieterstruktur. Um den Einfluss auf das Gesamtsystem der Krankenkassen mit Optionsmöglichkeiten im Vergleich zu den anderen Kassen zu begrenzen, wird vorgeschlagen, dass diese Krankenkassen ihren Umsatz nur bis zu einem bestimmten Prozentsatz (im Folgenden Ausgliederungsmaximum β genannt) als „selektives flexibles Budget“ ausgliedern können. Das „selektive flexible Budget“ muss dann auf der Basis eines bestimmten Leistungsgerüsts definiert werden. Ist eine bestimmte DRG im „selektiven flexiblen Budget“ einer Krankenkasse vereinbart, dann wird diese DRG für diese Krankenkasse ausschließlich im Rahmen des „selektiven flexiblen Budgets“ erbracht und in der Konsequenz auch zu einem spezifischen krankenkassenindividuellen Preis, der sich im Rahmen der Ausgleichsmechanismen nur auf Mehr- bzw. Minderleistungen dieser Krankenkasse in Bezug auf das „selektive flexible Budget“ ergeben wird.

6.5 Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ am Beispiel eines Krankenhausverbundes

Zunächst wird der Status quo anhand eines freigemeinnützigen Krankenhausverbundes, bestehend aus fünf Häusern und einer durchschnittlichen Bettenzahl von 167, dargestellt. Es erfolgt die Darstellung der Struktur der Kostenübernehmer (Krankenkassen) in den Jahren 2003 bis 2005. Im Anschluss werden die Auswirkungen des bisherigen flexiblen Budgets dargestellt. Abschließend werden einzelne Szenarien bei der Einführung des „selektiven flexiblen“ Budgets am Beispiel eines

Krankenhausverbundes aufgezeigt. Die dabei exemplarisch bestimmten Ausstiegsschwellenwerte α und Ausgliederungsmaxima β können abhängig von der individuellen Situation von den einzelnen Verhandlungspartnern frei gewählt werden. Sie können in ihrer Höhe von den hier bestimmten Werten marginal abweichen.

a) Ist-Analyse

Im Folgenden werden die Top-5 Kostenübernehmer (durchschnittlich ca. 250 pro Krankenhaus) der Krankenhäuser des betrachteten Krankenhausverbundes anhand der aufsummierten effektiven Bewertungsrelationen für die Jahre 2003, 2004 und 2005 exemplarisch dargestellt (Tabelle 6–1).

Es wird ersichtlich, dass bei allen Häusern ca. 50% des Leistungsvolumens der abgerechneten DRGs von nur einem Kostenübernehmer abgedeckt werden¹ und 70% des gesamten Leistungsvolumens durch fünf Kostenübernehmer. Weitere Betrachtungen ergaben, dass 80% des Leistungsvolumens von insgesamt zehn Kostenübernehmern abgedeckt werden. Die Rangfolge und die Anteile am Leistungsvolumen der Top-5 Kostenübernehmer bleiben im Wesentlichen konstant. Somit liegt bisher keine Dynamik in der Zusammensetzung und Struktur der Kostenübernehmer bei den einzelnen Krankenhäusern vor und Ziele – wie beispielsweise mehr Spielraum der Akteure für Effizienz-, Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitssteigerung – können nur schwer umgesetzt werden.

In Tabelle 6–2 sind die relativen Abweichungen zwischen dem vereinbarten Gesamtbetrag und den Erlösen aus DRGs nach den entsprechenden AEBs der Krankenhäuser dargestellt. Bei einer „negativen“ Abweichung erzielte das Krankenhaus einen Mehrerlös, bei einer „positiven“ Abweichung einen Mindererlös. Ausreißer finden sich bei Haus B im Jahr 2005 und bei Haus D im Jahr 2003, für Haus E liegen keine Werte für das Jahr 2003 vor. Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Krankenhausverbund. Somit sind derartige Ausreißer möglicherweise auf strukturelle Verschiebungen zurückzuführen, die sich allerdings über den betrachteten Zeitraum über die Häuser hinweg nahezu ausgleichen und zu einer Abweichung zwischen 1% und 3% im Vergleich zum vereinbarten Gesamtleistungsvolumen führen. Über die Periode 2003 ist keine Aussage zu treffen, da die Vollständigkeit der Daten nicht gegeben ist.

Die hier betrachteten Häuser realisierten im Wesentlichen – wie erwartet – eine Punktlandung, da in zehn von 14 Konstellationen die betragsmäßige Abweichung kleiner als 3,5% ist. Damit ist ein gewisses Maß an Planungssicherheit sowohl seitens der Krankenhäuser als auch seitens der Krankenkassen gegeben. Diese Anreizwirkung bleibt auch bei dem im Folgenden vorgeschlagenen Konzept, dem „selektiven flexiblen Budget“, bestehen. Unklar ist bisher, ab welchem prozentualen Anteil des Leistungsvolumens und in welchem Umfang ein Kostenübernehmer die bisher fest vorgeschriebenen Budgetverhandlungen zwischen Kostenübernehmer und Krankenhäusern umgehen kann. Das bisher statische Sys-

¹ Dieser große Anteil eines Kostenübernehmers ist voraussichtlich auf die ländliche Lage der Krankenhäuser und deren regionale Anbindung zur örtlichen Krankenkasse zurückzuführen. Bei in Städten gelegenen Krankenhäusern wäre eine minimal andere Aufteilung der Kostenübernehmer denkbar.

Tabelle 6-1

Top-5 der Kostenübernehmer je Krankenhaus

Kostenübernehmer	Kassenart	Anteil 2003	Rang	Anteil 2004	Rang	Anteil 2005	Rang
Krankenhaus A							
I	AOK	50,33%	1	49,49%	1	51,67%	1
II	LKK	8,41%	2	10,43%	2	7,52%	2
III	VdAK	6,23%	3	7,64%	3	6,11%	3
IV	BEK Ersatzkasse	4,71%	4	5,74%	4	5,46%	4
V	Private	2,00%	5	1,98%	5	2,63%	5
Top-5		71,68%		75,29%		73,38%	
Sonstige		28,32%		24,71%		26,62%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus B							
I	AOK	44,82%	1	44,21%	1	42,59%	1
II	VdAK	9,00%	3	7,97%	3	9,19%	2
III	BEK Ersatzkasse	9,09%	2	8,78%	2	8,90%	3
IV	Selbstzahler	7,32%	4	6,22%	4	6,39%	4
V	LKK	3,65%	5	4,31%	5	3,47%	5
Top-5		73,89%		71,50%		70,53%	
Sonstige		26,11%		28,50%		29,47%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus C							
I	AOK	61,91%	1	56,39%	1	56,65%	1
II	LKK	7,98%	2	9,17%	2	8,97%	2
III	BEK Ersatzkasse	6,17%	3	6,42%	4	6,74%	3
IV	VdAK	5,56%	4	6,79%	3	6,31%	4
V	Selbstzahler	3,83%	5	3,90%	5	4,61%	5
Top-5		85,45%		82,67%		83,28%	
Sonstige		14,55%		17,33%		16,72%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus D							
I	AOK	44,63%	1	50,76%	1	45,90%	1
II	LKK	13,86%	2	13,72%	2	14,79%	2
III	VdAK	8,18%	3	5,96%	3	7,29%	3
IV	BEK Ersatzkasse	6,14%	4	4,09%	4	5,48%	4
V	TKK Ersatzkasse	2,97%	5*	2,15%	5	2,72%	5
Top-5		75,78%		76,68%		76,17%	
Sonstige		24,22%		23,32%		23,83%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	

* Rang 5 wird von den Selbstzahlern eingenommen und nicht von der TKK Ersatzkasse

Tabelle 6–2

Relative Abweichung vom vereinbarten Gesamtbetrag

Jahr	Haus A (% Gesamt)	Haus B (% Gesamt)	Haus C (% Gesamt)	Haus D (% Gesamt)	Haus E (% Gesamt)	Summiert 2003–2005
2003	-3,25 %	-2,40 %	-1,72 %	-21,91 %	k. A.	-0,2928
2004	-2,99 %	2,71 %	-0,59 %	-0,43 %	-6,82 %	-0,0129
2005	-3,03 %	11,68 %	-1,18 %	-0,05 %	-5,05 %	0,0237

Krankenhaus-Report 2007

Wildo

tem (siehe Tabelle 6–1) ließe sich durch dynamische Instrumente, wie die selektive Budgetierung, aufbrechen. Um dieser Problematik zu entgehen, wird im folgenden Abschnitt eine Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ vorgenommen.

b) Wirkungsanalyse

In Tabelle 6–3 wird dargestellt, wie viele zusätzliche Budgetverhandlungen je Krankenhaus (hier auch für den gesamten Krankenhausverbund) in Abhängigkeit vom Ausstiegsschwellenwert α benötigt werden.

Tabelle 6–3 zeigt, dass in der hiesigen Berechnung ein Ausstiegsschwellenwert von 2 % durchschnittlich zu fünf zusätzlichen Verhandlungen je Haus führen würde und ein Ausstiegsschwellenwert von 10 % zu durchschnittlich 1,25 zusätzlichen Verhandlungen. Es ist jedoch anzumerken, dass eine Vielzahl an zusätzlichen Verhandlungen neben zusätzlich anfallenden Kosten (Transaktionskosten) auch eine erhöhte organisatorische Komplexität mit sich bringt und somit nicht erstrebenswert ist. Allerdings weisen gemäß Tabelle 6–1 nur wenige Kostenübernehmer einen Prozentsatz über 10 % des Gesamtleistungsvolumens auf, sodass der gewünschte dynamische Effekt in der strukturellen Zusammensetzung der Kostenübernehmer mit nur einer zusätzlichen Verhandlung nicht auftreten würde. Es erscheint gemäß der vorliegenden Betrachtung dementsprechend zweckmäßig, einen Prozentsatz zwischen 2 % und 10 % zu wählen.

Nun bleibt jedoch fraglich, in welcher Höhe das Ausgliederungsmaximum β exemplarisch festzusetzen ist. Da die Unsicherheit der zukünftigen Verhaltensmuster nur schwer prognostizierbar ist, ist eine Ausgliederung über einen bestimmten Schwellenwert nicht erstrebenswert. Bei einem zu geringen Ausgliederungsmaximum hingegen steht der Verhandlungsaufwand in einem zu geringen Verhältnis zum möglichen Nutzen. Auch hier scheint ein gesundes Mittelmaß angemessen.

Tabelle 6–3

Anzahl zusätzlicher Verhandlungen

Ausstiegsschwellenwert α	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %
Anzahl zusätzlicher Verhandlungen auf Basis der Top-5									
alle Häuser	20	18	17	16	14	10	8	6	5
je Haus	5	4,5	4,25	4	3,5	2,5	2	1,5	1,25

Krankenhaus-Report 2007

Wildo

Tabelle 6–4

Anteil des Ausgliederungsmaximums am gesamten Leistungsvolumen

Anteil am gesamten Leistungsvolumen	Ausstiegsschwellenwert α									
	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	
Ausgliederungsmaximum	10%	7,59%	7,47%	7,38%	7,24%	7,00%	6,31%	5,98%	5,48%	5,22%
β	20%	15,18%	14,94%	14,75%	14,49%	14,01%	12,61%	11,96%	10,95%	10,45%
	30%	22,77%	22,42%	22,13%	21,73%	21,01%	18,92%	17,94%	16,43%	15,67%

Krankenhaus-Report 2007

WldO

6

Ein sinnvoll festgesetzter Prozentsatz läge in diesem Fall zwischen 10 % und 30 %² (Tabelle 6–4).

Betrachtet man nun den abnehmenden Grenznutzen (siehe Abbildung 6–2) zwischen der Anzahl zusätzlicher Verhandlungen und dem Anteil am Gesamtleistungsvolumen bei einem Ausgliederungsmaximum von 20 %, wird ersichtlich, dass der Grenznutzen ab der dritten zusätzlichen Verhandlung abnimmt. Dementsprechend wäre gemäß dieser Berechnung sinnvollerweise ein Ausstiegsschwellenwert zwischen 6 % und 7 % festzusetzen, da hierfür gemäß der deskriptiven Analyse ca. drei zusätzliche Verhandlungen nötig wären.

Für die Betrachtung des Grenznutzens wurde eine Loglineare Regression durchgeführt, wobei auf der Abszisse die Anzahl der durchschnittlichen zusätzlichen Verhandlungen abgebildet ist und auf der Ordinate der Anteil am Gesamtumsatz eines Krankenhauses, bei einem zugrunde gelegten Ausgliederungsmaximum β in Höhe von 20 %.

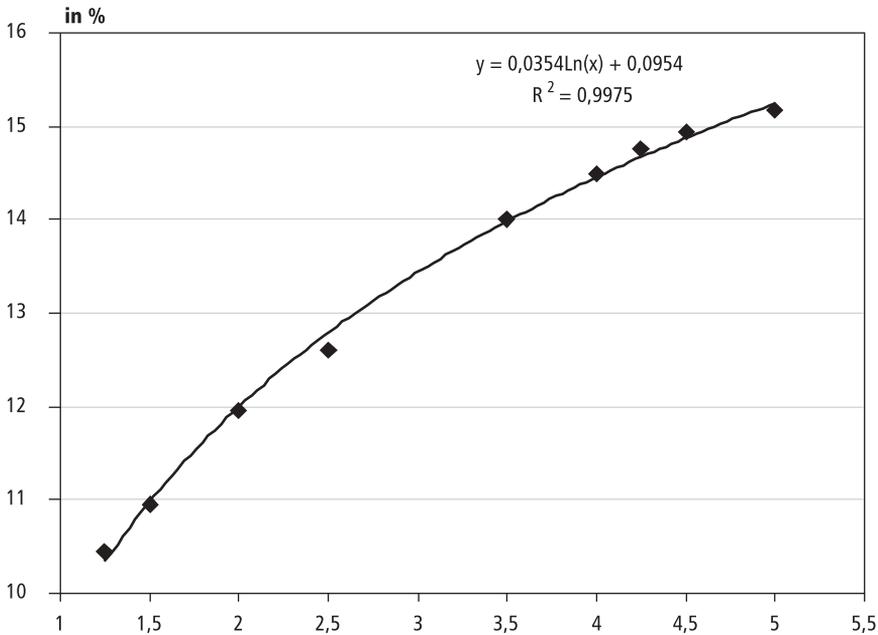
Die dargestellte exemplarische Betrachtung ergibt, dass bei Einführung des „selektiven flexiblen Budgets“ ein Ausstiegsschwellenwert zwischen 6 % und 7 % festzusetzen wäre und ein Ausgliederungsmaximum in Höhe von 20 %. Es bleibt anzumerken, dass andere Datengrundlagen zu unterschiedlichen Prozentsätzen führen können, wobei das Prinzip des „selektiven flexiblen Budgets“ jedoch erhalten bleibt.

6.6 Umsetzung

Die Regeln für diese neuen Verhandlungen könnten vollständig denen der bisherigen Verhandlung entsprechen. Dazu müsste lediglich ein Teilbudget für diese Vertragspartei ausgegliedert werden. Die notwendigen Daten hierfür sind ohne größeren Aufwand aus den Routinedaten des Rechnungswesens ableitbar. Auf dieser Basis könnte

² Diese Werte wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbachgesellschaft diskutiert. Die Arbeitsgruppe zeichnet sich durch eine interdisziplinäre Mitgliederstruktur aus. Bei den Mitgliedern handelt es sich sowohl um erfahrene Manager aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsbranche als auch um anerkannte wissenschaftliche Experten mit Schwerpunktsetzungen im Gesundheitswesen.

Abbildung 6–2
Abnehmender Grenznutzen je zusätzlicher Verhandlung



Für die Betrachtung des Grenznutzens wurde eine Loglineare Regression durchgeführt, wobei auf der Abszisse die Anzahl der durchschnittlichen zusätzlichen Verhandlungen abgebildet ist und auf der Ordinate der Anteil am Gesamtumsatz eines Krankenhauses, bei einem zugrunde gelegten Ausgliederungsmaximum β in Höhe von 20%.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

differenziert verhandelt werden. Konsequenterweise würde sich eine stärkere Dynamik ergeben. Die Komplexität bliebe beherrschbar und die für die Krankenhäuser notwendige Planungssicherheit wäre vorhanden. Es könnte sogar die landeseinheitliche Baserate (Basisfallwert) der Budgetvereinbarung zugrunde gelegt werden. Eine krankenkassenspezifische Preisgestaltung würde sich auch indirekt durch mögliche krankenkassenspezifische Ausgleichsätze bzw. Zahlungsflüsse ergeben. Hinzu kommt noch die mögliche Option, für das „selektive flexible Budget“ auch beliebige andere ambulante Leistungen zu vereinbaren oder auch Vertragsvolumina im Rahmen der integrierten Versorgung einzubinden. So wäre es möglich, mehrere „kleine“ effiziente Verhandlungen im Rahmen einer integrierten Gesamtverhandlung zusammenzuführen³. Im Gegenzug sollten allerdings auch verschiedenen Krankenhäusern innerhalb eines Unternehmens ab einer gewissen Umsatzgröße die Möglichkeit eingeräumt werden, einzelne Krankenkassen zu Budgetverhandlungen auffordern zu können. Insgesamt würde so im Gegensatz zu dem von den Krankenkassen gefor-

³ Sicherlich hätten größere Krankenhäuser es leichter, die zusätzlichen Verhandlungen zu gestalten (Brooks et al. 1997).

dernten umfassenden „selektiven Kontrahierens“ kein Verhandlungschaos ausbrechen. Darüber hinaus gäbe es wie bisher die Möglichkeit, z. B. durch Vorgabe einer landeseinheitlichen Basisfallrate, in das System einzugreifen.

Anstatt einer einzigen Budgetverhandlung werden dann möglicherweise zwei bis drei Budgetverhandlungen geführt. Formulare (AEB) etc. und Verhandlungsregeln sind identisch. Das Teilbudget könnte beispielsweise auf Basis durchschnittlicher relativer Ist-Umsätze ausgegliedert werden. Der Ausstieg aus der Verhandlungsgemeinschaft ist optional. Das Ganze ergibt nur Sinn, wenn als flankierende Maßnahme das Prinzip der Beitragssatzstabilität, zumindest zu großen Teilen, auf einer höheren Systemebene manifestiert wird. Die Entwicklung der „selektiven flexiblen Budgets“ könnte aber ähnlich der Konvergenzphase in vorgegebenen Korridoren gesteuert werden. Das verbleibende Risiko in Bezug auf die Beitragssatzstabilität kann im Rahmen der Festlegung der Landesbasisfallrate auf Landesebene berücksichtigt werden. Die aktuelle Krankenhausplanung und -förderung sollte dahingehend überarbeitet werden, dass zusätzliche Anreize entstehen und diese neuen Verhandlungsmöglichkeiten genutzt werden, beispielsweise durch die Berücksichtigung von Effizienz (Kuntz et al. 2006). Auf keinen Fall sollte durch eine modifizierte Krankenhausplanung der erweiterte Verhandlungsrahmen wieder eingeengt werden.

6

6.7 Fazit

Der Weg zu einem System, das von mehr Wettbewerb auf der einen Seite und von mehr unternehmerischen Freiheiten auf der anderen Seite geprägt ist, wird mit dem einfachen Instrument des „selektiven flexiblen Budgets“ möglich. Sowohl die Gefahr einer „chaotischen“ und intransparenten Verhandlungslandschaft als auch die Gefahr einer Ausgabenexplosion können darüber hinaus mit einfachen Mitteln vermieden werden. Die möglichen quantitativen Auswirkungen eines solchen Konzepts sollten allerdings im Rahmen einer repräsentativen empirischen Studie vor der Implementierung abgeschätzt und nach einer Erprobungsphase evaluiert werden.

6.8 Literatur

- Biorn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA. *Health Care Management Science* 2003; 6: 271–83.
- Brooks JM, Dor A, Wong HS. Hospital-insurance bargaining: an empirical investigation of appendectomy pricing. *Journal of Health Economics* 1997; 16: 417–34.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. DKG e.V. (Hrsg.) 2007.
- Ernst C, Szczyzny A. Spezialisierungs- und Selektionsanreize fester Krankenhausbudgets 1993–2002: Eine empirische Analyse. *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*. 2006; 565–84.
- Foitt K. Marktorientierte Steuerung im Krankenhauswesen. *Köln: Wissenschaftsverlag* 2006.
- Friedl G, Ott R. Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*. 2002; 185–204.

- Heil J. Investitionsentscheidungen in der Gruppe. Gesundheitsökonomie: Politik und Management. LIT 2006.
- Kuntz L, Vera A. Transfer Pricing in Hospitals and Efficiency of Physicians: The Case of Anesthesia Services. *Health Care Management Review* 2005; 30: 262–9.
- Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *European Journal of Health Economics* 2006; to appear.
- Kuntz L. Erste Unsicherheiten bei der DRG-Einführung. *Forum für Gesundheitspolitik* 2003; 3: 67–9.
- Kuntz L, Vera A. Modular organization and hospital performance. *Health Services Management Research* 2007; 20: 48–58.
- Robbers B. Geplanter Wettbewerb. *Das Krankenhaus* 2007; 3: 207–10.
- Simon M. Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2001.
- Tuschen KH, Quaas M. Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2001.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. *Das Krankenhaus* 2005; 11: 955–60.
- Vera A. Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen – Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperationen. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft* 2006; 7/8: 1–31.
- Vera A, Kuntz L. Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus. *Schmalenbachs Zeitschrift für Betriebswirtschaft* 2007; 59: 173–97.
- Warnebler P. Strategische Positionierung und Strategieprozesse deutscher Krankenhäuser. *Gesundheitsökonomie: Politik und Management*. LIT 2006.

This page intentionally left blank

7 Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung

Rüdiger Strehl

Abstract

Die Universitätsmedizin organisiert einen komplizierten Aufgabenverbund. Die Finanzierung der Krankenversorgung ist begrenzt. Finanzausschüsse aus den öffentlichen Haushalten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung stagnieren oder sinken. Um im Wettbewerb bestehen zu können, sind neue Aufgabenprofile und Governance-Reformen unerlässlich. Der Zugang zu Innovationen und deren Finanzierung ist eines der zentralen Zukunftsprobleme für die Universitätsmedizin.

University medical centers coordinate a complex combination of tasks. Funding through health care provision is limited. Government grants for research, teaching and investments are stagnating or declining. In order to stay competitive, a recombination of tasks and governance reforms is essential. Access to medical innovations and their respective funding are major future challenges for university medical centers.

7

7.1 Grunddaten

7.1.1 Aufgaben, Leistungen, Kapazitäten

Die Hochschulmedizin in Deutschland ist durch einen Aufgabenverbund gekennzeichnet. Dieser organisiert:

- Forschung
- Lehre (Ausbildung von Human- und Zahnmedizinern)
- Schulen, insbesondere für nichtärztliche medizinische Berufe
- Versorgung kranker GKV-, Privat- und Selbstzahlerpatienten durch stationäre Akutversorgung über alle Levels und Versorgungsstufen, nichtstationäre Angebote in Hochschulambulanzen, Spezialsprechstunden, AOP, IV, MVZ, psychiatrischen Ambulanzen usw.
- ärztliche Weiterbildung
- Heranbildung des Wissenschaftlichen Nachwuchses
- Dienstleistungen unterschiedlichster Art, insbesondere auch Mitversorgung anderer medizinischer Einrichtungen.

Tabelle 7–1

Strukturdaten der Universitätsklinik und medizinischen Fakultäten in Deutschland

	Deutschland	Universitätsklinik	Anteil
Anzahl Krankenhäuser	Ca. 2 200	33 (38 Hauptstandorte)	1,5 %
Stationäre Fälle/Jahr	Ca 17,3 Mio	1,7 Mio	10 %
Betten	542,000	50,000	9 %
Verweildauer	8,9 Tage	7,1–9,7 Tage	
Ambulante Fälle		4 Mio Quartalsfälle ohne PP,AOP,IV etc.	
Studierende Humanmedizin		11 000; 1. Fachsemester 61 000 Regelstudienzeit 6 900 Examina/Jahr	
Studierende Zahnmedizin		2 000; 1. Fachsemester 10 000 Regelstudienzeit 1 200 Examina/Jahr	
Ärzte in Weiterbildung		Ca. 20 000 (Schätzung ca. 50 % der Gesamtstellen für Ärzte)	
Wissenschaftlicher Nachwuchs		Ca. 30 000 (Schätzung ca. 75 % der Gesamtstellen für Ärzte)	

Krankenhaus-Report 2007

WldO

Es gibt derzeit in Deutschland 33 Universitätsklinik, von denen 27 in dem traditionellen Verbund – eine Universitätsklinik (UK), eine Medizinfakultät (MF), eine Universität – tätig sind. Die folgende Übersicht weist aus, dass bereits bei sechs Universitätsklinik Sonderkonstellationen mit mehreren Hauptstandorten (oftmals zuvor eigenständige Universitätsklinik), Mehrfachzuordnungen zu Medizinischen Fakultäten und Universitäten vorliegen, die zumeist auf Fusionsvorhaben und/oder Trägerwechsel zurückzuführen sind, die bisher in der Regel noch nicht vollzogen und abgeschlossen sind.

Die Hochschulmedizin als Verbund der Universitätsklinik und Medizinischen Fakultäten ist durch die in Tabelle 7–1 dargestellten Strukturdaten gekennzeichnet.

7.1.2 Erträge, Kosten, Ergebnisse

Die Hochschulmedizin verfügte 2004 über ca. 13 Mrd Euro Erträge, die sich wie folgt zusammensetzen:

- 8 Mrd Euro stationäre, nichtstationäre und ambulante Krankenversorgung (GKV und PKV)
- 3 Mrd Euro Zuschüsse für Forschung und Lehre aus den Länderhaushalten
- 1 Mrd Euro Forschungsdrittmittel aus verschiedenen Quellen
- 1 Mrd Euro Investitionszuschüsse von Bund und Ländern.

Diese Ertragskomponenten verändern sich nur sehr wenig. Die stationären Erträge unterliegen den Budgetdeckelungen des Sozialrechts. Damit ergibt sich die bekannte Scherenproblematik, die eine Überwälzung externer Preiserhöhungen bei den Personaltarifen, den Energiekosten, teuren Arzneimittel- und Medizinproduktinnovationen sowie Steuererhöhungen und Zwangsabgaben verhindert. Die Zuschüsse für Forschung und Lehre stagnieren auf dem Niveau zur Jahrtausendwende und entsprechen deshalb wegen der diversen Tarif- und Preissteigerungen nicht den erforderlichen Fortschreibungen. Gravierende Einbrüche ergeben sich 2007 bei den Investitionszuschüssen als Auswirkungen der Föderalismusreform I (s. u.).

Allerdings weisen die Standorte nur bei den stationären Erträgen gleiche Rahmenbedingungen wegen des bundeseinheitlichen Preis- und Budgetierungssystems auf. Wobei auch hier kleinere Unterschiede über die Landesbasisfallwerte zu verzeichnen sind, die sich inzwischen aber halbiert haben.

Bei den ambulanten Vergütungsregelungen gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Auch differiert die Situation bei den Erträgen aus Privatbehandlungen teilweise erheblich. Eklatant sind die regionalen Unterschiede bei den Zuschüssen für Forschung und Lehre (2004: Minimum 29,8 Mio Euro; Maximum 144,1 Mio Euro; Nichteinbeziehung der Doppelstandorte Berlin und LMU München mit Zuschüssen von jeweils mehr als 200 Mio Euro). Ähnlich fallen Mehrjahresbilanzen bei den Investitionszuschüssen aus (s. u.)

Die groben Kostenstrukturen der Universitätsklinik unterscheiden sich nicht evident von denen der Krankenhäuser im Allgemeinen. Bei den Kostenarten sind Unterschiede insbesondere bei der Personalgruppe der medizinisch-technischen Assistenten (Labor und Radiologie) und beim medizinischen Bedarf zu registrieren. Auswertungen der Kostenmatrix für die DRG-Kalkulation zeigen zudem deutliche Unterschiede bei den Kostenstellenkomplexen Intensiv, Radiologie und Labor. Dies führt unverändert beim Durchschnitt aller Universitätsklinik zu Differenzen der hausindividuellen Basisfallwerte gegenüber den landesweit geltenden Richtgrößen. Durch die Verbesserung der Kalkulation und des DRG-Systems im Verlauf der Konvergenzphase haben sich die Differenzen deutlich zugunsten der Universitätsklinik verringert.

2004 wiesen etwa 50% der Universitätsklinik negative Betriebsergebnisse aus. Dies ist im Wesentlichen auf drei Faktoren in jeweils unterschiedlicher Ausprägung zurückzuführen. An erster Stelle rangiert die Scherenproblematik als Ursache, weil Tarifsteigerungen beim Personal und vielfältige andere Sachkostensteigerungen wegen der sozialrechtlich oktroyierten Budgetierungen nicht an die Kostenträger weitergegeben werden können. Zweitens stehen nicht jedem Standort die Ausweichstrategien zur Verfügung, mit Steigerungen der Leistungszahlen die Produktivität zu erhöhen, weil dies die jeweilige Konkurrenzlage nicht zuließ. Drittens sind die Universitätsklinik organisatorisch und personell noch unterschiedlich aufgestellt, sodass die strategischen innerbetrieblichen Anpassungspotenziale nur unvollständig genutzt werden können.

7.1.3 Investitionen

Die Hochschulmedizin erhielt bis Ende 2006 ungefähr 90% ihrer Investitionen von Bund und Ländern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz als verfassungsrechtlich geregelte Gemeinschaftsaufgabe auf der Basis von Artikel 91a des Grundgesetzes finanziert, soweit für Bau und Großgeräte Bagatellgrenzen überschritten wurden. Unterhalb dieser Grenzen war die ausschließliche Zuständigkeit des Landes gegeben.

Selbst wenn der anteilige Investitionsbedarf für Forschung und Lehre in Abzug gebracht wird, war damit für die Universitätsklinika eine herausragende Besserstellung gegenüber den mehr als 2000 übrigen Krankenhäusern verbunden, die vorrangig nach dem KHG ihre Investitionsfinanzierung ausrichten mussten. Während für den Hochschulmedizinbereich einschließlich der Universitätsklinika bis 2006 rund 1 Mrd Euro pro Jahr für Investitionen verfügbar war, belief sich das Volumen der KHG-Mittel insgesamt auf ca. 2,7 Mrd Euro.

Diese Besserstellung kam dabei weniger den Investitionen in Bau und Betriebstechnik zugute. Vor allem weisen die Universitätsklinika gegenüber den übrigen Krankenhäusern eine sichtbar bessere und hochwertigere Ausstattung in der Medizintechnik und flächendeckende IT-Systeme auf.

7.1.4 Internationaler Rang

Die deutsche Hochschulmedizin hat inzwischen international mit ihren Ergebnissen zweifellos wieder eine Spitzenstellung erreicht. In der Krankenversorgung wird alles angeboten, was international zum Repertoire der Hochleistungsmedizin gerechnet wird.

Der Wissenschaftsrat mäkelte zwar seit Jahren an der Leistungskraft der medizinischen klinischen und Grundlagenforschung, liefert hierfür aber keinerlei empirische Beweise. Aus Beobachtungen gerade der nordamerikanischen Szene lassen sich eher andere Schlüsse ableiten. Im Vergleich beispielsweise mit den USA ist das deutsche System der Hochschulmedizin unterfinanziert und überlastet. Die renommierten Komplexe der Medical Schools in Baltimore, Boston, San Francisco und Stanford verfügen über die fünf- bis achtfachen Mittel für Forschung und Lehre im Vergleich zu den gut dotierten deutschen Standorten. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache schneidet die Forschung in Deutschland eher günstig ab.

In Deutschland liegen die jährlichen Zulassungen zum Human- und Medizinstudium pro Fakultät durchschnittlich bei ca. 300. Die Zahl der Erstzulassungen überschreitet dagegen in den USA selten die Zahl 100 pro Jahr, was bessere Betreuungsrelationen, intensiveren Praxisbezug und eine bessere Infrastruktur in der Lehre ermöglicht.

Auch profitieren die USA-Komplexe von den besseren Stiftungs- und Steuerregelungen. Wer den Campus der Medical School der University of California in Los Angeles betrachtet, trifft überwiegend auf Gebäude, die die Namen ihrer Stifter tragen. Dies entlastet den Investitionsetat des Staates Kalifornien immens und setzt Mittel für laufende Finanzierungen frei.

7.2 Gegenwärtige Situation der Hochschulmedizin in Deutschland

7.2.1 Rahmenbedingungen Gesundheitspolitik

Die Universitätsklinik haben im Finanzierungssystem der stationären und nicht-stationären Krankenversorgung grundsätzlich keine Sonderstellung. Das Fallpauschalensystem finanziert die stationären Fälle träger- und typenunabhängig. Es gibt keinerlei Sonderregelungen für Universitätsklinik. Im Ordnungsrahmen für die Krankenhäuser werden die Universitätsklinik nur bei drei Regelungsbereichen anders als der übrige Krankenhausbereich behandelt. Erstens sind sie sozial- (§ 108 SGB V) und landeskrankenhausrechtlich qua Status zugelassene Krankenhäuser; zweitens ist ihnen das Institut der Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) exklusiv zugeordnet; drittens erfolgt ihre Investitionsfinanzierung nicht auf der Grundlage des KHG (näheres s. u.).

Die Gleichbehandlung für die Hochleistungsmedizin der Universitätsklinik im G-DRG-System hat einerseits zu einer erhöhten Komplexität mit einer wachsenden Zahl von DRGs, Zusatz- und Innovationsentgelten geführt, die nunmehr bei deutlich über 1000 liegt. Gleichwohl sind Lücken in der Finanzierung noch nicht ausgeräumt. Hierzu zählen insbesondere die Intensivmedizin, seltene Krankheitsbilder, Mehrfachverletzte und vor allem Kostenausreißer. Auch funktioniert das gesetzlich angelegte System von Zu- und Abschlägen nicht. Hierdurch werden vor allem die Universitätsklinik belastet, für die dieses Ertragssegment lediglich 4,2% ausmacht. Zu nennen sind die Zusatzkosten für die ärztliche Weiterbildung und medizinischen Zentren, aber auch die fehlenden Abschläge für die Krankenhäuser, die keine relevanten Beiträge zur Notfallversorgung leisten.

Wie alle anderen Krankenhäuser sind die Universitätsklinik durch die gesetzliche Blockade der Überleitung von externen Preiseffekten in die Krankenhausentgelte über die Deckelung der Budgets auf die Fortschreibungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV negativ betroffen. Hier sind neben den Tarifsteigerungen vor allem exorbitante Erhöhungen bei den Energiepreisen sowie als besondere Belastungen für die Universitätsklinik die Preisausreißer bei medizinischen Innovationen anzuführen.

Die Sonderstellung der Universitätsklinik bei der Krankenhausplanung durch die Zulassung per Gesetz ist begründet und notwendig. Die weiteren Aufgaben im Verbund mit der stationären Krankenversorgung könnten ansonsten nicht sachgerecht wahrgenommen werden. Dies gilt für die Lehre, die klinische Forschung und die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Biomedizin. Probleme ergeben sich allerdings, soweit darüber hinausgehend Ansprüche angemeldet werden. Dies betrifft einmal typischerweise nicht in allen Krankenhausabteilungen einer Fachrichtung angebotene Leistungen vor allem der Supramaximalversorgung, die oftmals auch sehr kostenintensiv sind. Am Beispiel der Transplantationen und vergleichbarer Schwersteingriffe mit begrenzten Fallzahlen in Deutschland wurde bereits gerichtlich geklärt, dass die Zulassung nicht automatisch mit dem sozialrechtlich besonders gestellten Status einer Universitätsklinik gegeben sein muss. Vielmehr wäre es in diesem Fall sinnvoll, dass regional diese Angebote nach Kriterien von Mindestmengen, Qualität und Wirtschaftlichkeit konzentriert werden.

Auch dürften aus dem Status der Universitätsklinik nicht beliebig große Mengen von Betten pro Fachrichtung ableitbar sein, wohl aber Mindestgrößen, soweit sie aus Gründen der Lehre und/oder Forschung als erforderlich nachgewiesen werden können.

Traditionell hat das deutsche Sozialrecht die Universitätsklinik mit den Instituten Poliklinik/Hochschulambulanz gegenüber anderen Krankenhäusern privilegiert. Die Begründung hierfür liegt unverändert in den Bedürfnissen für Lehre und Forschung, die nicht auf die Verfügung über akut stationäre Krankheitsfälle beschränkt werden darf. Allerdings sind diese Einrichtungen an vielen Standorten durch eklatante Missbräuche geprägt (Strehl 1995, S. 101ff).

Erstens werden in diesen Hochschulambulanzen viele Fälle behandelt, die primär einer speziellen Diagnostik und/oder Therapie bedürfen, die wegen Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung dort nicht angeboten werden. Diese hoch spezialisierte „tertiary care“ (Sachverständigenrat 2003, S. 290) müsste systemgerecht eigentlich über Ermächtigungen durch die vertragsärztlichen Zulassungsausschüsse ermöglicht und entsprechend aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden. Tatsächlich verweigern in diesen Zulassungsausschüssen Ärzte- und Kassenvertreter diese Ermächtigungen, um die Gesamtvergütung zu schonen. Gleichzeitig überweisen die Vertragsärzte diese Fälle aber ungeniert zur Behandlung in die Hochschulambulanzen.

Zweitens sind die Hochschulambulanzen in den meisten Fällen unterfinanziert (Lauterbach et al 2003), weil früher in dreiseitigen Verhandlungen zwischen Universitätsklinik, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen und nach neuer Rechtslage auch in zweiseitigen Verhandlungen nur mit den Kassen keine den Kosten entsprechenden Pauschalen erreicht wurden.

Drittens laufen vernünftig konzipierte Ersatzregelungen des Gesetzgebers (§ 116 b SGB V), mit denen katalogisierte und vom Gemeinsamen Bundesausschuss kontrollierte nichtstationäre ambulante hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durch Krankenhäuser erbracht werden sollen, faktisch leer, weil die Krankenkassen bisher die Vereinbarung solcher Leistungserbringungen mit flächendeckenden Verweigerungshaltungen blockiert haben. Die Neufassung des SGB V durch das GKV-WSG überträgt nun die Zulassungskompetenz zur Erbringung solcher Leistungen den Organen der Landeskrankenhausesplanung. Allerdings ist die Finanzierung weitgehend an den EBM gebunden, was weiterhin Probleme bei der Erbringung innovativer Leistungen zur Folge haben dürfte.

7.2.2 Rahmenbedingungen Wissenschaftspolitik

Traditionell waren die Universitätsklinik in Deutschland nahezu ausnahmslos selbstständige Einheiten der Universitäten, die ihrerseits mit hunderten Erlassen durch die Wissenschaftsministerien in den meisten Fragen des Personalrechts, der Haushalts- und Personalwirtschaft, der Organisation und des Bauwesens via Fachaufsicht fremdgesteuert wurden. Von 1997 bis 2003 wurden die Universitätsklinik und teilweise die Medizinischen Fakultäten in einer ersten Welle umfangreichen Reformen unterzogen, deren Hauptgrund in der fachlichen Überforderung der Ministerien und deren Angst begründet lag, für wirtschaftliche Risiken der Universitätsklinik in Mil-

lionshöhe weiterhin (Mit-) Verantwortung zu tragen. Die Hochschulmedizin in diesem Kontext war unter doppeltem Gesichtspunkt handlungsunfähig: Erstens im Wettbewerb vor allem im Krankenhausmarkt und zweitens im Hinblick auf die erforderlichen internen Umstrukturierungen.

Formal lag der Schwerpunkt dieser Reformen in der rechtlichen Verselbständigung der Universitätsklinik. Dies erfolgte vornehmlich über die Rechtsform der Anstalt des Öffentlichen Rechts. Gewährträger blieb das jeweilige Bundesland. Diese Option wurde auch deshalb bevorzugt, weil somit keine Zwänge zur Übernahme der deutschen Rechtsvorschriften zur Unternehmensmitbestimmung verbunden waren. Die Medizinischen Fakultäten wurden in diese Lösung nicht mit einbezogen, sondern sie blieben rechtlich unselbständige Teilmemberschaften der Universitäten. Lediglich Hamburg und Berlin wählten unter Einbeziehung der Fakultät den Rechtstyp einer Teilkörperschaft der Universität.

Materiell ergaben sich in diesem Rechtsrahmen zwei wesentliche Regelungsfelder für die Leitungsorganisation der Hochschulmedizin. Erstens handelt es sich um das Verhältnis der Leitungen von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultäten (Kooperations- oder Integrationsmodell) und zweitens um das Problem der Ausgestaltung des Leitungssystems in diesen beiden Modellen.

Vorherrschend war die Option für das Kooperationsmodell. In den Köpfen der Wissenschaftsadministratoren geisterte die Hypothese, Mittel für Forschung und Lehre würden für die Krankenversorgung zweckentfremdet (Braun 1993). Also standen rigide Trennungen von Zuständigkeiten, Wirtschaftsplänen und Personalgruppen an. Mit Trennungsrechnungen sollten den Aufgaben entsprechende Verwendungen gesichert werden. Fakultätsvorstände und Klinikumsvorstände erhielten eigene Zuständigkeiten und Mittel. Im Integrationsmodell wurde mit einem Vorstand und Wirtschaftsplan für Fakultät und Universitätsklinikum gearbeitet; allerdings wurde auch hier verstärkt auf interne Trennungsrechnungen und gesonderte Budgetierungen für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits geachtet.

Die Leitungskompetenzen, insbesondere für die Wirtschaftsführung, wurden von den Ministerien und Hochschulleitungen in beiden Modellen neu gebildeten Vorständen in den Universitätsklinikum übertragen. Auch wurde in einigen wenigen Bundesländern eine parallele Dezentralisierung für die Medizinische Fakultäten betrieben, die insoweit neue und eigene Zuständigkeiten gegenüber den Hochschulleitungen erhielten. Im Kooperationsmodell wurden die Klinikumsvorstände durch eigene Aufsichtsräte überwacht, beraten und in Einzelfragen gesteuert. Die Universitätsklinikum erhielten so zweifellos größere Handlungsfreiheiten und konnten relativ agil nach innen und außen entscheiden. Allerdings wurden diese Möglichkeiten unterschiedlich genutzt.

Die Fakultätsvorstände waren wenig verändert durch zwei Eigenarten geprägt. Erstens wurde der Dekan unverändert im Rahmen der akademischen Selbstverwaltung gewählt und bei allzu forschen Reformen bei den passenden Gelegenheiten auch abgewählt. Echte Strukturveränderungen waren deshalb nur durchsetzbar, wenn die Mehrheit der Betroffenen in den Fakultäten gewonnen werden konnte; dies war selten und oft nur mit wenig vernünftigen Gegengaben erreichbar. Zweitens blieb es bei zahllosen übergeordneten Eingriffsrechten der zentralen Hochschulorgane und der ministeriellen Fachaufsicht. Dies reichte von der Außenvertretungs-

befugnis des Hochschulrektors bis zu personalrechtlichen, -wirtschaftlichen, haushaltsrechtlichen und vielen organisatorischen und planerischen Eingriffsvorbehalten und -aktionen der Ministerien.

Die Hochschulmedizinreformen 1997 bis 2003 waren deshalb bis auf wenige Ausnahmen durch Unzulänglichkeiten und Halbheiten gekennzeichnet. Es entwickelten sich zwei Entscheidungskulturen, die auf Dauer für die Hochschulmedizin zu Spannungen führen mussten, die mitunter nur schwierig zu handhaben waren. Auf der einen Seite nutzen die meisten Universitätsklinikum die doppelte Freiheit nach innen und nach außen zu leistungs- und wirtschaftlichkeitsorientierten Strukturentscheidungen, erzielten Überschüsse, verpflichteten leistungsorientiert und über- und außertariflich hochqualifiziertes Personal und tätigten zunehmend selbst erwirtschaftete und finanzierte Investitionen. Auf der anderen Seite mussten die Medizinischen Fakultäten mit vielen wichtigen Personalentscheidungen (Berufungen), Organisationsveränderungen und Baumaßnahmen die endlosen Schleifen in der Universität und den unterschiedlichsten Ministerien und teilweise deren Unterbehörden durchlaufen, bevor grünes Licht galt und vor allem Finanzierungen standen. Dieses Spannungsverhältnis zeigte deutlich weiteren Handlungsbedarf bei den Hochschulmedizinreformen auf.

7.2.3 Rahmenbedingungen Finanzpolitik

Hochschulmedizin wie überhaupt die Universitäten sind in Deutschland bis zum Ende des 20. Jahrhunderts nur als „staatliche Veranstaltungen“ existent und begreifbar. Ihr Gepräge resultiert aus diesem Kontext, der ihr nahezu ewig finanzielle Stabilität mit Nachschusspflichten der staatlichen Träger für alle Preiserhöhungen, neue Bedarfe und infrastrukturelle Erfordernisse garantierte. Hierfür brauchte man kein Management und keine Wirtschaftsführung, sondern nur ein gutes Netzwerk für Anmelde- und Bettelstrategien im Zusammenhang der öffentlichen Haushaltsverfahren.

Diese Wachstumsorientierung kam auch der deutschen Hochschulmedizin lange zugute. Sie setzte noch einen Aspekt auf diese Mechanismen auf, insoweit die staatlichen Zuschüsse für Forschung und Lehre über Jahrzehnte mit einem festen (oft 20%igen) Anteil der Krankenversorgungsumsätze oder -erträge definiert und bedient wurden. Die Krise der Landeshaushalte infolge der gesamtwirtschaftlichen Schwäche und der Sonderbelastungen durch die deutsche Wiedervereinigung bereitete diesen finanziellen Zuwachsraten ein abruptes Ende. Inzwischen hat das „Schwimmbadsyndrom“ die Länderhaushalte erfasst: Die Zahl der Hochschulen und speziell die Extrabedürfnisse der Medizinischen Fakultäten sind nicht mehr in gleichem Umfang wie in der Vergangenheit mit den erforderlichen Fortschreibungen bedienbar. Die Zuschüsse für Forschung und Lehre an die Medizinischen Fakultäten werden deshalb bundesweit entweder real gekürzt oder nicht unter Berücksichtigung der Preissteigerungen fortgeschrieben.

Am deutlichsten wird diese Abhängigkeit der Hochschulmedizin von den öffentlichen Haushalten bei den Investitionen nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG). Zunächst differiert wie bei den Zuschüssen für Forschung und Lehre der Anteil der Standorte enorm, wie Tabelle 7–2 zeigt. Sie weist für den Zeitraum 1990 bis 2004 die dargestellten Summen (KMK 2006) aus.

Tabelle 7–2

HBFG-Investitionen 1990–2004: 10,1 Mrd Euro

34. Gießen	110 Mio €	7. Regensburg	406 Mio €
33. Marburg	121 Mio €	6. Bonn	411 Mio €
32. Münster	125 Mio €	5. Erlangen	422 Mio €
31. Aachen	133 Mio €	4. Mainz	435 Mio €
30. Rostock	160 Mio €	3. Würzburg	439 Mio €
29. Magdeburg	179 Mio €	2. Freiburg	476 Mio €
28. Kiel	181 Mio €	1. Tübingen	522 Mio €

Krankenhaus-Report 2007

Wido

An diese Unterschiede mit dem Faktor fünf knüpfen sich Folgeentscheidungen an, da auf Dauer Standorte mit Investitionsvolumina unter 25 Mio Euro pro Jahr weder arbeits- geschweige denn wettbewerbsfähig sind. Gerade dieser Investitionsstau macht diese Hochschulmedizinbereiche unattraktiv für leistungsstarke Wissenschaftler, stellt sie in ihrer eigenständigen Existenz in Frage und führt sie zwangsläufig in Fusions- und/oder Privatisierungsszenarien.

Dann geraten inzwischen auch die Standorte in Bundesländern, die bisher zu den Spitzeninvestoren gehörten, in den Investitionsstau. Dies hängt einmal damit zusammen, dass auch in diesen Bundesländern die Verschuldungspolitik der Vergangenheit nicht mehr kritiklos fortgesetzt wird. Da der politische Widerstand bei Investitionskürzungen geringer ist als bei Schließungen von Einrichtungen und/oder Stellenabbau, werden selbst in den einst finanzstarken Ländern Bayern und Baden-Württemberg kaum noch größere Bauvorhaben neu begonnen. Zum zweiten hat die Föderalismusreform I mit Wirkung ab 2007 die Investitionsfinanzierung für die Hochschule dramatisch verändert. Grundsätzlich sind nunmehr ausschließlich die Länder für die Finanzierung des Investitionsbedarfs der Hochschulmedizin in der Krankenversorgung, Lehre und Routineforschung zuständig. Lediglich international herausragende Spitzenforschung wird nach eingehenden Begutachtungen noch durch Bund und Länder gemeinsam finanziert. Dies hat zur Konsequenz, dass für die Hochschulmedizin faktisch nur noch 70% der bisherigen Mittel für Investitionen verfügbar sind. Dies ist im Vergleich zu nichtuniversitären Krankenhäusern immer noch viel, bedeutet aber faktisch für die Universitätsklinik eine enorme Verschlechterung. Es erhöht sich also auch deshalb der Druck ausgehend von den Universitätsklinik, über neue Regeln und Quellen der Investitionsfinanzierung nachzudenken.

Die Hochschulmedizin gerät zunehmend mit ihren Strukturen in das Visier von steuerlichen Betrachtungen. Dabei spielen Fragen der Umsatzsteuer, Ertragssteuern und die Gemeinnützigkeit eine immer größere Rolle. Umsatzsteuer wird diskutiert für Leistungsbeziehungen zwischen Universität und Universitätsklinikum sowie für solche zwischen Wissenschaft und Krankenversorgung. Dabei ist insbesondere die jeweilige Personalgestaltung, getrennt nach Kategorien (wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal) in jeder Konstruktion (Universitätsklinikum als Anstalt, Körperschaft oder GmbH; Kooperations- oder Integrationsmodell) sehr differenziert steuerrechtlich zu bewerten (Klaßmann 2005, S. 154f; Knorr/Klaßmann

2004, S. 348f). Die Fragen können nicht als abschließend geklärt angesehen werden und müssen als Risikopotenzial im zweistelligen Millionenbereich angesetzt werden. Brisanz weist auch die Frage einer möglichen Ertragssteuerpflicht von Forschung und Lehre in modernen integrierten Betriebstypen der Hochschulmedizin auf. Auch bedarf es vernünftiger Lösungen, um bei Rechtsformänderungen Nachversteuerungen bei Wegfall der Gemeinnützigkeit zu vermeiden (von Gaertner 2007).

7.3 Perspektivische Entwicklungsoptionen

Die Hochschulmedizin in Deutschland wird ihre gegenwärtige dreifache finanzielle Hypothek nicht mehr abschütteln können:

- Die Krankenversorgung wird in einheitlichen sozialrechtlichen Kontexten finanziert; Sonderregelungen für die Hochschulmedizin gibt es nur als extreme Ausnahme.
- Forschung und Lehre hängen überwiegend von Zuweisungen aus den Landeshaushalten ab; finanzielle Verbesserungen sind hier unwahrscheinlich, weitere Kürzungen eher das realistische Szenario. Hinzu kommen Erwartungen der Hochschulpolitiker, ohne annähernd entsprechende Finanzverstärkungen weitere Studentenzahlen auszubilden.
- Der Investitionsstau beginnt erst mit den Verschlechterungen durch die Föderalismusreform I. Der Tiefpunkt ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen wohl lange noch nicht erreicht.

Hinzu kommt eine stärkere Leistungs- und Ergebnisorientierung. Geld wird künftig in allen Aufgabenbereichen der Hochschulmedizin nur akquiriert werden können, wenn Ergebnisse qualitativ und quantitativ überzeugend an die maßgeblichen Finanziers ver- und übermittelt werden können. Strategien im Hinblick auf diese Herausforderungen sind deshalb gefragt.

7.3.1 Quantitative Reaktionen

Die erste Antwort auf diese Ausgangslage war eine Debatte über die Größe der deutschen Universitätsklinika. 700 oder 800 statt 1 200 oder 1 600 Betten würden reichen. So argumentierten viele mit Blick auf die USA, natürlich auch der Wissenschaftsrat, der seit den 80er Jahren ausgehend von der Fusion Universitätsklinikum Berlin-Charlottenburg und Städtisches Krankenhaus Rudolf Virchow sich vielfältig mit dieser Größenfrage beschäftigte. Dabei wurde vieles nicht beachtet. Erstens werden mit kleineren Klinika zwar die Investitionsbedürfnisse kleiner, nur die Betriebsergebnisse erfahren unkalkulierbare Bewegungen, weil mit Bettenreduzierungen zwar Teilkosten entfallen, aber auch Vollentgelte. Wirtschaftlich können derartige Strategien sehr schnell nicht intendierte weitere Verschlechterungen hervorrufen. Dann wird zweitens die Basis in der Krankenversorgung und Forschung reduziert. Die Relation von Patientenfällen zu Studenten, international ohnehin in Deutschland eher ungünstig, verschlechtert sich noch mehr. Damit sind

drittens kapazitätsrechtliche Auswirkungen für die Lehre möglich, die von den Gerichten nicht ohne Weiteres akzeptiert werden. Viertens werden die für die ärztliche Weiterbildung erforderlichen Mindestkapazitäten sehr schnell unterschritten. Fünftens sind kleinere Einheiten unattraktiver für herausragende Mediziner und Wissenschaftler.

Statt auf Schrumpfungen mit Rationalisierungen setzen einige Universitätsklinik auch auf Wachstumsstrategien. Dabei wird beabsichtigt, vorhandene Kapazitäten besser auszulasten und/oder mit geringen Grenzkosten Zusatzleistungen zu erbringen, die in der Konvergenzphase zunehmend besser finanziert werden und nach Abschluss ab 2009 volle Entgelte erbringen. Dieses Konzept setzt erstens eine entsprechende Markt- und Nachfragekonstellation sowie besonders attraktive, reputativ ausgewiesene Kliniken voraus. Zu beachten ist allerdings, dass Wachstumsstrategien im Aufgabenbereich Krankenversorgung möglicherweise die Zeitbudgets für Forschung und auch Lehre einschränken, was in der Hochschulmedizin nicht in jedem Fall hingenommen werden kann.

Bis auf die kapazitätsrechtlichen Fragen wären diese Probleme bei Schließungen (Siewert/Siess 2006, S. 587ff) nicht so bedeutend. Nur hier ist die zentrale Ausgangsprämisse, gleiches Geld für weniger Einrichtungen, bundesweit nicht plan-, steuer- und umsetzbar. Allenfalls in den Ländern wäre ein derartiges Konzept denkbar. Nur scheitert dieser Ansatz bisher ausnahmslos an der fehlenden politischen Kraft angesichts der Widerstände der Betroffenen und der Öffentlichkeit. Bei gebotenen Konstellationen haben Berlin, München und Schleswig-Holstein diese Option aufgeworfen und als politisch chancenlos verworfen. Bei ähnlichen Konstellationen in alten und neuen Bundesländern wird diese strategische Alternative jeweils erst gar nicht zugelassen oder zuerst verworfen. Im Gegenteil gibt es Länder wie Baden-Württemberg, die trotz der gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen eine weitere Hochschulmedizin in Mannheim, nur wenige Kilometer von dem etablierten Hochschulmedizinstandort Heidelberg entfernt, neu aufbauen.

Bringen Schrumpfungen keine Lösung und scheitern Schließungen an politischen Erwägungen, dann wird sehr gern der Lösungsversuch Fusion als Option gewählt. Dies ist explizit in Berlin und Schleswig-Holstein als Ausweg gewählt worden, später wurde auch die Privatisierung in Gießen-Marburg damit überlagert, andernorts wird diese Variante immer mal wieder erwogen und diskutiert. Solange jedoch diese Fusionen in den Zielsetzungen nicht ehrlich veranschlagt und mit echten strukturellen Veränderungen konzipiert werden, verfehlen sie nicht nur die Ausgangsproblematik, sondern beschwören reihenweise ungewollte Konflikte, die insgesamt die Leistungsfähigkeit dieser Hochschulmedizininkomplexe schwächen. Potenziert werden diese Probleme, wenn nur die Universitätsklinik fusioniert werden, die Fakultäten und Universitätszuordnungen aber getrennt bleiben. Entsprechend wird es schwerer, im Rahmen von Berufungen herausragende Kandidaten zu gewinnen, im vorhandenen Personalbestand macht sich sehr oft Niedergeschlagenheit und Resignation über die Folgen von nicht konsequent angesetzten Fusionen breit.

Da sind die Erfahrungen mit Kooperationen schon positiver. Eine Kommission für die Weiterentwicklung der Hochschulmedizin in Baden-Württemberg hat 2006 die Schaffung von „Kompetenzzentren“ empfohlen. Damit ist die Konzentration eines Faches in einem Bundesland an ein oder zwei Standorten mit der Maßgabe

gemeint, die anderen Fakultäten mitzuversorgen. So werden ganze Institute oder Kliniken eingespart. Dies betrifft vorrangig die Lehre. Aber auch die Absprache in diesem Bundesland, teure Leber- und Herztransplantationen nur noch an zwei Standorten zu konzentrieren, schafft finanzielle Entlastungen und vermutlich über den „high-volume“-Effekt auch Qualitätsverbesserungen. In der medizinischen Forschung sind solche standortübergreifenden Fusionen zukünftig dann unabdingbar, wenn die Projekte mit millionenschweren Investitionen verbunden sind, die für jeden einzelnen Standort nicht finanzierbar sind. Solche Kooperationen sind nicht nur zwischen den Fakultäten und Universitätsklinika prüfenswert. Es gab bereits in der Vergangenheit vielfältige Beispiele über die Zusammenarbeit von Universitätsklinika und Fakultäten mit umliegenden Krankenhäusern. Dies ermöglicht Arbeitsteilung in der Krankenversorgung und fördert Zuweiserbeziehungen. In der Lehre sollten zunehmend diese Krankenhäuser auch in die Ausbildung des 1. und 2. Klinischen Studienabschnitts einbezogen werden, wobei allerdings die Wissenschaftsminister begleitend das völlig veraltete Kapazitätsrecht anpassen müssten. Auch für die ärztliche Weiterbildung und die Rekrutierung von Patienten für klinische Studien erweisen sich derartige Kooperationen als vielfältig vorteilhaft. Insgesamt dürften diese Kooperationen für die Zukunft noch erhebliche Handlungsmöglichkeiten beinhalten.

Der weitestreichende Ansatz zur Lösung der finanziellen Ausgangsprobleme ist die Privatisierung von Universitätsklinika und/oder Medizinischen Fakultäten. Vorrangig wird die Variante diskutiert und betrieben, die (Teil-)Lösungen des Investitionsstaus bezweckt (Strehl 2003a, S. 113ff; Strehl 2003b, S. 86ff). Hierzu werden einmal Verkaufspreise als einmalige Finanzierungsquelle in Betracht gezogen (so vor einigen Jahren der inzwischen aus der Politik verschwundene FDP-Wirtschaftsminister Döring oder die gegenwärtige Landesregierung Schleswig-Holstein mit der Variante, Lübeck verkaufen, um Kiel investiv zu sanieren). Dann geht es zumeist und vorrangig um Investitionsverpflichtungen des Erwerbers. Hier sind derzeit in Anlehnung an Gießen-Marburg und den Erwerb des Krankenhauskomplexes Berlin-Buch zumeist einmalige Investitionsverpflichtungen zwischen 150 bis maximal 300 Mio Euro im Gespräch. Zumeist basieren diese Konzepte auf nicht transparenten und offen gelegten Ausgangsanalysen, die erkennbar zu kurz greifen. Es ist angesichts der bekannten Defizite im Investitionsverhalten der Vergangenheit durch die alten Träger und den definierbaren künftigen Investitionsbedarf für Bauten, Betriebs- und Medizintechnik sowie im IT-Segment offensichtlich, dass diese in Rede stehenden Beträge niemals ausreichen, um bis ca. 2012/2015 die erforderlichen Investitionen abzudecken. Hinzu kommt, dass unter den bestehenden G-DRG-Bedingungen und angesichts der Unsicherheiten über den Ordnungspolitischen Rahmen im Krankenhauswesen ab 2009 betriebliche Refinanzierungskonzepte mit erheblichen Risiken behaftet sind. Sicher ist schon jetzt eine anzunehmende Belastung der Krankenhaus-Wirtschaftspläne um ca. 10 % durch die Kapitaldienstlasten und Renditeerwartungen. Neben den Belastungen durch Preiserhöhungen, Steuern und Zwangsabgaben kommt auf diese Betriebe ein Rationalisierungsdruck zu, der letztlich nur durch eine andere Art der Medizin, die im weißen Kernbereich erheblich kostengünstiger arbeitet, erwirtschaftet werden kann. Diese Umstrukturierungen werden aber gerade dann nicht einfach zu konzipieren und umzusetzen sein, wenn die Privatisierung durch eine Fusion der Universitäts-

klinika ohne eine Zusammenführung auch der Medizinischen Fakultäten und die Anbindung an nur eine Universität gestaltet werden soll. Die Privaten vergeben bei der Akzeptierung solcher Rahmenbedingungen ihre eigentlichen Vorteile, die in der fehlenden bürokratischen und politischen Behinderungen bei strategischen Unternehmensentscheidungen, bei der Personalgewinnung und -vergütung, beim Einkauf, Vergaberecht und bei der Freiheit vom öffentlichen Bau-(un)wesen gesehen werden müssen.

Schließlich lernen auch die Universitätsklinik, dass viele ihrer Anpassungsstrategien schnell in das unvertraute Visier des Kartellrechts geraten können. Zwar schützen noch die Bagatellgrenzen, aber bei Privatisierungen haben Krankenhausketten diese Umsatzgrenzen bereits überschritten und auch die Universitätsklinik erreichen nach der Beteiligung/Übernahme schnell diese Grenzen und werden damit bei allen überbetrieblichen Aktionen kartellrechtlich beobachtet. Derzeit läuft eine Bestandsaufnahme, jedoch zeichnet sich bereits ab, dass die Besonderheiten des Aufgabenverbunds von Krankenversicherung, Forschung, Lehre und Weiterbildung unmöglich sachadäquat vom bestehenden Kartellrecht erfasst werden. Da mit der beabsichtigten Eliminierung des Hochschulrahmengesetzes die letzte bundesrechtliche Gesetzesregelung im Hochschulbereich entfallen wird, kommt es darauf an, im GWB die Besonderheiten der Hochschulmedizin speziellen Regelungen zuzuführen, wenn nicht unsinnige Handlungsbeschränkungen bei Kooperationen, Fusionen und Privatisierungen Anwendung finden sollen.

7.3.2 Strukturelle Strategien

Besondere finanzielle Erfordernisse erwachsen für die Hochschulmedizin aus ihrem Aufgabenverbund. Sie unterscheidet sich von allen anderen Einrichtungen der Universität einerseits und von normalen Krankenhäusern andererseits dadurch, dass sie einen komplexen Aufgabenverbund einschließt. Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung sowie die Personalentwicklung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung und der Pflege des wissenschaftlichen Nachwuchses gehören zu diesem Aufgabenverbund. Dieser Verbund ist unter Gesichtspunkten der Qualität auszurichten und zu optimieren. Je nachdem, wie dieser Verbund ausgestaltet ist, spielt die Wirtschaftsführung dieses Komplexes angesichts immer knapper werdender Finanzen eine zunehmende Rolle. Dabei sind zwei grundsätzliche Strategien auszumachen. Einmal kann man eine oder mehrere Aufgaben dieses Verbundes priorisieren. Forschung oder Krankenversicherung werden diskutiert als Leitaufgaben, denen alle anderen zu „dienen“ haben. Eine zweite Strategie besteht darin, Einzelaufgaben ihrerseits zu spezialisieren und zu maximieren.

Bei dem ersten Ansatz geht es um die Komposition des Aufgabenverbundes. Die idealtypische Betrachtungsweise dieses Verbundes ist auf eine Ausgewogenheit angelegt. Dies muss schlicht und einfach als weltfremd bezeichnet werden und trifft die Realität allenfalls im extremen Ausnahmefall. Faktisch sind viel mehr sehr unterschiedliche Strukturierungen und Akzentuierungen anzutreffen. In der Diskussion in Deutschland um die Hochschulmedizin hat der Wissenschaftsrat sehr lange mit falschen Typenvermutungen versucht, die Diskussion zu beeinflussen. Die deutsche Hochschulmedizin wurde mit dem Pauschalverdacht überzogen, in diesem Aufgabenverbund würde die Krankenversorgung mit ihren Bedürfnissen und vor

allem finanziellen Erfordernissen die anderen Teilaufgaben dominieren. Dies sei die maßgebliche Ursache für einen angeblich international eher bescheidenen Rang der medizinischen Forschung in Deutschland. Als Schlussfolgerung haben der Wissenschaftsrat, aber auch andere staatliche Förderorganisationen die Forderung erhoben, die Universitätsklinik seien in ihrem Leistungsspektrum funktional auf die Forschung zu beziehen. Weniger Krankenversorgung, und die auch noch streng auf die Bedürfnisse der Forschung ausgerichtet, sei das Rezept für die vermeintlich kränkelnde Hochschulmedizin in Deutschland. Von Lehre ist dabei eher weniger die Rede, wenn auch hier generell Verbesserungsbedarf attestiert wird. Über die schwierige Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses, der ständig zwischen den Polen hin und her gestoßen wird, sich der ärztlichen oder wissenschaftlichen Karriere zu verschreiben, wird ebenfalls in periodischen Abständen geklagt.

Diese holzschnittartige Betrachtungsweise kann heute allen Ernstes nicht mehr aufrechterhalten werden. Erstens hat niemals in der Hochschulmedizin an allen Standorten die Krankenversorgung die Forschung dominiert. Der Wissenschaftsrat hat selbst in seinen Begutachtungen hierfür zahlreiche Beispiele als Gegenbeweis geliefert. Zweitens wird der Rang der medizinischen Forschung im internationalen Vergleich zu undifferenziert, wenn nicht gar falsch betrachtet. Auch werden keine empirischen Belege für dieses kritische Urteil geliefert. Aus der Sicht des Auslandes steht die deutsche Hochschulmedizin in der Versorgung, aber auch in der klinischen und der Grundlagenforschung, wettbewerbsfähig da. Erforderlich wäre eine differenzierte, methodisch saubere Bestandsaufnahme. Hier würden sich vermutlich deutlich differierende Abweichungen ergeben.

Anzuraten ist vielmehr eine Betrachtung des Aufgabenverbundes ohne ein einheitliches Basiskonzept. Der Blick auf die USA zeigt, dass unter den mehr als 100 Medical Schools allenfalls zehn bis fünfzehn als in der Breite forschungsgetrieben gekennzeichnet werden können. Diese sind überwiegend solide Aufgabenverbünde einer Hochschulmedizin, die ihren Aufgaben in der Lehre, Weiterbildung und Krankenversorgung grundsollide nachgehen und allenfalls vereinzelt Forschungsschwerpunkte aufweisen. Dieser eher pragmatische, auf Typen unterschiedlich angelegte Blick sollte auch für die Situation in Deutschland herangezogen werden. Schon die Unterschiede in der finanziellen Ausstattung mit Lehr- und Forschungszuschüssen einerseits und Investitionsmitteln andererseits kann nur zu dem Schluss führen, dass es in Deutschland nur einige Standorte geben kann, die in höherem Ausmaß durch eine Vielfalt von Forschungsschwerpunkten in der Hochschulmedizin geprägt werden. Es ist gerade die Hauptaufgabe der strategischen Ausrichtung der Hochschulmedizin an den einzelnen Standorten, den Aufgabenverbund so auszurichten und zu profilieren, dass Tradition, finanzielle Situation und personelle Stärkungen in Deckung gebracht werden. Mehr als dreißig forschungsgetriebene Einrichtungen für Hochschulmedizin in Deutschland sind insofern kein realistisches Konzept.

Ein zweiter Ansatz besteht darin, innerhalb der Aufgabenbereiche asymmetrische Akzentuierungen zu forcieren. Supramaximalversorgung (Sachverständigenrat 1997/8, S. 124ff; Tecklenburg 2007, S. 488ff) in der Krankenversorgung oder Clusterbildung in der Forschung bilden hier die Leitkonzepte. Dabei kann am Beispiel der Krankenversorgung erläutert werden, dass ein expliziter Verzicht auf Regel- und Basisversorgung mit diesem Ansatz verbunden ist. Dies kann als Konzept tragen, wenn verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. Erstens braucht man

Spitzenkräfte in den jeweiligen medizinischen Fachdisziplinen. Zweitens treibt im Normalfall eine dichte Konkurrenz mit Krankenhäusern dieser Versorgungsstufen zu dieser Spezialisierung. Drittens muss man die Auswirkungen für Lehre und Weiterbildung im Auge haben und externe Ergänzungen organisieren. Viertens müssen diese Leistungsschwerpunkte der Supramaximalversorgung im G-DRG-System vorteilhaft abgebildet sein und ein auskömmliches Wirtschaften erlauben. Kommt all dies zusammen, kann die Strategie der Konzentration auf Supramaximalversorgung tragen. Ähnliches könnte man als Rahmenerfordernisse für eine Clusterbildung in der Forschung formulieren.

Insofern ist es angeraten, wenn die Hochschulmedizin sich ihrer Kernkompetenzen in den jeweiligen Aufgabenbereichen und als Verbund sehr wohl bewusst ist. Dabei hat sich ein Bündel von Alleinstellungsmerkmalen der Universitätsklinik herauskristallisiert (Strehl 2006, S. 571ff), das ihnen im deutschen Krankenhauswesen eine besondere, herausgehobene Stellung verleiht:

- (1) Personelles Know-how: Speziell ausgebildete und über die ständige Verbindung mit Forschung und Fortbildung weiterqualifizierte medizinische Spitzenkräfte.
- (2) Technisches Equipment: Wegen der besonderen Investitionsförderung stehen die modernsten Hightech-Geräte in einzigartiger Breite und Menge zur Verfügung.
- (3) Innovationsnähe und -verfügbarkeit: Durch die enge Verbindung mit der Klinischen Forschung verfügen die Universitätsklinik über erheblich größere Einsatzmöglichkeiten modernster und brandneuer Geräte, Diagnostika, Medikamente und Medizinprodukte in der klinischen Anwendung.
- (4) Interdisziplinarität: Höchste Spezialisierung und gleichzeitig weitreichende Kooperationen mit Konsilien, Departments, Zentren.
- (5) Fallspektrum: Hohe Inanspruchnahme für komplexe, schwerste und seltene Fälle.
- (6) Verbindung zur Forschung: Die Forschung in der Medizinischen Fakultät, aber auch die enge Verbindung mit der Biologie, Biochemie, Pharmakologie und Medizintechnik liefert ständig neue Konzepte aus der Forschung für den Transfer in die Krankenversorgung. Die Markteinführung innovativer Pharmaka, Medizinprodukte, Instrumente und Verfahren wird zum überwiegenden Teil über die Universitätsklinik abgewickelt, die hieraus zumeist einen ein- bis zweijährigen Anwendungsvorsprung beziehen.
- (7) Beste Nachwuchskräfte: Natürlich kommen die meisten Ärzte nicht nur zur Weiterbildung an die Universitätsklinik, sondern sie wollen als wissenschaftlicher Nachwuchs eine bestimmte Wissenschaftlerkarriere einschlagen. Damit verkörpern sie eine Bestenauslese besonderer Art.
- (8) Mehr Geld? Dies kann so umstandslos nur mit weiteren Erläuterungen gelten. Einerseits fehlen den Universitätsklinik bei bestimmten Leistungen im DRG-System, wie dargelegt, ausreichende Finanzierungen. Andererseits verfügen sie einmal über die Forschungsmittel und dann vor allem bei den Investitionen über Ressourcen, die in dieser Qualität und Quantität normale Krankenhäuser nicht haben. Diese sind zwar nicht für den Einsatz in der Krankenversorgung bestimmt, bilden aber teilweise eine „verstärkende“ Infrastruktur im Hintergrund.

Diese Kernkompetenzen sind nicht automatisch vorhanden. Es handelt sich vielmehr um Anlagen der Hochschulmedizin, die diese im Unterschied zu anderen Krankenhäusern aufweist, die aber der Aktivierung bedürfen, um hieraus Wettbewerbsvorteile in der Krankenversorgung, Forschung und oder Lehre zu beziehen. Kernkompetenzen müssen sich u. a. in einem unterscheidbaren Patientennutzen, besonderem Prozesswissen, deutlicher Abhebung von Mitbewerbern und künftiger Ausbaufähigkeit zeigen (Nagel 2007, S. 73ff), dies sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung und in der Ausbildung.

Qualitativ haben die Universitätsklinika deshalb strategische Entwicklungspotenziale, die sie deutlich von anderen Krankenhäusern unterscheiden. Allerdings müssen sie es erreichen, den Aufgabenverbund sachgerecht zu komponieren, Einzelaufgabenbereiche richtig auszugestalten und zuzuspitzen sowie ihre Kernkompetenzen zu nutzen. Dies ist in eine strategische Ausrichtung einzubetten, die für jede Fachdisziplin die Nachfrage und Zuweiserstrukturen, die Konkurrenzsituation und die internen Stärken und Schwächen identifiziert und in die Unternehmensentscheidungen einbezieht.

7.3.3 Dritter Sektor

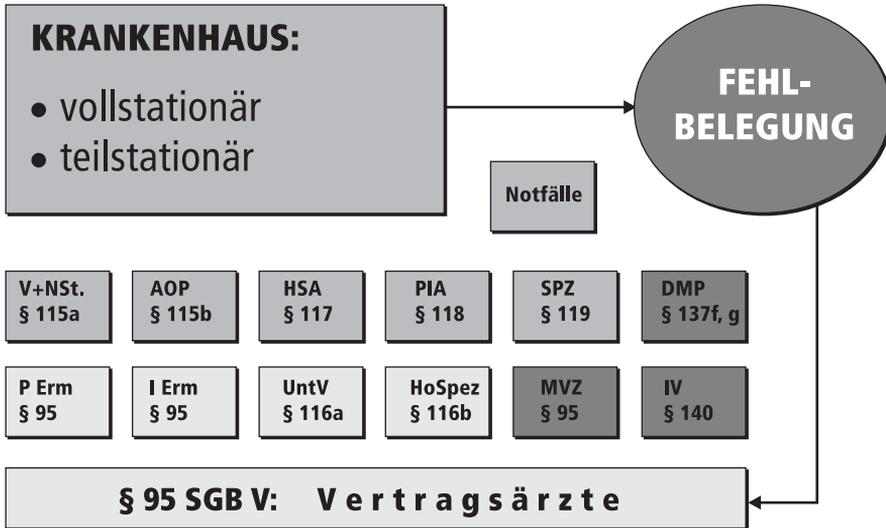
Der vollstationäre Sektor, auch der Universitätsklinika, ist unter Abschmelzdruck. Dies liegt erstens an spezifischen deutschen Überkapazitäten im internationalen Vergleich. Zweitens hat die „Ambulantisierung“ erst die kleine Chirurgie und inzwischen auch wichtige Bereiche der konservativen Medizin erfasst. Zum Beispiel werden in akademischen Kernfächern wie der Gastroenterologie, Endokrinologie, Onkologie auch belastende Therapien zunehmend nichtstationär erbracht. Schließlich gehen drittens viele Patienten nicht ohne Not ins Krankenhaus, wenn diagnostisch und/oder therapeutisch ambulante Alternativangebote verfügbar sind.

Und dies ist zunehmend der Fall. Gesetzlich wurden mit den letzten Gesundheitsreformen viele neue nichtstationäre Leistungen eingeführt und bestehende belebt, wie aus Abbildung 7–1 ersichtlich wird.

Viele dieser 13 weder vollstationären noch vertragsärztlichen nichtstationären Leistungssegmente sind erst neu gesetzlich geregelt worden. Sie eröffnen auch für die Universitätsklinika neue Möglichkeiten. Dies ist nicht nur unter Aspekten des Wettbewerbs und der wirtschaftlichen Auslastung von Kapazitäten von Bedeutung. Viel wichtiger ist der Umstand, dass die studentische Lehre und die Weiterbildung nur die hinreichende Basis eines gefächerten Patientenspektrums finden, wenn dieser 3. Sektor von den Universitätsklinika erschlossen und aktiv entfaltet wird. Anderenfalls hätten traditionsreiche medizinische akademische Disziplinen keine hinreichende praktische Basis mehr.

Nur muss realistisch derzeit zwischen den gesetzlich angelegten Möglichkeiten und ihren oft vertraglichen Realisierungen sehr genau unterschieden werden. Vieles versandet an Initiativen im Bermudadreieck der Selbstverwaltung von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Universitätsklinika oder Krankenhäusern. Als Beispiel sei nur der Versuch des Gesetzgebers angeführt, über § 116b SGB V die Hochleistungs-Ambulanz-Medizin separiert zu regeln. Die Kassen haben dieses Instrument systematisch blockiert. Auch ist kritisch festzustellen, dass dieser 3. Sektor ohne jede Homogenität und Struktur ist. Leistungsdefinitionen, Zu-

Abbildung 7-1
Das nichtstationäre Krankenhaus ab 2007



lassungen, Preise, Budgetierungen und Qualitätsanforderungen sind nicht aufeinander bezogen und oftmals ohne systematischen Zusammenhang vereinzelt ausgestaltet. Dies bläht insbesondere die Vertrags- und Abrechnungsbürokratie auf und behindert vernünftige Prozessgestaltungen.

Schließlich hat die Universitätsmedizin besondere Handicaps bei der Inanspruchnahme von Integrationsverträgen, DMP etc. Die weiteren neuen Institutionen des Sozialrechts zur Erbringung nichtstationärer Leistungen durch die Universitätsklinik (IV, DMP usw.) spielen für sie keine bedeutende Rolle. Dies liegt vorrangig darin begründet, dass über die Möglichkeiten der Hochschulambulanz die Universitätsklinik über Jahrzehnte andauernde positive Erfahrungen in der Erbringung sektorübergreifender integrierter Versorgung verfügen, allerdings mit unzulänglichen Finanzierungen. Da diese Kombinationen aus einer Hand erfolgen, können die komplizierten sozialrechtlichen Vorschriften über Vertragspartner aus allen Sektoren als Prämisse für DMP und IV-Verträge nicht erfüllt werden. Die Aufbohrung der Kombination stationäre Universitätsklinik / Hochschulambulanz durch Einbeziehung in der Regel nicht so kompetenter Vertragsärzte oder sonstiger Versorgungseinrichtungen ist an sich unsinnig und zudem in vielen Fällen strategisch und finanziell uninteressant. Die derzeitige Zwischenbilanz im neuen 3. Sektor ist für die Hochschulmedizin deshalb auch eher ernüchternd.

Für die Universitätsklinik hat der Verband der Universitätsklinik Deutschlands deshalb im letzten Reformgesetzgebungsverfahren vorgeschlagen, eine Schwerpunktbildung im Regelungsbereich der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) vorzunehmen und insbesondere durch erweiterte Tatbestände den § 116b zu integrieren. Dies ist letztlich nicht berücksichtigt worden, obwohl viele Fachleute

dies befürwortet hatten. Dieser 3. Sektor nimmt an vielen amerikanischen Medical Schools oft 50% des Umsatzes ein und garantiert die Patientenbasis für Forschung und Lehre. Er wird dann für die deutschen Universitätsklinika ein strategisch bedeutsames Feld, wenn der Gesetzgeber die notwendige Strukturierung und Ordnung vornimmt und die Blockadechancen der verschiedenen Interessenvertreter der Selbstverwaltung zurückgedrängt werden können.

7.3.4 Innovationen

Die strategischen Entwicklungsperspektiven der Hochschulmedizin hängen maßgeblich davon ab, wie sie in der Lage ist, Innovationen anzuziehen, einzuführen, zu finanzieren und zu evaluieren. In der Vergangenheit (vgl. Arnold/Strehl 2001, S. 159ff) hatten Hochleistungskrankenhäuser nur eine Schranke bei der Einführung von Innovationen zu beachten. Es gab keine Bundesausschüsse mit Entscheidungszuständigkeit für die Zulassung von Innovationen in der stationären Versorgung. Die Pflegesätze als Preisform stellten auf die Anwesenheit pro Tag ab, formulierten aber keine medizinischen Kriterien für die Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen im Rahmen der stationären Versorgung. Lediglich die Budgetierung der Krankenhausfinanzierung wirkte als Limitierungsfaktor. Grundsätzlich konnten die Mediziner im jeweiligen Krankenhaus entscheiden, welche diagnostischen und/oder therapeutischen Verfahren, Produkte etc. sie einsetzten. Sie mussten nur beachten, dass sie mit ihrem Budget auskamen. Keine externe Stelle machte ihnen Vorschriften. In diesem Bezugsrahmen erwies sich die deutsche Krankenhausmedizin als extrem innovationsfähig; letztlich entschieden Mediziner, welche Einsparungen zugunsten von Innovationen vorzunehmen waren. Dies änderte sich mit der Einführung des DRG-Systems und den verschiedenen Gesundheitsreformen, die versuchten, den Gemeinsamen Bundesausschuss als zentrale Regulierungsstelle für die Definition des medizinischen Standards zu etablieren.

Im DRG-System werden die Preiskategorien detailliert durch Diagnosen, Nebendiagnosen, weitere medizinische Daten und Prozeduren definiert. Innovationen tangieren vorrangig die Prozeduren. Ändern sich Labormethoden, bildgebende Diagnostik, Medikamente, Medizinprodukte, Instrumente oder Verfahren, dann sind zumeist neue OPS-Schlüssel, Kostenkalkulationen und Änderungen der Algorithmen zur DRG-Berechnung erforderlich. Aus Australien und anderen Ländern mit DRG-Praxis ist übermittelt, dass Einpflegungen von Innovationen in das DRG-System Innovationsfenster von bis zu fünf Jahren aufreißen. In dieser Zeit sind teurere Innovationen gegenüber dem DRG-Standard unterfinanziert. Hiervon sind insbesondere Universitätsklinika immer wieder betroffen. Der Gesetzgeber hat deren Klage aufgenommen und „Innovationsentgelte“ (§ 6 KHEntgG) für zulässig erklärt. Das InEK bearbeitet die Anträge für dieses Entgelt jedes Jahr zwischen Oktober und Januar zügig. Die Kassen blockieren diese Möglichkeiten zweifach. Erstens haben sie rein diagnostische Innovationsentgelte ausgeschlossen, weil sie hier keine Möglichkeiten sehen, die Leistungserbringung und Abrechnung zu steuern. Dies ist inzwischen als rechtswidrige Vorgehensweise durch Gutachten eingestuft worden. Zweitens verhandeln sie örtlich diese Innovationsentgelte erst spät im Jahr und dann äußerst selektiv. Damit hat sich diese an sich sinnvolle Kategorisierung des Gesetzgebers als in der Praxis kaum umsetzbar erwiesen. Drittens hat sich ge-

zeigt, dass für alle Universitätsklinik dieses Ertragssegment 0,4% ausmacht, was in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedeutung und dem bürokratischen Aufwand steht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), ertüchtigt durch weitere Gesundheitsreformen, strebt eine Zulassungskontrolle von Innovationen auch im stationären Sektor an. An sich behandelt das Sozialrecht den vertragsärztlichen und stationären Bereich unterschiedlich. Während für den ambulanten Sektor ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, d. h. Innovationen müssen explizit vom GBA zugelassen werden, ist das Prinzip im Krankenhausbereich umgekehrt: Erlaubt und damit zulässig ist die Leistungserbringung von Innovationen, solange sie nicht explizit als GKV-Leistung ausgeschlossen sind. Der GBA forciert nun einerseits Prüfungen mit dem Ziel, an sich Erlaubtes zu verbieten. Andererseits versucht er, durch Verfahrensordnungen Innovationen schon dann zu verbieten, wenn Prüfverfahren angelaufen sind und Unsicherheit hinsichtlich von Nutzen und Kostenauswirkungen bestehen. Dies alles läuft auf der Ebene von Einzelkontrollen ab, was angesichts der überbordenden Vielzahl von Innovationen die Problematik aufwirft, wie der GBA mit seinen Hilfsinstitutionen diese Aufgabenstellung nur einigermaßen angemessen be- und abarbeiten will.

Für die strategische Ausrichtung der Universitätsklinik in den kommenden Jahren wird entscheidend sein, wie der Gesetzgeber mit dieser Problematik umgehen wird. Mit Blick auf ausländische Beispiele erscheinen alternative Vorgehensweisen erwägenswert. Hier werden Innovationen teilweise einer Stufenzulassung unterzogen, die ihre Einführung für zwei Jahre zunächst nur in bestimmten Einrichtungen erlaubt. In Deutschland wäre zu prüfen, ob Nutzen- und Kostentests insbesondere von teuren Innovationen ohne gesicherte Überlegenheit zunächst etwa 100 Krankenhäusern vorbehalten bleiben sollten. Diese müssten über besondere personelle, organisatorische und instrumentelle Prüfeinrichtungen verfügen und sich zu einer aussagefähigen rechtzeitigen Berichterstattung verpflichten. Für die Universitätsklinik könnte hier eine neue Premiumaufgabe erwachsen, die an bestimmte ihrer Alleinstellungsmerkmale und Spezialkompetenzen anknüpfen sollte.

7.3.5 Strategische Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin

Die Hochschulmedizin hängt in ihren strategischen Möglichkeiten in extrem hohem Maß von der Weiterentwicklung der gesundheits- und finanzpolitischen Rahmenbedingungen in den kommenden zehn Jahren ab. Sie muss aber ergänzend ihre strategische Handlungsfähigkeit dramatisch ausweiten, wenn sie bestehen und ihre Chancen nutzen will. Wettbewerbsfähigkeit ist auch abhängig von den Governancestrukturen, insbesondere von der Leitungsorganisation und dem Führungsverhalten. Dabei steht im Vordergrund die Umorientierung von Personen oder Berufsgruppen zu Aufgaben. Das Dilemma besteht dabei darin, dass einerseits gerade die medizinischen Leistungsträger und Fachkräfte den primären Produktionsvorteil bilden, sie andererseits aber mit ihren Sonderinteressen nicht das strategische Programm der Hochleistungsmedizin einseitig dominieren dürfen. Diese Mitarbeitergruppen waren in der Vergangenheit darin geübt und erfolgreich, das Leistungsportfolio nach ihren Wünschen und ihrem Können zu prägen. Künftig kann das Leistungsprogramm der Hochleistungsmedizin nicht mehr „ärztegetrieben“ ausgerichtet wer-

den, sondern muss das Ergebnis strategischer Entscheidungen sein, die aus externen Markt- und Konkurrenzanalysen einerseits und internen Stärken- und Schwächenbetrachtungen andererseits resultieren.

Hierzu muss das Management der Hochschulmedizin in mehrfacher Hinsicht unabhängig und kompetent weiterentwickelt werden. Erstens ist die Abkoppelung von Resten der staatlichen Einflussnahme zu vollenden. Personal- und Bauhoheit zählen ebenso hierzu wie eine Gleichstellung in Vergabeverfahren. Der Trägereinfluss muss über den Aufsichtsrat geleitet werden, in dem allerdings durch die Zusammensetzung und personelle Auswahl Sachkompetenz und Unabhängigkeit dominieren müssen. Politische „Durchseuchungen“, oftmals auch das Problem in vielen Aufsichts- oder Beiräten kommunaler Krankenhäuser, müssen verhindert werden, wenn strategische Handlungsfreiheit angesagt ist.

Sodann ist insbesondere die Medizinische Fakultät im Verbund der Hochschulmedizin mit einer Sonderstellung gegenüber den zentralen Universitätsorganen auszustatten. Eine Professionalisierung der Fakultätsspitze kann nicht erreicht werden, wenn sie Rektoraten und Akademischen Senaten unterstellt ist. Dann können auf Dauer keine kundigen und entscheidungsorientierten Führungskräfte für die Medizinische Fakultät gewonnen und gehalten werden.

Damit ist auch offensichtlich, dass das in der Akademia an sich noch vorherrschende Prinzip einer Mandatierung von unten der strategischen Handlungsfähigkeit der Hochschulmedizin entgegenstehen muss. Hierzu gehören Bestimmungen, die selbst in Reformgesetzentwürfen immer noch auftauchen. Anzuführen sind Verpflichtungen des Dekans, im Klinikumsvorstand Beschlüsse des Fakultätsrates zu beachten. Gleiches gilt für Vetorechte der Fakultäten im Privatisierungsvertrag von Gießen und Marburg. Auch der Wissenschaftsrat verfällt in seinen Empfehlungen immer wieder in derartige Strukturmuster.

Governance in der Hochschulmedizin fördert die strategische Handlungsfähigkeit nur, wenn der oder die Vorstände und der Aufsichtsrat und ihre Mitglieder sich nur ihr und nicht auch maßgeblich ihren entsendenden Institutionen verpflichtet fühlen. Entsprechende Anfälligkeiten von Vertretern der Ministerien und Rektorate konnten praktisch beobachtet werden. Es ergibt sich aus der Natur des Aufgabenverbundes, dass an den offenen Schnittstellen zur Universität, Gesundheits-, Wissenschafts- und Finanzpolitik des Landes strategische Ausrichtungen durch die jeweilige Hochschulmedizin zu leisten sind. Diese sind allerdings im Sinne der Hochschulmedizin auszugestalten und nicht als politisch taktische Prozesse zu prägen. Genauso muss die Hochschulmedizinleitung nach innen aktiv informieren, kommunizieren und überzeugen. Es muss ihr gelingen, eine Wissensorganisation zu praktizieren, in der sie das oftmals einzigartige Wissen und Können ihrer Leistungsträger für den Gesamtverbund aktiviert. Dann gewinnt sie auch die Hochschullehrer, Chefarzte und weitere wichtige Berufsgruppen für ein Konzept nachhaltiger strategischer Aufgaben-, Markt- und Stärkenausrichtung, mit dem die Hochschulmedizin bestehen und wachsen kann.

7.4 Literatur

- Arnold M, Strehl R. Wie kommen Innovationen ins DRG-System? In: Arnold M, Litsch M, Schell-schmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer 2001; 159ff.
- Braun D. Gesundheitsforschung und Fördersysteme im internationalen Vergleich. Bonn 1993. DKG. Krankenhausstatistik.
- Klaßmann R. Aktuelle Besteuerungsfragen für Krankenhäuser und Krankenhausträger. Düsseldorf 2005, 154f.
- KMK. Datenerhebung 2001 bis 2004, 2006.
- Knorr KE, Klaßmann R. Die Besteuerung der Krankenhäuser. Düsseldorf 2004; 348f.
- Lauterbach K et al. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten. Sankt Augustin 2003.
- Nagel R. Lust auf Strategie. Stuttgart 2007; 73ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 1997. Baden-Baden 1997/8; 124ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003, Band II. Baden-Baden 2003; 290.
- Siewert R, Siess M. Das Universitätsklinikum der Zukunft. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg 2006; 587ff.
- Strehl R. Hindernisse und deren Überwindung bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Hochleistungskrankenhäuser. In: Arnold M, Paffrath D (Hrsg). Krankenhaus-Report 1995, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1995; 101ff.
- Strehl R. Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? In: Arnold M, Klauber J, Schell-schmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart: Schattauer 2003; 113ff.
- Strehl R. Operationalisierungsfragen – Investition, Finanzierung, Personal. In: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg. Teilprivatisierung der Universitätsklinik. Stuttgart 2003; 86ff.
- Strehl R. Strukturelle Entwicklungen der Universitätsklinik aus Verwaltungssicht. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg 2006; 571ff.
- Tecklenburg A. In einem morbiditätsgesteuerten Gesundheitssystem sollen Maximalversorger die Regie übernehmen. Krankenhaus-Umschau 2007; 488ff.
- von Gaertner HO. Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Rheinland-Pfalz. Vortrag Medizinischer Fakultätentag Juni 2007.
- Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen. 2006.

This page intentionally left blank

„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung

Stefan Felder, Stefan Fetzter und Jürgen Wasem

„In commerce by-gones are forever by-gones; and we are always starting clear at each moment judging the value of things with a view to future utility.“¹

Stanley Jevons, *Theory of Political Economy*, 1871

Abstract

Nur in einem monistischen Finanzierungssystem sind effiziente Innovationsentscheidungen im Krankenhaus möglich. Gegen einen zügigen Übergang in die Monistik wird oftmals eingewendet, dass zunächst der bestehende Investitionsstau abgebaut und gleiche Startchancen für die Krankenhäuser gewährleistet werden müssten. Bei dieser Argumentation wird aber übersehen, dass Investitionsentscheidungen grundsätzlich in die Zukunft gerichtet sind. Eine monistische Finanzierung führt zu höheren Fallpauschalen und schafft so hinreichende Voraussetzungen für neue Investitionen. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollte in einem monistischen Finanzierungsregime entweder an die Kommunen oder die Krankenkassen übertragen werden. Das Angebot der erforderlichen Krankenhausleistungen kann in einer Region ausgeschrieben werden, falls der Markt dieses nicht erzeugt.

The dualistic hospital financing scheme in Germany leads to inefficient investment decisions. Critics of a monistic financing system argue that first of all the existing investment gap needs to be reduced and that all hospitals should have equal starting chances. However, they ignore the forward-looking nature of investment decisions. A monistic financing scheme leads to higher hospital prices and thus sufficient incentives for new investments. Furthermore, we propose a bidding process for the supply of hospital services in regions which do not provide a sufficient level of inpatient health care. Thereby, either local authorities or statutory health insurance funds should bear the responsibility for an adequate level of inpatient care.

¹ In geschäftlichen Angelegenheiten gilt „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zu jedem Zeitpunkt überlegen wir neu und beurteilen den Wert der Dinge nach ihrem künftigen Nutzen.

8.1 Einleitung

Stuttgart (dpa) (9.3.2007) *Die Krankenhausversorgung in Deutschland soll nach dem Willen der Gesundheitsminister der Länder auch weiterhin eine staatliche Aufgabe bleiben. Darauf haben sich die Minister bei einem Treffen in Stuttgart gestern geeinigt. Zudem kamen sie überein, Alternativen zur bisherigen Finanzierung der Krankenhäuser prüfen zu lassen.*

Das bisherige System der Krankenhausfinanzierung ist dadurch charakterisiert, dass die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassen finanziert, die Investitionskosten hingegen von den Ländern übernommen werden. Die Bedarfsermittlung für Investitionen ergibt sich dabei nach dem Krankenhausplan eines Landes und orientiert sich nach der Zahl und der Art von Krankenhausbetten anhand von regionalen Kennzahlen wie der Bevölkerungszahl, der Verweildauer, der Krankenhaushäufigkeit oder der Bettenauslastung. Krankenhäuser, die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, so genannte Plankrankenhäuser, haben einen Anspruch darauf, dass das Bundesland die erforderlichen Investitionen finanziert.²

Die duale Finanzierung im stationären Sektor hat ihre Geburtsstunde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz am 29. Juni 1972. Damit wurde de facto „eine staatliche Angebotsplanung installiert, die bereits damals ordnungspolitisch wenig zum Konzept einer sozialen Marktwirtschaft passte“ (Neubauer 2002).

Spätestens mit der Einführung des wettbewerblich orientierten Vergütungssystems der German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) ist die staatliche Angebotsplanung im Krankenhausmarkt auf dem Prüfstand. Mit der Konvergenzphase laufen krankenhausspezifische Preise aus und dadurch steigt der ökonomische Anpassungsdruck. Die staatliche Angebotsplanung kann mit dieser Entwicklung nicht Schritt halten. Im Gegenteil, sind doch die staatlichen Fördergelder für Investitionen zwischen 1993 und 2005 real um durchschnittlich drei Prozent pro Jahr zurückgegangen (vgl. Augurzyk et al. 2007). Insbesondere öffentliche Krankenhäuser beklagen einen beträchtlichen Investitionsstau und schon jetzt sind Krankenhäuser gezwungen, einen Teil der Investitionen über andere Kanäle zu finanzieren.³ Dass sich hierbei private Krankenhäuser leichter tun als öffentliche, zeigt der sich in den letzten Jahren vollziehende Strukturwandel im stationären Sektor: Zwischen 1994 und 2004 sank die Anzahl aller Krankenhäuser um 171 Einrichtungen, während die Anzahl privater Kliniken um 154 anstieg (vgl. Bölt 2006).

Nicht zuletzt deshalb verstärken sich die Forderungen nach einer monistischen Finanzierung, bei welcher die gesamten Krankenhauskosten „aus einer Hand“, nämlich durch die Kassen, finanziert werden. Im Gegenzug müsste der Beitragssatz

2 Die staatlichen Fördermittel werden in der Praxis getrennt nach einer Pauschalförderung für kurzfristige Investitionsgüter zwischen ein und drei Jahren, die nach bestimmten Regeln den Plankrankenhäusern ohne Antrag zufließen, und einer Antragsförderung für mittel- und langfristige Investitionsgüter. Die Instandhaltung von Anlagen wird hingegen nicht durch das Land finanziert, sondern durch einen Zuschlag auf die Vergütung stationärer medizinischer Leistungen. Der aktuelle Zuschlag beträgt 1,1 % und wird von den gesetzlichen Krankenkassen und den Selbstzahlern geleistet.

3 So z. B. die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“, vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2006).

steigen oder, wie z. B. Hermann (2006) fordert, zusätzliche Mittel aus Steuereinnahmen oder einer Mehrwertsteuerbefreiung von Arzneimitteln in die gesetzliche Krankenversicherung fließen.⁴

Bereits im Zuge der Gesundheitsreform 2000 war im Vorschlag der damaligen rot-grünen Regierung ein Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem vorgesehen. Allerdings scheiterte dieses Vorhaben im Vermittlungsausschuss, weil die Länder um ihren Einfluss im Krankenhausbereich fürchteten.

In diesem Beitrag zeigen wir die Notwendigkeit einer monistischen Finanzierung auf. Wir leiten dies im nächsten Abschnitt aber nicht allein vom materiellen Ist-Zustand her, sondern argumentieren, dass nur die monistische Finanzierungsform die Voraussetzung für effiziente Investitionsentscheidungen im Krankenhaus schafft. Gegen einen zügigen Übergang in die Monistik wird oftmals angeführt, dass zuerst einmal der bestehende Investitionsstau abgebaut und gleiche Startchancen zwischen den Krankenhäusern hergestellt werden müssten. Mit dieser Übergangsproblematik beschäftigen wir uns im Abschnitt 8.3. In Abschnitt 8.4 stellen wir einen Lösungsansatz zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vor, die viele Beobachter bei einer monistischen Finanzierung bedroht sehen. In Abschnitt 8.5 schließen wir diesen Beitrag mit einem Fazit ab.

8.2 Die Webfehler einer dualistischen Krankenhausfinanzierung

Eine funktionsfähige duale Finanzierung würde u. a. voraussetzen, dass sich die über die staatlichen Träger zu tätigen Investitionen streng nach dem Bedarf richten. Der zeitliche Umfang der Bedarfsabschätzung müsste sich nach der Nutzungsdauer der Investitionen richten, die im Krankenhausbereich nach Neubauer (2002) ungefähr 25 Jahre beträgt. Dass diese Abschätzung in der Vergangenheit nur unzureichend erfolgte, lässt sich am Bettenüberhang deutscher Krankenhäuser erkennen. Außerdem scheint in der Vergangenheit bei der Finanzierung von mittel- und langfristigen Investitionsgütern nicht der tatsächliche Bedarf, sondern die allgemeine Finanzlage der zuständigen Bundesländer den Ausschlag gegeben zu haben. So haben die Krankenhausinvestitionen in den letzten 15 Jahren auch stetig abgenommen und es wird oftmals beklagt, dass die Krankenhäuser unterinvestiert sind.

Neben der Schwierigkeit, im Rahmen einer Planwirtschaft den richtigen Bedarf zu erfassen, ist das grundlegende Problem der dualen Finanzierung aber, dass sie im Allgemeinen zu verzerrten Investitionsentscheidungen führt: Investitionskosten und laufende Betriebskosten lassen sich nicht streng voneinander trennen, da Kapital und Arbeit in Grenzen substituierbar sind. In einem betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess wird aus diesem Grunde simultan über den Einsatz von Kapital und Arbeit entschieden. Investitionen sind hierbei dadurch charakterisiert, dass

⁴ Die sinnvollste Maßnahme, der GKV neues Geld zu verschaffen, wäre die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Insoweit versicherungsfremde Leistungen etwa im Zusammenhang mit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung involviert sind, kann es allerdings angezeigt sein, Steuermittel für die Krankenhausversorgung einzusetzen (vgl. Abschnitt 8.4.2.2).

sie sich mit der Zeit amortisieren müssen, mithin also zu Erträgen führen sollen, welche sowohl die direkten Kosten als auch die Zinskosten einer Investition decken. In einer Marktwirtschaft entscheiden Investoren nach Maßgabe der erwarteten Erträge und Kosten. Auf diese Weise entstehen ex ante effiziente Entscheidungen sowohl über die Art als auch das Ausmaß von Investitionen.

Die derzeitige duale Form der Finanzierung im stationären Sektor lässt keine solchen effizienten Investitionsentscheidungen erwarten. Denn zum einen wird durch die intransparente Systematik der Antragsstellung die Entscheidung über die Art der Investition maßgeblich von außen beeinflusst und zum anderen wird auch das quantitative Ausmaß der Investition nicht dem Krankenhaus überlassen. Zudem gehen die Kapitalkosten einer Investition nicht angemessen in die Investitionsentscheidung ein, da die entsprechenden finanziellen Mittel nicht auf dem Kapitalmarkt beschafft werden müssen.⁵

Der Gesetzgeber kann diese Fehlanreize beheben, indem er das duale Finanzierungssystem der GKV durch ein monistisches ersetzt und damit die Finanzierung „aus einer Hand“ organisiert. Die Vergütung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen würde damit nicht nur die laufenden Betriebskosten, sondern auch die Investitionskosten umfassen. Wenn die DRG-Vergütung einen Investitionsaufschlag enthält, kann es den Krankenhäusern selbst überlassen werden, über ihre Investitionen zu entscheiden.⁶

Investitionsaufschläge würden darüber hinaus stärker zu einer Gleichbehandlung der ambulanten und der stationären Versorgung und damit zu einem fairen Wettbewerb zwischen beiden Bereichen führen. Denn die derzeitige Finanzierung der Investitionen über die Länderhaushalte führt de facto zu einer Subventionierung stationärer Behandlung zu Ungunsten der im Allgemeinen weniger kostenintensiven ambulanten Behandlung. Insbesondere wenn Krankenkassen verstärkt Einzelverträge schließen, sind unverzerrte Preisrelationen zur Sicherung effizienter Ergebnisse sinnvoll.

5 Je nach Art ihrer Rechtsform unterscheidet sich die Möglichkeit für Krankenhäuser, sich die fehlenden Mittel auf dem Kapitalmarkt zu beschaffen, wodurch sich Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Andererseits verzichten private Krankenhäuser teilweise bewusst auf staatliche Investitionsförderungen, da mit diesen Auflagen verbunden sind, durch die sie ihre Kreditwürdigkeit gefährdet sehen. Zum Vorzug alternativer Finanzierungen gegenüber der staatlichen Investitionsförderung vgl. auch Oberender et. al. (2002).

6 Ein monistisches Finanzierungssystem zwingt die Krankenhäuser zu einer laufenden Erfolgsrechnung, verbunden mit einer jährlichen Bilanz über ihre Aktiva und Passiva. Konkrete Investitionsentscheidungen können dann auf der Grundlage einer Investitionsrechnung erfolgen, die die Kosten einer Investition mit den damit verbundenen erwarteten künftigen Einnahmen vergleicht. Dieses Vorgehen bietet sich unabhängig davon an, ob die Finanzierung der Investition über Eigen- oder Fremdkapital und mit oder ohne staatliche Beihilfe erfolgt.

8.3 Unüberwindbare Übergangsprobleme?

8.3.1 Investitionsstau

Die Vorzüge einer monistischen Finanzierungsform werden eigentlich von niemandem bestritten. Allerdings sehen kritische Stimmen deren Einführung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So verlangt die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Abbau des bestehenden Investitionsstaus, den sie ohne nähere Begründung mit 50 Mrd. Euro beziffert⁷, bevor die Krankenhäuser einer monistischen Finanzierung ausgesetzt werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007).

Aufgrund des sukzessiven Rückgangs der Investitionsförderung waren Krankenhäuser allerdings schon in der Vergangenheit gezwungen, einen Teil ihrer Investitionen über andere Kanäle zu finanzieren. Die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Rationalisierungsbemühungen haben dazu geführt, dass Leistungen in manchen Häusern kostengünstiger hergestellt werden und somit de facto ein Teil der über DRGs finanzierten Vergütung auch für Investitionen verwendet wurde. Von daher dürfte die Investitionslücke etwas geringer als allgemein angenommen sein.

Das Bestehen eines Investitionsstaus ist kein Argument gegen die Einführung der Monistik. Ganz im Gegenteil schaffen die neuen Preise (also die um Investitionszuschläge erhöhten DRGs) alle Voraussetzungen dafür, dass die Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren können. Hätte die Deutsche Krankenhausgesellschaft Recht mit der oben genannten Forderung, dann würde es in der freien Wirtschaft keine Investitionen geben. Unternehmen könnten nur produzieren, wenn ihnen der Staat vorher die Fabrikgebäude und die Produktionsmaschinen finanziert hätte. Offensichtlich ist dies nicht der Fall.

Entscheidend ist, dass Investitionen immer „nach vorne“ gerichtet sind. Der Dreh- und Angelpunkt sind also die künftigen Preise und die Nachfrage für das einzelne Krankenhaus. Sind sie ausreichend hoch, dann ist das Krankenhaus in der Lage, die Investitionen zu finanzieren. Sehen wir von der Problematik der flächendeckenden Versorgung ab, so können wir feststellen, dass in einem monistischen System die Krankenhäuser keiner besonderen Investitionsförderung durch die Krankenkassen oder den Staat bedürfen. Diese Feststellung gilt grundsätzlich auch für den Übergang in die monistische Finanzierung, unabhängig davon, dass in der Vergangenheit das staatlich geförderte Investitionsvolumen tatsächlich zu gering war.

⁷ Mit dem Investitionsstau beschäftigen sich auch Augurzyk et al. (2007). Sie berechnen ihn, indem sie das westdeutsche Bundesland mit den höchsten Fördermitteln pro Fall, Bayern, als Benchmark für die anderen westdeutschen Bundesländer heranziehen, und erhalten je nach unterstellter Abschreibung der bereits getätigten Investitionen eine Summe zwischen 19 und 23,6 Mrd. Euro. Neubauer (2002) schätzt unter Bezugnahme auf die volkswirtschaftliche Bruttoinvestitionsquote und unter Einbeziehung der geschätzten Eigenfinanzierung von Krankenhäusern einen jährlichen Fehlbetrag von 6,9 Mrd. Euro. Würde man diese Fehlbeträge über die letzten 10 Jahre linear abschreiben, käme man auf eine Investitionslücke von 38 Mrd. Euro. Allerdings lässt eine solche Berechnung unberücksichtigt, dass bei personalintensiven Dienstleistungssektoren wie dem Krankenhausbereich geringere Investitionsquoten vorherrschen.

8.3.2 Ungleiche Startchancen

Im Zusammenhang mit der Einführung der monistischen Finanzierung wird häufig moniert, sie verhindere einen fairen Wettbewerb, da die Krankenhäuser aufgrund einer willkürlichen staatlichen Investitionsvergabe in der Vergangenheit ungleiche Startchancen aufwiesen.

Auch bei diesem Argument wird übersehen, dass bei nach Maßgabe zukünftiger Erwartungen getroffenen Investitionsentscheidungen vergangene Investitionen irrelevant sind. Somit gibt es eigentlich keinen Grund, den Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung zu regulieren. Es besteht allenfalls ein Verteilungsproblem, das der Staat moderieren könnte. Krankenhäuser, die in der Vergangenheit großzügige staatliche Investitionsförderungen erhielten, realisieren in der Einführungsphase aufgrund der höheren (DRG-)Preise einen so genannten windfall profit, weil sie im Gegensatz zu anderen Häusern zunächst weniger investieren müssen. Wie groß der Umfang solcher Extra-Gewinne bei einem Systemübergang tatsächlich wäre, ist schwer vorherzusehen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass gemäß dem Krankenhaus Rating Report 2007 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung Krankenhäuser, die umfangreiche staatliche Fördermittel erhielten, kein besseres Rating aufweisen als jene, die nur wenig gefördert wurden. Im Gegenteil, ein großzügiger Zugang zu öffentlichen Fördermitteln verstärkt sogar die Ausfallwahrscheinlichkeit von Krediten (vgl. Augurzky et al. 2007). Staatliche Förderungen sind somit nicht notwendig, geschweige denn hinreichend für eine gute Marktstellung von Krankenhäusern.

Eine reine Marktlösung ist für den Übergang in die monistische Welt allerdings – gerade aufgrund der Zufallsgewinne – nicht sehr wahrscheinlich. Was könnte man also tun, um die Verteilungswirkungen im Übergang zu moderieren? Hierfür bietet sich ein Ausgleichspool an, welcher prinzipiell folgendermaßen funktionieren könnte:

Für jedes Krankenhaus werden die Restwerte von staatlichen Investitionen der letzten x Jahre aufgelistet. Die Summe dieser nach Abschreibungen verbleibenden Investitionen kommt in einen (fiktiven) Pool. Aus diesem erhält nach einer zu definierenden „Währung“ (z. B. gleicher Betrag pro Bett oder pro Fall (ungewichtet oder gewichtet als Casemix)) jedes Krankenhaus eine (fiktive) Investitionssumme zugeteilt. Diese Summe wird mit der tatsächlichen (öffentlich finanzierten und ebenfalls abbeschriebenen) Investitionssumme eines Krankenhauses verglichen. Ist die Differenz positiv, so muss das Krankenhaus den entsprechenden Betrag in den Ausgleichspool abführen. Andernfalls erhält es aus dem Pool den entsprechenden Fehlbetrag. Die Ein- und Auszahlungen aus dem Ausgleichspool gleichen sich somit insgesamt aus. Ein solcher Mechanismus zum Ausgleich einer Ungleichbehandlung von Krankenhäusern bei Investitionen der Vergangenheit kann auf einmal oder schrittweise über mehrere Jahre erfolgen.

Alternative Konzepte eines Ausgleichspools knüpfen an der Bereitstellung von Krediten für investitionsbedürftige Krankenhäuser an: Die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung (1987) schlägt hierzu – ähnlich dem oben dargestellten Ausgleichspool – vor, dass Krankenhäuser eine Abgabe nach Maßgabe der in der Vergangenheit für Bauinvestitionen erhaltenen Fördermittel und der noch zu erwartenden Nutzungsdauer der Anlagegüter in einen Investiti-

onsfonds bezahlen, aus welchem dann Krankenhäuser, die Bauvorhaben durchführen wollen, Zinszuschüsse erhalten. Bei Leu et al. (1999) werden Kredite direkt aus einem Pool zu vergeben, welcher durch Beiträge der bisherigen staatlichen Geldgeber gespeist wird.⁸ Um eine Gleichstellung zwischen in der Vergangenheit begünstigten und nicht begünstigten Krankenhäuser herzustellen, schlagen sie weiterhin vor, den Restwert staatlicher Investitionen (z. B. für die letzten zehn Jahre) zu amortisieren. Der bisherige staatliche Geldgeber würde dann für diesen Restwert als Kreditgeber auftreten und die Krankenhäuser müssten diesem den Kredit zzgl. der marktüblichen Zinsen zurückzahlen. Durch dieses Vorgehen könnten entstehende Zufallsgewinne gleichmäßig auf alle Krankenhäuser verteilt werden.

Allerdings sind solche Umverteilungen zur Herstellung einer Startchancengleichheit nicht unproblematisch. Der Restwert einer vergangenen Investition sollte sich nicht nach den historischen Beschaffungskosten, sondern nach den künftig damit noch zu erzielenden Erträgen richten. Solche Erträge lassen sich alles andere als einfach bestimmen. Zudem verfügt eine außen stehende Institution gar nicht über die notwendigen Informationen, getätigte Investitionen mit künftigen Erträgen zu verbinden. Aus diesem Grund benötigt man bestimmte Ausgleichsregelungen, die an verschiedene Indikatoren (z. B. Betten, Fallzahlen oder Casemix) geknüpft sind. Solche Ausgleichsregelungen (bzw. Regelungen darüber, welches Krankenhaus investitionsbedürftig ist) basieren aber letztendlich immer auf dem jetzigen Krankenhausplan eines Landes. Man würde hier sozusagen implizit voraussetzen, dass die bisherigen Marktanteile der Krankenhäuser (gemessen in Betten, Fallzahlen oder Casemix) gerecht waren. Für den Fall, dass sie dies nicht waren, würde der Ausgleichsmechanismus die ungleichen Startchancen aber eventuell sogar noch verschärfen.

Insgesamt sprechen weder der vorhandene Investitionsstau noch ungleiche Startchancen gegen einen zügigen Systemübergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung. Bei der Investitionslücke ist sogar festzustellen, dass die Monistik die Voraussetzung ihrer Beseitigung darstellt (und nicht umgekehrt). Soll beim Übergang ein Ausgleich zwischen den Krankenhäusern durchgeführt werden, so fehlt es nicht an Vorschlägen, die allerdings mit dem Risiko behaftet sind, die Ungleichheit zwischen den Krankenhäusern noch zu verschärfen.

8.4 Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Die Krankenhausgesetze der Länder sehen eine Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Hilfe der Krankenhausplanung vor (vgl. im Detail Neubauer et al. 2006). Über die Steuerung der Investitionsvergabe im Rahmen der dualen Finanzierung besitzen die Länder darüber hinaus ein Instrument, das über eine re-

⁸ Bei Leu et al. (1999) handelt es sich um einen Vorschlag für die Schweiz, weswegen sie von einem kantonalen Investitionspool sprechen. Auch die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ macht verschiedene Vorschläge, wie die Finanzierungsmöglichkeiten durch längerfristige Kredite an Krankenhäuser verbreitert werden kann. Allerdings ist hier kein Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem vorgesehen.

gionale Verteilung der Fördermittel zur Sicherstellung beitragen kann. Des Weiteren können die Länder so genannte Sicherstellungszuschläge zum Gegenstand der Budgetverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern veranlassen. Bei Einführung der Monistik wird jedoch bei der Vergütung nicht mehr zwischen Investitions- und laufenden Betriebskosten unterschieden. Dies könnte bei Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen aufgrund von Größennachteilen (d. h. zu geringe Auslastung, um notwendige Investitionen zu amortisieren) dazu führen, dass gar kein Angebot zustande kommt.

8.4.1 Ausschreibung des Angebots in strukturschwachen Regionen

Um dies zu verhindern und gleichzeitig sicherzustellen, dass das Angebot kostenminimal erfolgt, kann ein Wettbewerb um den Markt organisiert werden. Dafür eignet sich ein Ausschreibungsverfahren, welches in einem regional begrenzten Gebiet die stationäre Versorgung für eine bestimmte Zeitdauer zum Gegenstand hat.

Basis für ein solches Verfahren ist eine Abgrenzung des Einzugsgebiets und der vorzuhaltenden Krankenhausleistungen (Reservekapazität). Dies könnte eine Krankenhausrahmenplanung der jeweiligen Bundesländer leisten, die anstelle der jetzigen Krankenhauspläne zusammen mit der monistischen Finanzierung eingeführt würde. Der für die Sicherstellung zuständige Auftraggeber schreibt – für den Fall, dass kein Angebot auf dem Krankenhausmarkt zustande kommt – die vorzuhaltenden Krankenhausleistungen für einen mittelfristigen Zeitraum von etwa 15 Jahren aus.⁹ Falls die zukünftigen Rückflüsse in solchen Gebieten unter den „normalen“ Vergütungssätzen nicht die Investitionen zur Herstellung der notwendigen Krankenhausleistungen decken, werden die Bieter einen bestimmten zusätzlichen Betrag vom Auftraggeber einfordern. Der Anbieter mit dem geringsten Biobetrag sollte dann den Zuschlag erhalten.¹⁰

8.4.2 Verantwortungsträger der Sicherstellung

Für die Sicherstellung der Krankenversorgung könnten die Krankenkassen oder staatliche Träger verantwortlich sein.¹¹ Da heute schon in den meisten Bundesländern eine Übertragung der Sicherstellungsverantwortung auf Landkreise bzw. Stadtkreise oder kreisfreie Städte in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen verankert ist, bieten sich im zweiten Fall die Kommunen für die Verantwortung der Sicherstellung an.¹²

⁹ Zur Ausschreibung von Rettungsdienstleistungen vgl. Brinkmann (2002).

¹⁰ Oberender/Zerth (2004) zeigen, dass in einer Region auch dann kein Angebot an Krankenhausleistungen zustande kommen kann, wenn zukünftige Rückflüsse notwendige Investitionen finanzieren würden. Der Grund hierfür ist, dass Krankenkassen auf einem freien Markt eine dominante Strategie haben, sich nicht an den Kosten einer Reservekapazität zu beteiligen.

¹¹ Auch Ebsen (2006) sieht prinzipiell diese zwei Möglichkeiten. Etwaige verfassungsrechtliche Einwände gegen eine Sicherstellung durch Krankenkassen sieht er nicht gegeben.

¹² Eine explizite Übertragung der Sicherstellungsverantwortung auf kommunale Ebene findet sich beispielsweise in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen.

8.4.2.1 Sicherstellung durch die Kassen

Liegt der Auftrag der Sicherstellung bei den Krankenkassen, so sind diese verpflichtet, ihren Versicherten in strukturschwachen Regionen die Inanspruchnahme der durch die Rahmenplanung als „notwendig“ definierten Krankenhausleistungen zu gewährleisten. Hier könnte dann das oben skizzierte Ausschreibungsmodell zur Anwendung kommen. Wenn die Krankenkassen die Sicherstellung im stationären Bereich übernehmen, ergeben sich allerdings Koordinierungsprobleme zwischen den Kassen. Aufgrund des Optionsnutzens der Krankenversicherung entsteht eine Trittbrettfahrerproblematik, die nicht einfach zu lösen ist. Einzelne Kassen könnten sich der Finanzierung entziehen und so eine hinreichende Bereitstellung regionaler stationärer Versorgung in Frage stellen. Aus diesem Grund fordern Ebsen et al. (2003) ein Letztinterventionsrecht des Staates: Stellt er fest, dass die Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, müsste er intervenieren können und entweder selber entsprechende stationäre Leistungen unter Vertrag nehmen oder die Krankenkassen dazu verpflichten.

Die ausschließlich monistische Finanzierung der stationären Versorgung konfligiert schließlich mit der fehlenden Regionalisierung der Beitragssätze in der GKV. Da es Krankenkassen derzeit nicht erlaubt ist, ihre Beitragssätze bzw. Pauschalen regional zu differenzieren, hätten Krankenkassen, welche hauptsächlich in strukturschwachen Regionen operieren, einen Wettbewerbsnachteil und alle Kassen hätten ein Interesse an einer Risikoselektion zulasten der Versicherten in diesen Regionen. Hier könnte eine Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen helfen. Einfacher und zielführender wäre hingegen, den Kassen eine Regionalisierung der Beitragssätze zu ermöglichen.¹³ Gerade der Gesundheitsfonds, der eine lohnbezogene Grundfinanzierung mit einer pauschalen Zusatzprämie kombiniert, würde es den Krankenkassen vergleichsweise einfach ermöglichen, künftig ihre Zusatzprämie regional zu differenzieren.¹⁴

8.4.2.2 Sicherstellung durch die Kommunen

Liegt die Sicherstellung hingegen bei der Kommune, so wäre diese verpflichtet, das Angebot der notwendigen Krankenhausleistungen sicherzustellen und könnte das oben beschriebene Ausschreibungsverfahren organisieren. Der erfolgreiche Bieter erhielte dann für die Bereitstellung stationärer Leistungen von der Kommune eine finanzielle Förderung in Höhe des Bietbetrages. Dessen Finanzierung sollte über das Steueraufkommen erfolgen, um die Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Versorgung an den Preis ihrer Bereitstellung zu knüpfen. Bei einer derartigen Finanzierung würde ein Teil dualer Finanzierung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung verbleiben. Würde hingegen die regionale Versorgung

¹³ Für regionale Beitragssätze in der GKV plädieren auch Jacobs et al. (1998). Diese zeigen auch auf, wie ein auf dem Risikostrukturausgleich aufbauender Regionalausgleich zwischen den Krankenkassen funktionieren könnte. Allerdings weisen Jacobs et al. (1998) auch darauf hin, dass auf eine regionale Komponente im RSA selbst bei regionalisierten Beitragssätzen nicht gänzlich verzichtet werden kann.

¹⁴ Zum Preiswettbewerb der Kassen im Gesundheitsfonds vgl. Felder (2007).

durch die GKV über eine allgemeine Umlage finanziert, so hätten Länder und Kommunen einen Anreiz, auf Kosten der GKV eine allzu großzügige flächendeckende stationäre Krankenversorgung zu organisieren.

Im Prinzip könnte man es also in diesem Fall bei den bisherigen Zuständigkeiten belassen.¹⁵ Wobei sich – im Gegensatz zum momentanen System – aus dem Sicherstellungsauftrag durch die Kommunen (und erst recht aus der Möglichkeit der Letztintervention für den Staat bei einer Sicherstellung durch die Kassen) keine umfassende Krankenhausplanung ableitet. Vielmehr beschränkte sich der Eingriff auf diejenigen Regionen, bei denen der Markt nicht das in der Rahmenplanung als notwendig erachtete Angebot erzeugt.

8.5 Fazit

8

Mit dem nahenden Ende der Konvergenzphase bei der Vergütung von Krankenhausleistungen muss der ordnungspolitische Rahmen für die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser neu tariert werden. Das Auslaufen krankenhausspezifischer Kostenerstattung hat den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser erhöht. Der Staat, überfordert, seinen Anteil an der dualen Finanzierung nach rationalen Prinzipien einzulösen, hat die Krankenhäuser zusätzlich in finanzielle Schwierigkeiten gebracht.

Wir zeigen im Rahmen dieses Beitrags, dass nicht allein – wie oftmals im Zusammenhang mit der brachliegenden Krankenhauslandschaft behauptet wird – die mangelnde staatliche Investitionsvergabe der letzten Jahre ein Problem darstellt. Die in der dualen Finanzierung praktizierte strikte Trennung zwischen Investitionen und laufenden Betriebskosten führt per se zu ineffizienten Investitionsentscheidungen – schon deswegen ist für die künftige Neuordnung der Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung zu fordern.

Die Argumente Investitionsstau und ungleiche Startchancen, die häufig gegen einen Übergang in die Monistik angeführt werden, halten einer näheren Betrachtung nicht stand. Denn bei beiden wird übersehen, dass Investitionsentscheidungen viel mit der Zukunft und fast nichts mit der Vergangenheit zu tun haben. Wenn in der aktuellen Debatte die Fehler der Investitionsförderung im Rahmen der dualen Finanzierung als Argumente gegen die zügige Einführung der Monistik vorgebracht werden, so sollte der Staat nicht darauf eingehen, weil er sonst Gefahr läuft, die Fehler der Vergangenheit nochmals zu begehen. Für die vergangene Praxis der Investitionsvergabe sollte beim Start der Monistik gelten: „Was vorbei ist, ist vorbei“. Eine monistische Finanzierung bedeutet höhere Vergütung für Krankenhausleistungen und schafft so die Voraussetzungen für neue Investitionen.

Insgesamt bedeutet die Einführung einer monistischen Finanzierung aber, dass sich die Bundesländer aus dem Krankenhausbereich ein gutes Stück zurückziehen,

¹⁵ Nicht zuletzt der im ursprünglichen Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 geplante Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Kassen führte zu einem Scheitern der Einführung der monistischen Finanzierung im Vermittlungsausschuss; vgl. Ebsen (2006).

das je nachdem, ob sie (bzw. ihre Kommunen) oder die Krankenkassen für die künftige Sicherstellung verantwortlich sind, größer oder kleiner ausfallen wird. Ob sie den Mut aufbringen, dies zu tun, bleibt abzuwarten. Allerdings ist die Alternative der Beibehaltung der dualen Finanzierung eigentlich keine wirkliche, denn letztendlich bedeutet sie ein weiteres Kurieren am Symptom „Investitionsstau“.

8.6 Literatur

- Augurzyk B, Engel D, Krolop S, Schmidt CM, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen. Essen: RWI 2007.
- Bölt U. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2004. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 273–302.
- Brinkmann H. Ist Wohlfahrt drin, wo Wohlfahrt draufsteht? Eine ökonomische Analyse des deutschen Marktes für Rettungsdienstleistungen. Edewecht 2002.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren – Bundesweites Sonder-Investitionsprogramm gefordert. Pressemitteilung vom 8.4.2007.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecseny J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. AOK im Dialog, Band 13. Bonn 2003; 145–307.
- Ebsen I. Perspektiven der Krankenhausplanung in einem gewandelten Markt und einem föderalen Gefüge. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 117–31.
- Felder S. Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb, In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs J, Wasem J. Jahrbuch Risikostrukturenausgleich 2007. Der Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard 2007; 215–30.
- Hermann C. Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 101–16.
- Jacobs K, Reschke P, Wasem J. Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden.
- Leu R, Eisenring C, Nocera S, Schellhorn M. Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Basel: Interpharma.
- Neubauer G. Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2002. Stuttgart: Schattauer 2003; 71–91.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 65–86.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg, Bericht der Expertenkommission. Stuttgart 2006.
- Oberender P, Hacker J, Schommer R. Krankenhäuser und Kapitalmarkt. f&w 2002; 130–2.
- Oberender P, Zerth J. Ordnungsökonomische Konsequenzen einer flächendeckenden Versorgung im liberalisierten Gesundheitswesen: Notwendigkeit einer Regulierung? In: Cassel D (Hrsg.). Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden 2004; 111–38.
- Robert Bosch Stiftung. Krankenhausfinanzierung in der Selbstverwaltung, Kommissionsbericht, Gerlingen: Bleicher 1987.

This page intentionally left blank

Teil III

Zur Diskussion

(Kapitel 9–13)

This page intentionally left blank

9 Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?

Markus Lungen, Andreas Gerber und Karl W. Lauterbach

Abstract

Pay-for-Performance (PfP) bezeichnet im allgemeinen die Verknüpfung der Qualität einer medizinischen Leistung mit der Höhe der Vergütung. Im Ausland existieren bereits vielfältige PfP-Programme. Jedoch bleibt die Evidenz für eine erreichbare Effektivität und Kosteneffektivität bisher gering. Offen bleibt bisher, ob in einem ersten Schritt bereits die krankenhausspezifische Publikation von aussagekräftigen vorhandenen Qualitätsdaten ausreichen würde, um einen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Eine Einführung von PfP in Deutschland könnte auf die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufbauen.

Pay-for-Performance (PfP) is often defined as connecting quality of care with the level of reimbursement. Other countries have already introduced PfP-programs in recent years, but evidence for effectiveness and cost-effectiveness is still rare or missing. However, it is yet unknown whether public reporting of significant quality data suffices to ignite a competition for quality between providers. The use of PfP programs in Germany could be based on using data of the statutory quality assurance programs (§ 137 Code of Social Law).

9.1 Pay-for-Performance als Neudefinition des Wettbewerbs

9.1.1 Definition und Entwicklung des Begriffs

Für den Begriff des Pay-for-Performance (PfP; teilweise in der Literatur auch P4P; übersetzt etwa mit Ergebnis- oder qualitätsorientierte Vergütung) gibt es keine allgemein anerkannte Definition.¹ Meist wird darauf hingewiesen, dass PfP dem Leistungserbringer zusätzliche finanzielle Anreize bietet, um zuvor definierte (Qualitäts-) Ziele zu erreichen. Neben der Steigerung der Versorgungsqualität können

¹ Zuvor waren auch andere Begrifflichkeiten gebräuchlich, etwa fee-for-quality, paying-for-quality oder auch payment-by-results, die jedoch teilweise andere Inhalte vertreten.

die Ziele auch Effizienz und/oder ein verbesserter Zugang für Versicherte sein (Henley 2005, Baumann/Dellert 2006).² So ist denkbar, dass PfP-Programme der Krankenversicherungen (in den USA) die Inanspruchnahme der Versicherten zu vorher selektierten Leistungsanbietern lenken sollen, etwa über verringerte Zuzahlungen. In Deutschland würde dies in der Struktur einem Bonus-Programm entsprechen.

Hier soll unter PfP im engeren Sinne die direkte Ausrichtung der Vergütungshöhe an der Qualität der erbrachten Leistung eines Krankenhauses oder Arztes verstanden werden. Der Begriff wurde, wie viele andere Innovationen in der Leistungsvergütung der letzten 30 Jahre, geprägt von der MedPAC (Medicare Payment Advisory Commission) beziehungsweise den CMS (Centers for Medicaid & Medicare Services) (Milgate/Cheng 2006). Die CMS starteten zunächst ein Pilotprojekt für zehn große Gruppenpraxen im ambulanten Bereich. Die Bonuszahlungen sollten für die Einhaltung von Disease-Management und den Einsatz von EDV entrichtet werden. Es war vorgesehen, sie vorwiegend aus vorherigen Einsparungen zu generieren. Dadurch gab es von Beginn an den Vorbehalt, dass Kosteneinsparungen das eigentliche Ziel von PfP seien.³

Für den Krankenhausbereich kündigten die CMS im Frühjahr 2003 ein Projekt mit 278 Krankenhäusern an. Das Projekt wird weiter unten im Detail beschrieben. In der Folge traten vermehrt Managementgesellschaften auf, welche die Verbindung zwischen Leistungserbringer, Krankenversicherung und Qualitätsmessung herstellten. Sie übernahmen die Auswertung, Lenkung und Evaluation von PfP-Programmen.⁴ Oftmals bauten die Programme auf bestehenden Qualitätssicherungsinitiativen auf, etwa HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) des NCQA (National Committee for Quality Assurance). Übertragen auf Deutschland würde dies in etwa bedeuten, dass die Messungen der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) mit einer finanziellen Ausstattung versehen würden. Im Jahr 2005 schlug die MedPAC in einem Report vor, dass Medicare die Leistungsanbieter generell nach ihrer Leistung („performance“) bezahlen sollte. Zunächst sollten einfache Strukturvorgaben (Einsatz elektronischer Patientenakten etc.) belohnt werden. Für spätere Jahre wurden ergebnisorientierte Messwerte vorgeschlagen (Milgate/Cheng 2006).

2 Siehe die Definition bei den MeSH-Terms unter „Financial Incentives“. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> (Zugriff Mai 2007).

3 Siehe die Stellungnahme der Vertragsärzte AAFP unter <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/payforperformance.html> (Zugriff Mai 2007) Dort werden Kriterien für PfP aus Sicht der Ärzte aufgestellt.

Siehe die Stellungnahme der American Medical Association (AMA) unter <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay62705.pdf> und Anforderungen an Programme unter <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/guidelines4pay62705.pdf> (Zugriff Mai 2007).

4 Siehe etwa Bridges to Excellence (BTE) in Zusammenarbeit mit der NCQA unter <http://www.bridgestoexcellence.org/> (Zugriff Mai 2007).

9.1.2 Formale Wirkungen von PfP

Formal würde PfP eine Weiterentwicklung der Funktion der Vergütungshöhe für akutstationäre Versorgung in Deutschland bedeuten. Im System tagesgleicher Pflegesätze, gültig bis 2003/2004, war die Vergütungshöhe eine Funktion der Verweildauer und der Höhe der Abteilungs- und Basispflegesätze. Somit waren die Krankenhauskosten noch indirekt Parameter der Vergütungsfunktion (resource based payment system). DRGs modifizierten die Funktion, indem sie Diagnosen und Prozeduren als wesentliche Bestandteile der Vergütungsfunktion einführten und somit die Morbidität einzelner Patientenfälle. Daneben behielt die Verweildauer bei Kurz- oder Langliegern eine untergeordnete Funktion.

PfP würden die Vergütungsfunktion um Qualitätsindikatoren erweitern. Diese können sowohl die Struktur (und somit eher krankenhauses- oder abteilungsbezogene Ausstattungsmerkmale) als auch Prozesse oder Ergebnisse abbilden (Lüngen/Lauterbach 2002a). Die durch PfP gesetzten Anreize sollen generell bewirken, dass die Qualität der Versorgung eine größere Rolle bekommt. Bereits DRGs führten dazu, dass einige Formen der Fehlversorgung in der Vergütungsfunktion des Krankenhauses negative Auswirkungen hinterließen. So führten Komplikation nicht zwangsläufig zu höheren Entgelten, nicht indizierte Verfahren (etwa Labor, Bildgebung) resultierten in einer Minderung der Deckungsbeiträge. Jedoch konnte bei der Nutzung von DRG-Systemen auch Unterversorgung, etwa frühzeitige Entlassung oder Unterlassung angemessener Leistungen, auftreten (Lüngen/Lauterbach 2002b). Inwieweit PfP generell die mit DRGs begonnene Betonung von Effizienz und Qualität bei der Leistungserbringung fortführt oder aber eine notwendige Ergänzung der möglichen negativen Qualitätsauswirkungen von DRGs sind, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab.

In der Literatur wird im Hinblick auf die formale Ableitung kritisch gesehen, dass ein abgeschlossenes theoretisches Modell, welches die Anreize von PfP erklären kann, nicht existiert (Frolich et al. 2007). Die Auswirkungen finanzieller Anreize wurden für den medizinischen Bereich zwar bereits vielfältig empirisch untersucht (Conrad et al. 2002, Armour et al. 2001). Unklar blieben jedoch die Auswirkungen der Rahmenbedingungen der Anreizsysteme sowie der Einfluss psychologischer Faktoren. So können Prozessparameter vom Arzt eher beeinflusst werden als Ergebnisparameter und stoßen daher auf größeres Verständnis. Ebenso reicht die in der Ökonomie verbreitete Grenzbetrachtung nicht aus, da auch die absolute Höhe der Vergütung und die absolute Anzahl betroffener Fälle, und nicht nur der Zuwachs, für einen Leistungsanbieter von Bedeutung sein können. Zudem kann bei einem Einzelvergütungssystem die zusätzlich erforderliche Leistung zur Bereitstellung hoher Qualität auch zusätzlich abgerechnet werden. Die Anreize sind daher abweichend von Systemen, in denen Pauschalierungen gelten und die Opportunitätskosten höher liegen. Hinzu kommen die in der Medizin ausgeprägten Prinzipal-Agent-Situationen mit Informationsasymmetrien, welche es erst erforderlich machen, dass Qualität statt einer Ex-ante-Definition einer Ex-post-Anreizbetrachtung unterliegt. (Frolich et al. 2007; Rosenthal & Frank 2006)

9.1.3 Indirekte Formen von PfP

In der ökonomischen Theorie gilt, dass der rational entscheidende Patient beziehungsweise Versicherte nach Studium der Qualitätsdaten eigenständig entscheiden kann, welche Leistung er bei welchem Anbieter in Anspruch nimmt. Veröffentlichung der Daten zu Qualität (Public Reporting, PR) würde ausreichen, eine darüber hinaus gehende Verknüpfung von Qualität mit der Erlöshöhe wäre nicht mehr erforderlich. Bereits die Patientenabwanderung beziehungsweise Mehrkosten, die durch geringe Qualität einer Leistung entstehen, wären ökonomische Anreizfaktoren. Das PfP-Modell geht somit indirekt davon aus, dass diese indirekten Anreize (auch aus normativer Sicht) nicht ausreichend stark sind oder nicht wirken. Die Ursachen für eingeschränkte Wirksamkeit von PR sind in der Literatur teilweise extensiv beschrieben worden (Lungen/Lauterbach 2002a, Rosenthal et al. 2004). Unter anderem sind dies normativ-ethische Faktoren (einige Leistungen sollten nicht einer Qualitäts-/Preis-Abwägung unterliegen; generell sollte Qualität höher bewertet werden als Effizienz), Faktoren in der Person der Versicherten (Unfähigkeit zur Suche und Interpretation von Information; Immobilität beziehungsweise Notfalleigenschaften der Behandlung; Abhängigkeit von Prinzipal-Agent-Situation mit asymmetrischer Information und Anbieter-induzierter Nachfrage) und Faktoren im Gesundheitswesen (mangelnde Erkundung der Zahlungsbereitschaft; Moral Hazard vor dem Hintergrund des Versicherungsgedankens).

Aus diesen Gründen kann PfP Qualität direkt fördern, um die unvollkommene Nachfragesituation auf Gesundheitsmärkten zu korrigieren oder abzumildern. Der Wettbewerb wird stärker auf Qualität gelenkt, beziehungsweise Veränderungen der erzielbaren Deckungsbeiträge werden für den Leistungserbringer im Hinblick/Verhältnis zu den Aufwendungen zur Veränderungen seiner Qualität exakter kalkulierbar.

9.2 Anfänge und Erfahrungen im Ausland

PfP hat in den vergangenen Jahren erhebliche Aufmerksamkeit erhalten und scheint den Zenit der Umsetzung noch nicht überschritten zu haben.⁵ Während in PubMed, einer der wichtigsten Datenbanken gesundheitswissenschaftlicher Zeitschriftenartikel, 2004 erst 64 Beiträge zum Thema zu finden waren, stieg die Zahl auf 128 im Jahr 2005, 190 im Jahr 2006 und bereits 97 Beiträge bis Mai 2007. Dudley (2005) berichtet, dass in den USA 2004 bereits über 100 Initiativen zur Einführung von PfP vorlagen, in denen 39 Mio. Versicherte einbezogen waren.

Nachfolgend sollen zunächst wissenschaftliche Überblicksarbeiten zu PfP, insbesondere deren Effektivität, vorgestellt werden. Anschließend gehen wir auf die Programme der CMS und des englischen National Health Services (NHS) detaillierter ein.

5 Einen (tabellarischen) Überblick über verschiedene Länder bietet die Bertelsmann-Stiftung (2006) unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/Chartbook_Anreize.pdf (Zugriff Mai 2007).

9.2.1 Reviews über PfP in der Literatur

Die Beratungsfirma Medvantage hatte vor Jahren in einer damals viel beachteten Studie einen Überblick über Aktivitäten im Bereich PfP erstellt (MedVantage 2005). Die Mehrzahl der Programme richtete sich an Hausärzte, sah jährliche Bonuszahlungen vor und basierte auf HEDIS-Sets. Als Trends wurden die Ausweitung im Zuge des EDV-Einsatzes, die Einbeziehung von Fachärzten und die überragende Bedeutung der CMS-Initiative für Impulse der Umsetzung gesehen. Das Hauptproblem war der Umgang mit kleinen Fallzahlen innerhalb einer Arztpraxis.

Im Gegensatz zur Vielzahl der gelisteten Programme stand die geringe Zahl durchgeführter Kosten-Effektivitäts-Analysen. In einem neueren Review für die Jahre 1980 bis 2005 fanden Frohlich et al. (2007) lediglich 18 Studien (davon neun randomisierte kontrollierte Studien), die PfP untersuchten. Es ergab sich nur ein unsicherer Zusammenhang zwischen Höhe der Bonuszahlung, Art des Bonus und der erreichten Verbesserung der Qualität. Einige Programme zeigten keinerlei Auswirkungen.

Petersen et al. (2006) fanden 17 Studien zu PfP jeglicher Art, ebenfalls für den Zeitraum 1980 bis 2005. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Programme mit Anreizen für individuelle Ärzte (fünf von sechs Studien in dem Bereich) und für Anbietergruppen (sieben von neun Studien) überwiegend auch die gewünschte Wirksamkeit entfalteten. Kritisch wurde gesehen, dass die Studien meist nur präventive Maßnahmen zum Inhalt hatten, und die Zahl der Studien bisher nicht ausreicht, um eine Evidenz über effektive (oder gar kosteneffektive) Ausgestaltungen von PfP-Programmen herzustellen.

Ebenfalls kritisch wird die Effektivität der PfP-Programme von Rosenthal und Frank (2006) gesehen. Sie weisen auf möglicherweise höhere notwendige Bonuszahlungen hin, um eine Effektivität zu erreichen. Zudem verweisen sie auf die Probleme, welche sich aus einer Zersplitterung der Krankenkassenlandschaft beziehungsweise kleiner betroffener Patientengruppen ergeben. Die Autoren fanden lediglich sieben Studien.

Rosenthal et al. (2004) fanden für einen früheren Review in den wissenschaftlichen Datenbanken lediglich einen Beitrag und weiteten ihre Suche auf die Tagespresse aus, um auch Berichte von Krankenversicherungen zu erfassen, die nicht wissenschaftlich ausgewertet wurden. Insgesamt wurden so 37 Ansätze ausfindig gemacht. Die Autoren stellten fest, dass mehrheitlich bekannte Indikatorensets eingesetzt wurden (insbesondere HEDIS) und Struktur- und Prozessmessungen überwogen. 56 % der Programme nutzen relative Schwellenwerte und waren damit stärker wettbewerblich ausgerichtet als die restlichen Programme, welche absolute Schwellenwerte für Bonuszahlungen einsetzten. Die für Anbieter erzielbaren Vergütungszuschläge lagen zwischen 1 % und 10 % der Budgetsumme, je nach Komplexität der Messung und Bedeutung der Indikatoren.

Weitere Schilderungen oder Auswertungen von einzelnen Programmen finden sich in der Literatur. Siehe etwa die Hinweise bei Rosenthal et al. 2004, Rosenthal et al. 2005 sowie Nalli et al. 2007.⁶

⁶ Siehe auch die vollständige Übersicht der 17 Studien von Petersen et al. (2006) unter <http://www.annals.org/cgi/data/145/4/265/DC1/1> (Zugriff Juni 2007).

9.2.2 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Wie bereits geschildert, war die Initiative der CMS ein Wegbereiter für eine Vielzahl von Initiativen und die Weiterentwicklung der theoretischen Grundlagen von PfP. Zunächst definierte die MedPAC Anforderungen an PfP (Milgate/Cheng 2006):

- Die Messindikatoren sollten evidenzbasiert sein.
- Datenerhebung und Analyse sollten mit angemessenem Aufwand erfolgen.
- Die angemessene Adjustierung des Qualitätsrisikos sollte möglich sein.
- Die Kriterien sollten durch den Erbringer in ihrer Ausprägung überhaupt beeinflussbar sein.
- Qualitätsverbesserungen sollten dort erfolgen, wo sie am notwendigsten sind.

Das Ziel der Vorgaben war es, PfP praktikabel umzusetzen. Das darauf aufbauende CMS-Projekt wurde mit Premier Inc, einer USA-weiten Organisation von Not-for-profit-Krankenhäusern, ab dem Frühjahr 2003 durchgeführt (Rosenthal et al. 2004). In dem Projekt wurden 278 freiwillig teilnehmende Krankenhäuser 33 Indikatoren für fünf Indikationen zusätzlich vergütet (Herzinfarkt, Bypassoperation, Herzinsuffizienz, Hüft- und Knieersatz sowie Lungenentzündung). Ein Minimum von 30 Fällen pro Indikation war Voraussetzung. Die Ergebnisse der Messung wurden publiziert.

Pro Jahr wurden 7 Mio. US\$ über insgesamt drei Jahre ausgeschüttet. Die 10 % besten Krankenhäuser pro Indikation sollten 2 % ihrer Budgetsumme zusätzlich erhalten. Krankenhäuser im nächsten Dezantil (also von 90 bis 80 % der Besten) erhielten 1 % der Budgetsumme zusätzlich. Im dritten Jahr des Pilotprojektes sollten die 10 % schlechtesten Krankenhäuser zudem einen Abschlag hinnehmen müssen (Rosenthal/Frank 2006).

Die CMS beschleunigten die PfP-Diskussion nochmals durch ein Programm, welches ab dem 1.7.2007 niedergelassenen Ärzten auf freiwilliger Basis die Teilnahme ermöglicht.⁷ Ärzte können im Rahmen der Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) dadurch eine um 1,5 % erhöhte Summe der Abrechnungen erzielen. Betroffen sind alle Abrechnungen, nicht nur solche, für die Qualitätsmessungen vorliegen oder ausgefüllt wurden.⁸ Betroffen sind auch Leistungen, die nicht unmittelbar von Ärzten, sondern von anderem Personal in Arztpraxen oder Heilmittelerbringern erbracht werden. Beispiel für eine Messung ist der Anteil der Patienten zwischen 18 und 75 Jahren mit Diabetes Typ I oder II, welche einen Hämoglobin A1c-Wert von über 9 % hatten.

Insgesamt sind 74 Messungen der Qualität vorgesehen.⁹ Die Indikatoren wurden auf der Basis von Evidenz und/oder Konsensus erstellt und messen insbesondere Prozesse, die einen engen Zusammenhang zum Ergebnis der Behandlung erwarten lassen. Für jeden Indikator wurde eine umfangreiche Dokumentation bereitgestellt,

7 Siehe den Gesetzestext unter http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/PQRI_TaxReliefHealthCareAct.pdf (Zugriff Mai 2007).

8 Die Inhalte der PQRI finden sich unter <http://www.cms.hhs.gov/PQRI/> (Zugriff Mai 2007)

9 Siehe für die vollständige Liste http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/PQRI_MeasuresList.pdf (Zugriff Mai 2007).

die nicht nur die exakte Messung (Zeiträume, Einschlusskriterien für Patienten und Ärzte), sondern auch Auskunft über die Evidenz beziehungsweise Literatur gibt.¹⁰ Die Ergebnisse der Messungen werden nicht auf individueller Ebene der Ärzte veröffentlicht, vielmehr erhält der Arzt eine Rückmeldung über sein Abschneiden. Die Teilnahme der Ärzte erfolgt freiwillig, eine Anmeldung oder Registrierung ist nicht erforderlich. Jedoch muss die Dokumentation für mindestens 80 % der in Frage kommenden Patienten erfolgen und für alle Indikatoren, welche in der Praxis des Arztes in Frage kommen.

Erklärtes Ziel der CMS ist es, alle Bereiche der Leistungserbringung in Initiativen des PfP einzubeziehen. Daher ist es konsequent, neben dem stationären Bereich auch ambulante Leistungen zu bewerten. Erwähnenswert ist zudem, dass neben PfP die bereits eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung weiter fortbestehen.¹¹ Diese sehen für Krankenhäuser beispielsweise bereits eine Publizierung der Qualitätsdaten vor (im sogenannten Hospital Quality Alliance Programm der CMS).

Lindenauer et al (2007) untersuchten die Effektivität des CMS-Programms erstmalig anhand von 207 teilnehmenden Krankenhäusern. Als Kontrollgruppe dienten 406 Krankenhäuser, welche lediglich ihre Qualität mit den identischen Kriterien veröffentlichten, jedoch keine finanzielle Bonuszahlung daran geknüpft hatten (Lindenauer et al. 2007). Die Abschätzung basierte auf 14 Qualitätsindikatoren über einen Zeitraum von zwei Jahren. Die Studie ergab, dass Teilnehmer des PfP größere Verbesserungen bei den Indikatoren erzielten, und zwar negativ korreliert mit dem Ausgangsniveau. Die Studie zeigt jedoch auch, dass die Kontrollgruppe ebenfalls erhebliche Verbesserungen der Qualität erzielte und bei vielen Indikatoren bereits über 90 % der Patientenfälle erreicht wurden.

9.2.3 Großbritannien

Im Jahr 2004 führte der NHS (National Health Service) als zentrale Gesundheitsagentur ein PfP-Programm für den hausärztlichen Bereich ein. Im Vorfeld hatte es intensive Diskussionen um Möglichkeiten der wettbewerblichen Ausrichtung eines zentralistischen Gesundheitssystems gegeben (Stevens 2004). Das PfP-Programm sah vor, dass eine Messung von 146 Indikatoren für zehn chronische Erkrankungen erfolgte. In der Regel handelte es sich um Vom-Hundert-Schwellenwerte für Prozesse (beziehungsweise deren Ergebnisse), die der Arzt erbringen sollte. Ein Beispiel ist der Anteil der Diabetes-Patienten mit einem Blutdruck von unter 145/85 mm Hg. Je nach Anteilen wurden Punkte vergeben, deren Summe mit einem absoluten Geldbetrag bewertet wurden. Eine optimal abschneidende Praxis konnte ihr Einkommen um 25 % steigern. Dies übertraf die Erwartungen bei weitem.

Da einige Patienten nur schlechte Therapietreue (s. unten zu Adherence) zeigten, konnten sie vom Arzt ausgeschlossen werden. Zu den Gründen zählten beispiels-

¹⁰ Das ausführliche Dokument befindet sich unter http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/Specifications_2007-02-04.pdf (Zugriff Mai 2007).

¹¹ Siehe etwa für CMS: <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/> (Zugriff Mai 2007).

weise das Nicht-Ansprechen auf Medikamente oder Nicht-Erscheinen nach dreimaliger Aufforderung. Eine Auswertung der Daten von 8105 Praxen ergab, dass nach einem Jahr die Rate der Patienten, die ausgeschlossen werden mussten, entscheidend dafür war, wie gut die Praxis abschneiden konnte (Doran et al. 2006). Da Qualitätsdaten für den Beginn der Programms nicht vorlagen, konnte nicht beurteilt werden, ob das Programm tatsächlich eine Qualitätsverbesserung gebracht hatte.

9.3 Probleme des PfP und mögliche Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen

Trotz oder wegen der dynamischen Entwicklung der Pfp-Programme insbesondere in den angelsächsischen Gesundheitssystemen wurde erhebliche Kritik geäußert, welche teilweise aus der noch mangelhaften Evaluation der Programme herrührt, teilweise jedoch auch grundsätzlicher Natur ist.

9

9.3.1 Kritik an Pfp

Eine grundsätzliche Kritik besteht darin, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Pfp bisher zu gering sei, um aufwändige Projekte zu starten (Epstein 2007). Insbesondere bestehen kaum randomisierte kontrollierte Studien oder belastbare Studiendesigns, sofern diese überhaupt durchgeführt wurden (Dudley 2005). Die Anzahl der Teilnehmer (also der Leistungserbringer) ist meist zu gering, die Übertragbarkeit auf andere Regionen, Indikatoren-Sets oder Gesundheitssysteme ist nicht gegeben. Diese Kritik kann zunächst bei allen neuen Versorgungsformen geäußert werden.

Eine Vielzahl von Kritiken bezieht sich auf ableitbare Anreize und Verteilungswirkungen in Folge der konkreten Ausgestaltung des Tarifs. So ist unklar, ob **zusätzliche Finanzmittel** bereit gestellt werden oder zuvor von einer Gesamtvergütung ein Pool abgezogen wird (analog der integrierten Versorgung in Deutschland). In Großbritannien wurden beispielsweise erhebliche Mittel zusätzlich bereitgestellt und Pfp war eine Möglichkeit, um die (politisch gewollte) Ausdehnung des Budgets des NHS zielgerichtet zu steuern. Ebenso wird bei nicht effektiven Programmen teilweise vermutet, dass die Höhe der zusätzlich über Pfp ausgezahlten Erlöse nicht angemessen war (Roski et al. 2003).

Unklar ist ebenfalls, ob **Qualitätsverbesserungen** oder aber **Qualitätsziele** (Schwellenwerte) vorgegeben werden sollen. Verbesserungen könnten auch in sozial schwachen Gebieten erzielt werden, würden auch bisher unterdurchschnittlich abschneidende Krankenhäuser ermuntern und umgekehrt gute Krankenhäuser nicht für eine unveränderte Versorgung belohnen (Rosenthal et al. 2004). Allerdings würden Krankenhäuser, die bisher nur geringe Anstrengungen in der Qualitätssicherung unternommen haben, eher belohnt (Rosenthal et al. 2005). Letztendlich handelt es sich auch um eine normative Entscheidung der Politik, ob ein egalitäres oder wettbewerbliches Gesundheitssystem zugrunde gelegt wird. So werden in den USA eher Veränderungen belohnt, in Großbritannien hingegen das Erreichen von Schwellenwerten.

Im Zusammenhang mit erreichbaren Qualitätsverbesserungen muss ebenfalls kritisch gesehen werden, ob sich lediglich die isoliert gemessenen Indikatoren (Strukturen oder Prozesse) oder aber auch das Versorgungsergebnis verbessert. Ebenso wird kritisch diskutiert, ob lediglich durch (legale oder illegale) Änderungen der Kodierungen die gewünschten Ergebnisse für PfP erzielt werden oder auch eine Selektion von Patientengruppen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für Bonuszahlungen stattfindet (Shen 2003, Norton 1992).¹² Diese Probleme sind aus dem Bereich der DRG-Nutzung bereits bekannt (**Upcoding, Gaming**) (Rosenthal & Frank 2006 unmittelbar zu PfP; zu DRG auch Lungen/Lauterbach 2000, Ellis 1998). Diskutiert wird, die Tarife auf einzelne Fälle zu beziehen, nicht auf Vom-Hundert-Anteile in Bezug auf Patientengruppen. Demnach würden Boni gezahlt für jeden optimal versorgten Patienten. Dies motiviert sowohl schwache Performer als auch Hochperformer. Festgelegt werden muss allerdings, was optimale Versorgung ist (Rosenthal/Dudley 2007).

Kritisch gesehen wird ebenso, dass **Alternativen zu PfP** eine bessere Kosteneffektivität aufweisen können, insbesondere PR (Lindenauer et al. 2007). Eine über PR hinaus gehende Vergütung der Qualität bewirkte in Studien nur noch geringe Verbesserungen. Die zusätzlichen Probleme des PfP sind jedoch erheblich, etwa die Generierung von neuen Finanzmitteln (beziehungsweise Kürzung bestehender Vergütungen) sowie die Entwicklung, Weiterentwicklung und Administrierung der Programme.

Sofern PfP als **kassenindividuelle Programme** angelegt werden, wird vor Trittbrettfahrerverhalten gewarnt. Der behandelnde Arzt könnte sein Verhalten entweder gar nicht ändern oder aber für alle Patienten (Pham et al. 2007). Dies kann entweder zu Trittbrettfahrerverhalten der Krankenkassen führen (und somit der zu geringen Einführung von sinnvollen Programmen) oder aber zu geringer Kosteneffektivität der Programme, wenn weniger Ärzte als möglich die Qualität verbessern. Insgesamt wird die Möglichkeit der Evaluation bei kassenindividuellen Programmen nahezu verhindert, ein Problem, welches bereits bei der Evaluation der Auswirkungen von Managed Care auftrat (Lungen/Stock 2006).

9.3.2 Relevante Fragen bei einer Übertragung nach Deutschland

Die Ausgestaltung der internationalen Programme und die in der Literatur geäußerte Kritik kann zu einem Fragenkatalog zusammengeführt werden, welcher vor einer Einführung von PfP in Deutschland beantwortet werden muss (Rosenthal/Dudley 2007, Rowe 2006, Dudley 2005, Lungen/Lauterbach 2002a).

1. **Individual- oder Gruppenauszahlung:** Die Form der Auszahlung wirkt sich auf die Motivation der einzelnen Leistungserbringer aus, ihre Qualität zu verbessern. Eine Gruppenauszahlung kann Vorteile haben im Hinblick auf statistische Verfahren und Vereinfachung der Administration, da Risiken gepoolt werden. In Deutschland scheint derzeit für den vertragsärztlichen Bereich eine

¹² Siehe Norton (1992) als eine frühe Studie im Bereich von Pflegeheimen in den USA, welche auch Anreize Risikoselektion bei Umstellung auf erfolgsbasierte und risikobasierte Vergütung thematisierte.

Gruppenauszahlung eher möglich. Aufgrund der Fallzahllhöhe und Verhandlungssituation von Krankenhäusern scheint dort eine Einzelauszahlung angemessener.

2. **Auswahl der Indikationen und Indikatoren:** Die Abwägung zwischen den Kosten der Datenerfassung, der Güte der Messung und damit des Zusammenhangs zwischen Daten, Qualität und Bonuszahlung ist in der Praxis der PfP-Programme bisher eher pragmatisch entschieden worden. Der Trend zur Nutzung von Routinedaten aus der Patientenabrechnung ist ebenso erkennbar wie die Vereinheitlichung der Indikatorensets (AOK-Bundesverband et al. 2007). Neuentwicklungen von Indikatoren sind aufwändig, schützen nicht vor neuerlichen kritischen Diskussionen und werden daher selten in Angriff genommen. Unklar ist auch, welche Evidenz für Indikatoren überhaupt hergestellt werden kann (Werner/Bradlow 2006). Betont wird bei allen Entwicklern die Notwendigkeit der Einbindung von betroffenen Ärzten und Leistungserbringern. Strittig ist, inwieweit auch Effizienzindikatoren mit den Qualitätsdaten verknüpft werden sollen. Mit den bisherigen Daten der externen Qualitätssicherung in Deutschland scheint zumindest eine Basis für eine Umsetzung gegeben (BQS fortlaufende Jahre). Der Sachverständigenrat stellt bereits vor zehn Jahren in seinem Sondergutachten 1997 recht optimistisch fest, dass die im Bereich der Ärztekammer Nordrhein damals schon seit Jahren laufenden Qualitätsmessungen der Schenkelhalsfraktur in die Vergütung einbezogen werden könnten (Sachverständigenrat 1998).
3. **Bonustarif:** Relative Schwellenwerte erhöhen den Wettbewerb, jedoch auch die Unsicherheit über die finanzielle Auszahlung für das Krankenhaus. Die Verweigerung des Bonus kann somit auch als indirekter Malus aufgefasst werden. Bei absoluten Schwellenwerten erhalten eine Anzahl Krankenhäuser zudem höhere Vergütungen, ohne dass sie ihr Versorgungsverhalten geändert haben. Auf der anderen Seite können schwache Krankenhäuser jede Anstrengung unterlassen, die Hürde zu erreichen, wenn diese zu hoch liegt. In der Praxis wird daher eine Abstufung der Schwellenwerte vorgeschlagen. Zudem kann die Entscheidung für einen Bonus oder Malus sich auch nach der Indikation beziehungsweise A-DRG richten. Ist eine Therapie bereits etabliert, können eher Maluszahlungen vorgesehen werden. Ist ein Verfahren noch in der Entwicklung, können eher Bonuszahlungen für eine besonders engagierte Weiterentwicklung der Qualität ausgesprochen werden. Notwendig dazu ist allerdings eine verstärkte Orientierung an den Ergebnissen der Behandlung (Lungen/Lauterbach 2002a).
4. **Höhe des Bonus:** Empirisch belegt ist, dass der Zusammenhang von Zahlbetrag und Effektivität des Programms nur schwach – wenn überhaupt – vorhanden ist. Ursache kann sein, dass die ökonomische Wirkung von Opportunitätskosten stärker beachtet werden muss. Entstehen beim Anbieter dafür, dass das Qualitätsziel erreicht werden kann, klar definierbare Kosten (höherer Personal- oder Sachaufwand, Folgekosten), sollten diese mindestens abgedeckt werden. Entstehen die Kosten einmalig (Investition in EDV, Räume etc.) und erfolgt die Bonuszahlung kontinuierlich pro Patient, können sich adverse Effekte ergeben. Ebenso kann es hinderlich sein, die Höhe der Prämie an den erwartbaren Einsparungen der Krankenversicherung festzumachen. Für die Entscheidung der Leistungsanbieter können diese ohne Bedeutung sein.

5. **Zielgruppe:** Weitgehend ungeklärt ist, wie die regional abweichende Adherence (Therapietreue) der Patienten sich auf die Qualität der Versorgung und die Bonus-Zahlungen niederschlägt. Verweigern Patienten die Kooperation, kann sich die Qualitätsausprägung verschlechtern. Dies hat negative Folgen für die Anbieter. Einerseits könnten relative Verbesserungen pro Anbieter zugrunde gelegt werden (Verbesserung der Anteile zwischen zwei Zeitpunkten), was jedoch Anbieter mit zuvor geringer Qualität bzw. wenig Anstrengungen eher belohnt. Andererseits kann die mangelnde Kooperation der Patienten (zumindest teilweise) statistisch standardisiert werden. Vorgeschlagen wird auch, die Therapietreue generell in eigenständigen Programmen zu fördern, das heißt außerhalb von PfP-Programmen (Rosenthal/Dudley 2007). Inwieweit dies ausreichend ist, bleibt offen. Casalino/Alster 2007 warnen davor, dass PfP die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung sogar noch vergrößern können. Basieren PfP-Ergebnisse wesentlich auf Faktoren, die durch Patienteneigenschaften gesteuert werden, können Ärzte beziehungsweise Anbieter in sozial schwachen Regionen benachteiligt werden, beziehungsweise entsprechende Patientengruppen indirekt einer negativen Selektion unterliegen.

9.4 Fazit

PfP weist eine hohe Sichtvalidität auf und ist als Modell mit Anreizwirkung unmittelbar überzeugend. Der Gedanke, dass nicht mehr das Erbringen einer Leistung, sondern deren Erfolg beziehungsweise die Qualität vergütet wird, ist eingängig. Wettbewerb um Qualität hat auch für Patienten eine höhere Attraktivität als Wettbewerb ausschließlich um Effizienz. Es ist vorhersehbar, dass PfP noch stärkere Verbreitung finden wird.

Einige Aspekte lassen sich daher bereits für eine Ausgestaltung in Deutschland umreißen. Eine Verknüpfung der **Vergütungssystematik von DRG** und PfP ist generell möglich. Die starke Fixierung der externen Qualitätssicherung auf DRG kann hierbei genutzt werden. Wird in der Perspektive die Kontrahierung von Krankenhäusern selektiv durch Krankenversicherungen erfolgen, können Verknüpfungen von Qualität und Tarif leichter umgesetzt werden. Nachteilig ist jedoch, dass der Marktanteil der Krankenkasse entscheidend dafür sein wird, welche Wirkung das Programm entfalten kann.

Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass die Begrenzung von PfP auf die akutstationäre Periode zu Ausweichreaktionen führen kann. Die geplante Neuausrichtung der externen Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des GKV-WSG kann genutzt werden, um Weichen zu stellen (Neufassung von § 137 SGB V). Statt einer relativ begrenzten akutstationären Periode könnte durch die Zusammenführung von Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich eine Zeitepisode Grundlage der Bonusvergütung sein (Davis 2007). Aus Patientensicht hätte dies Vorteile, da die sektorenüberreifende Versorgung gestärkt würde. Notwendig ist jedoch die entsprechende Anpassung der Finanzierung, beispielsweise im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140 a bis d SGB V) mit regionalem Bezug oder von Disease-Management-Programmen (§ 137f SGB V).

Letztendlich wird auch die **Krankenhausplanung** nicht umhin können, die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern zu gewährleisten, welche in der Qualitätssicherung gut abschneiden. Ein faktischer Druck zur Berücksichtigung von Qualitätsergebnissen in der Krankenhausplanung ist aus unsrer Sicht einleuchtend begründbar.

Ungeachtet dieser Möglichkeiten überwiegen in der **wissenschaftlichen Literatur** bisher die Stimmen, welche sich kritisch bis abwartend zu PfP äußern. Einerseits liegt diese Kritik im Mangel an Erfahrungen begründet. Es wird beispielsweise darauf verwiesen, dass chirurgische Verfahren auf der Grundlage der geringen Evidenz, wie sie für PfP vorliegt, nicht eingeführt würden (Epstein 2007). Andererseits bestehen bei allen neuen Versorgungsformen zunächst viele offene Fragen zur Ausgestaltung. Die bedeutsamste Kritik lautet, dass ähnliche Qualitätsverbesserungen wie durch PfP bereits durch die **öffentliche Verbreitung von Qualitätsdaten** (PR) erzielt werden können. Inwieweit dies für alle Patientengruppen gilt oder aber eine gewisse Fähigkeit zur Informationsverarbeitung bei den Versicherten voraussetzt (literacy) oder regionale Ungleichheiten der Versorgung hervorruft, bleibt zumindest für Deutschland noch offen.

Die rasche Verbreitung von PfP kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in naher Zukunft weiterhin **pragmatische Entscheidungen** über die Ausgestaltung der Programme getroffen werden müssen. Die Festlegung des Tarifs und die Beseitigung von Nachteilen durch die Sozialstruktur der Patienten sind dabei die größten Herausforderungen. Eine hochwertige Evaluation und die nachfolgende Anpassung sind unabdingbar, um PfP langfristig von einer Sichtvalidität zu einer Akzeptanz auch bei den Leistungserbringern zu verhelfen.

9.5 Literatur

- American Medical Association (AMA). Guidelines for Pay-for-Performance Programs. Stand 21. Juni 2005.
- AOK-Bundesverband, FEISA, HELIOS, WIdO (Hrsg.). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn 2007.
- Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, Etchason J. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med.* 2001; 161 (10): 1261–6.
- Baker G, Carter B. Provider Pay-for-Performance Incentive Programs: 2004 National Study Results. San Francisco: Medvantage Inc. 2005.
- Baumann MH, Dellert E. Performance measures and pay for performance. *Chest.* 2006 Jan; 129 (1): 188–91.
- Bertelsmann-Stiftung. Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Gütersloh 2006.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). BQS-Qualitätsreport. Düsseldorf: fortlaufende Jahre.
- Conrad DA, Sales A, Liang SY, Chaudhuri A, Maynard C, Pieper L, Weinstein L, Gans D, Piland N. The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups. *Health Serv Res.* 2002; 37 (4): 885–906.
- Davis K. Paying for care episodes and care coordination. *N Engl J Med* 2007; 356 (11): 1166–8.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355 (4): 375–84.

- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355 (4): 375–84.
- Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA* 2005; 294 (14): 1821–3.
- Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *J Health Econ* 1998; 17 (5): 537–55.
- Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med*. 2007; 356 (5): 515–7.
- Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy* 2007; 80 (1): 179–93.
- Henley E. Pay-for-performance: what can you expect? *J Fam Pract* 2005; 54 (7): 609–12.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007; 356 (5): 486–96.
- Lüngen M, Lauterbach K. Upcoding –eine Gefahr für den Einsatz von DRGs (Diagnosis Related Groups)? *Dtsch Med Wschr* 2000; 125: 852–6.
- Lüngen M, Lauterbach K. Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG. Qualitätssicherung bei pauschalierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Heidelberg: Springer 2002.
- Lüngen M, Lauterbach K. Qualitätssicherung auf der Basis der DRG-Finanzierung. *Zeitschrift für Sozialreform* 2002; 48 (2): 133–63.
- Lüngen M, Stock S. USA. In: Lauterbach K, Brunner H, Stock S. Gesundheitsökonomie für Mediziner. Bern: Huber 2006; 259–68.
- MedVantage Inc. Provider Pay-for-Performance Incentive Programs. 2004 National Study Results. First Quarter 2005.
- Milgate K, Cheng SB. Pay-for-performance: the MedPAC perspective. *Health Aff (Millwood)* 2006; 25 (2): 413–9.
- Nalli GA, Scanlon DP, Libby D. Developing a performance-based incentive program for hospitals: a case study from Maine. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26 (3): 817–24.
- Norton EC. Incentive regulation of nursing homes. *J of Health Economics* 1992; 11: 105–28.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 2006; 145 (4): 265–72.
- Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med* 2007; 356 (11): 1130–9.
- Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *JAMA*. 2007; 297 (7): 740–4.
- Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23 (2): 127–41.
- Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA* 2005; 294 (14): 1788–93.
- Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev* 2006; 63 (2): 135–57.
- Rowe JW. Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care. *Ann Int Med* 2006; (145) 9: 695–9.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1997. Baden-Baden: Nomos 1998: 380.
- Shen Y. Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System. *Health Services Research* 2003; 38 (2): 535–52.
- Stevens S. Reform strategies for the English NHS. *Health Aff (Millwood)*. 2004; 23 (3): 37–44.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates. *JAMA* 2006; 296 (22): 2694–702.

Wir danken einem anonymen Reviewer für wertvolle Hinweise.

This page intentionally left blank

10 Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Günther Heller, Christian Günster und Enno Swart

Abstract

Während international aufwandsarme, auf Routinedaten gestützte Berichts- und Qualitätssicherungssysteme seit langem implementiert sind, wird in Deutschland bis heute – bei der gesetzlich geregelten Beurteilung der Behandlungsqualität im stationären Bereich nach § 137 SGB V – auf spezielle Datenerhebungen gesetzt, die mit erheblichem Zusatzaufwand für die Leistungserbringer verbunden sind.

Daher wurde im Jahr 2002 das Projekt Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) mit dem Ziel gestartet, Möglichkeiten der Qualitätsmessung auf Basis von GKV-Routinedaten zu prüfen.

In diesem Beitrag soll einerseits der Stand des Projektes mit aktuellen Entwicklungen dargelegt werden sowie andererseits weitere Perspektiven einer Qualitätssicherung mit Routinedaten in Deutschland aufgezeigt werden.

While internationally low effort reporting and quality assurance systems based on routine data for hospitals have been implemented a long time ago, the evaluation of the treatment quality in hospitals according to § 137 SGB V in Germany still relies on special data collections demanding considerable extra time and effort for the healthcare providers.

Therefore, in 2002 the project Quality Assurance of Hospital Care with Routine Data (QSR) was started in order to examine possibilities of measuring quality based on routine administrative data.

The objectives of this article are to present a summary of the present state of the project and its current developments as well as to provide perspectives of future quality assurance with routine data in Germany.

10

10.1 Einführung

Die Verfahren zur Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern greifen in aller Regel auf spezielle Datenerhebungen zurück. Insbesondere die in § 137 SGB V geregelte Beurteilung der Behandlungsqualität im stationären Bereich ist für die Kliniken mit erheblichem Aufwand an Dokumentation und Erfassung eigenständiger Datenbögen verbunden. Gleichzeitig schafft die externe Qualitätssicherung nach § 137 kaum Transparenz für Patienten, Einweiser und Kostenträger, da bislang die Beurteilungsergebnisse einzelner Krankenhäuser nicht veröffentlicht wurden –

auch dann nicht, wenn in einem Krankenhaus die Referenzbereiche der Qualitätssindikatoren verfehlt wurden.¹ Für die Kliniken selbst gewinnen angesichts verkürzter Liegezeiten Informationen über die mittelfristigen Behandlungsergebnisse nach der Krankenhausesentlassung an Bedeutung; diese lassen sich jedoch nicht aus den heutigen Sondererhebungen ableiten.

Wirft man einen Blick auf international implementierte Berichts- und Qualitätssicherungssysteme und vergleicht diese mit der Situation in Deutschland, so fällt auf, dass international auf Routinedaten gestützte Systeme seit langem eingeführt und üblich sind.² Auf den ersten Blick scheinen routinedatenbasierte Verfahren mehrere entscheidende Vorteile aufzuweisen. Erstens sind sie mit einem geringen Erhebungsaufwand verbunden, da eine gesonderte Erfassung überflüssig ist; vielmehr werden bestehende Datenquellen wie z. B. die Krankenhausabrechnungsdaten genutzt. Zweitens erlauben Routinedaten die Analyse von Behandlungsverläufen über die Krankenhausesentlassung hinaus; komplikationsbedingte Wiederaufnahmen in der gleichen, aber auch einer anderen Klinik werden genauso analysierbar wie das Versterben außerhalb des Krankenhauses. Drittens sind die Daten vollständig, da zum einen jeder Fall abgerechnet wird und zum anderen die Nichtmeldung von (Komplikations-)Eingriffen mit einer geringeren Vergütung einhergeht.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2002 das Projekt Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) mit dem Ziel gestartet, Möglichkeiten der Qualitätsmessung auf Basis von GKV-Routinedaten zu prüfen und Instrumente der routinedatengestützten Qualitätsmessung zu entwickeln. Nach einer intensiven Entwicklungsphase wurde im März 2007 der QSR-Abschlussbericht veröffentlicht: Es konnte u. a. gezeigt werden, dass eine aufwandsarme und valide Qualitätsbeurteilung für ausgewählte Tracer möglich ist und die QSR-Qualitätsindikatoren wertvolle Informationen für das klinikinterne Qualitätsmanagement wie auch für externe Qualitätsvergleiche von Kliniken im Sinne eines Qualitätsbenchmarks bieten (AOK-Bundesverband et al. 2007).

Ziel dieses Beitrages ist es, den Stand wie auch die aktuellen Entwicklungen im Projekt darzulegen sowie weitere Perspektiven einer Qualitätssicherung mit Routinedaten in Deutschland aufzuzeigen.

1 Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juni 2007 zu den Inhalten des Strukturierten Qualitätsberichts wurden erste Schritte der krankenhausesbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Patientinnen und Patienten eingeleitet. Krankenhäuser werden verpflichtet, im zweijährigen Turnus 27 von 270 Prozess- und Ergebnisindikatoren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V offenzulegen. Vgl. <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-188/2007-06-22-Kh-Qualitaetsberichte.pdf>.

2 Einen Literaturüberblick zum Thema bietet der 2007 erschienene Abschlussbericht des QSR-Projekts (AOK-Bundesverband et al. 2007).

10.2 Stand des Projekts Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)

Das Projekt Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) wurde als gemeinsames Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS Kliniken, des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) entwickelt.

QSR ist ausgerichtet auf die Unterstützung der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auf Basis von GKV-Routinedaten. Dabei steht die Ermittlung von Ergebnisqualität im Mittelpunkt der Projektbemühungen.

Ausgangspunkt für die Initiierung des Projektes ist der zunehmende Bedarf an valider medizinischer Ergebnisqualität: Diese wird von Patienten, aber auch von Zuweisern für einen nachvollziehbaren, an Versorgungsqualität orientierten Klinikvergleich benötigt. Für Kliniken dagegen sind derartige Qualitätsinformation für eine sinnvolle Stimulation des internen Qualitätsmanagements wichtig. Valide und objektive Qualitätsinformationen sind auch dann unabdingbar, wenn die Qualität und nicht nur die Preise von medizinischen Leistungen künftig zunehmend Gegenstand von Verträgen zwischen Kliniken und Leistungserbringern werden sollen.

Datengrundlagen

Als Datengrundlagen dienen bundesweite Abrechnungsdaten gemäß Datenaustauschverfahren nach § 301 SGB V von vollstationären AOK-Krankenhauspatienten. Dieser Datensatz umfasst Angaben zum Zeitraum, Diagnosen, Prozeduren und den abgerechneten Krankenhausentgelten der stationären Behandlung. Die Rentenversicherungsnummer des Patienten wurde pseudonymisiert, sodass ein und dieselbe Person in verschiedenen Behandlungsereignissen reidentifizierbar ist, ohne dass die Identität der Person bekannt oder ermittelbar ist. Zusätzlich wurden verschiedene weitere interessierende personenbezogene Informationen wie etwa der Überlebensstatus hinzugefügt. Die Validität und Verwendbarkeit der genannten Daten für Zwecke der Qualitätssicherung wurde zu Beginn des Projektes überprüft.

Traceransatz

In QSR wird 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 insgesamt zehn operative wie auch nicht operative Tracer entwickelt und sind in dem vorliegenden Bericht enthalten. Im Einzelnen handelt es sich um: Akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Kolon- bzw. Rektumoperation bei kolorektalem Karzinom, laparoskopische und offene Appendektomie, Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur, Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Kniegelenks-Totalendoprothese (Abbildung 10-1).

Weitere Tracer zur interventionellen Kardiologie (Linksherzkatheter und perkutane koronare Interventionen) und zur Koronarchirurgie sind in der Entwicklung.

Ausschlaggebend für die Auswahl der Tracer waren medizinische, epidemiologische und ökonomische Relevanz. Darüber hinaus wurden Tracer aus verschiede-

Abbildung 10–1
QSR-Tracer

- **Herzinsuffizienz**
- **Herzinfarkt**
- **Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung**
- **Kolon-/Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom**
- **Offene oder n.n. bez./laparoskopische Appendektomie**
- **Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP)/ Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur**
- **Kniegelenks-Totalendoprothese**

Krankenhaus-Report 2007

WidO

10

denen medizinischen Disziplinen berücksichtigt. Es wurden Tracer ausgewählt, bei denen möglichst wenig Störeffekte bzw. Messfehler auftraten. Schließlich wurden Tracerdefinitionen gewählt, welche unabhängig vom Vergütungssystem funktionieren und Störeffekte minimieren.

Individuelle Behandlungsverläufe

Ein großer Vorteil von QSR besteht in der Möglichkeit, auch Ereignisse nach einem interessierenden Krankenhausaufenthalt zu analysieren. So sind echte Längsschnittanalysen und die Betrachtung aus Patientenperspektive statt nur fallspezifischer Analysen möglich. Dies wird vor dem Hintergrund zurückgehender Verweildauern immer wichtiger.

Die Längsschnittperspektive hat auch zur Konsequenz, dass in QSR nicht einzelne Krankenhausfälle, sondern sogenannte Startfälle betrachtet werden. Ein Startfall beginnt mit einem Krankenhausaufenthalt, in dem die untersuchte medizinische Leistung durchgeführt wurde. Wenn anschließend eine Verlegung durchgeführt wurde, wird dieser Krankenhausaufenthalt dem Startfall zugerechnet und entsprechende Ereignisse (Begleiterkrankungen, Prozeduren, Komplikationen) im Startfall berücksichtigt. Um nur (in etwa) vergleichbare Startfälle miteinander zu vergleichen, wurden nur solche Fälle betrachtet, bei denen im Jahr vor der aktuell betrachteten Krankenhausaufnahme die Tracerbedingungen nicht schon einmal erfüllt waren (Vorjahresausschluss, inzidente Fälle).

Mittel- und langfristige Qualitätsindikatoren

Die Möglichkeit der Längsschnittperspektive führt auch dazu, dass sinnvollere Indikatoren der Ergebnisqualität definiert und betrachtet werden können: So wird in QSR aktuell nicht nur eine Krankenhaussterblichkeit, sondern auch Sterblichkeiten innerhalb von 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr nach Aufnahme ausgewiesen. Neben der Mortalität können weitere interessierende Sachverhalte wie z. B. Revisionsraten nach Implantation von Endoprothesen oder erneute Krankenhausaufnah-

Abbildung 10–2

Ausgewählte Qualitätsindikatoren QSR

- **Sterblichkeit**
(während KH-Aufenthalt, innerhalb 30, 90 Tagen, 1 Jahr)
- **Revisionsraten**
(während stationärem Aufenthalt)
- **andere typische Komplikationen**
(z. B. perioperativ)
- **Wiedereinweisungsrate**
(allgemein, diagnose-/prozedurspezifisch, wegen Revision)

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

men wegen typischer tracerspezifischer Komplikationen in definierten Nachbeobachtungsperioden betrachtet und analysiert werden. In Abbildung 10–2 sind einige ausgewählte QSR-Qualitätsindikatoren aufgelistet. Indikatoren, die nur in der Nachbeobachtungsperiode vorliegen, sind hellgrau dargestellt.

Die Notwendigkeit eines Follow Ups zur sinnvollen Qualitätsmessung zeigt auch Abbildung 10–3. Für den Tracer Herzinsuffizienz von knapp 120 000 AOK Patienten aus 1 393 Kliniken³ wurde die Krankenhaussterblichkeit dieser Kliniken mit deren 90-Tage-Sterblichkeit verglichen.

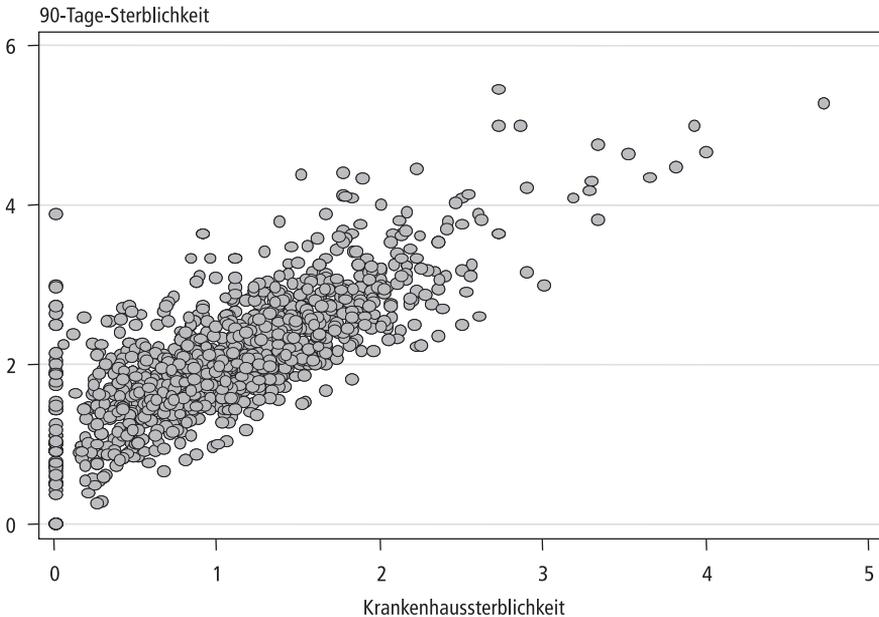
Auf den ersten Blick wird eine erwartungsgemäß gute Übereinstimmung wahrgenommen. Allerdings fallen auch eine Reihe von Kliniken auf, die zwar eine Krankenhaussterblichkeit von 0, aber gleichzeitig relevante 90-Tage-Sterblichkeiten aufweisen. Hier handelt es sich offenbar um Kliniken, die alle tatsächlich innerhalb von 90 Tagen verstorbenen Patienten verlegt oder entlassen haben. Die Kliniken wären in einer fallbezogenen Qualitätssicherung vollkommen unauffällig. Führt man eine gewichtete lineare Regression durch, so kann durch die Krankenhaussterblichkeit zwar zwei Drittel der Gesamtvarianz der 90-Tage-Sterblichkeit erklärt werden, ein Drittel der Varianz bleibt aber unerklärt. Dieses Beispiel betont die Notwendigkeit einer Nachbeobachtung, um sinnvolle Indikatoren der Ergebnisqualität zu erhalten. Die Verkürzung von Liegezeiten im Rahmen der Einführung von fallpauschalierten Vergütungssystemen macht es für eine sinnvolle Qualitätsmessung unerlässlich, einen Blick auf die Zeit jenseits des Entlasstages zu werfen.

Risikoadjustierung

Da die Patientenstruktur in unterschiedlichen Krankenhäuser mitunter sehr unterschiedlich sein kann, ist für einen fairen Klinikvergleich eine risikoadjustierte Betrachtungsweise unabdingbar. In QSR wurden für alle dargestellten Tracer umfangreiche Risikoadjustierungsverfahren entwickelt. Die Risikoadjustierung erfolgt

³ Mit mehr als vier AOK Patienten mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz im Jahr 2003.

Abbildung 10-3

Zusammenhang zwischen 90-Tage- und KH-Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz*

*AOK-Fälle 2003, n > 5, 1 393 Kliniken

Krankenhaus-Report 2007

Wido

dabei nach Geschlecht und Alter, aber auch nach relevanten Begleiterkrankungen, z. T. auch nach verwendeten Prozeduren. Dabei wurde Wert darauf gelegt, nur solche Begleiterkrankungen zur Risikoadjustierung zu verwenden, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme bestanden (Heller 2006). Risikoadjustierte Modelle wurden mit Hilfe von logistischen Regressionen unter Verwendung von Sandwich-Varianzschätzern nach Huber und White entwickelt (Rogers 1993; STATA 2003). Diese Modelle wurden auch verwendet, um erwartete Ereignisse, z. B. erwartete Verstorbene, zu berechnen. Ein risikoadjustierter Vergleich ist über den Vergleich der erwarteten Ereignisse mit den tatsächlich beobachteten Ereignissen möglich.

Berichtssysteme – der QSR-Klinikbericht

Im Rahmen des Projektes wurde ein QSR-Klinikbericht entwickelt, der Kliniken erlauben soll, ihre Ergebnisqualität einzuschätzen: Dabei werden für jeden Tracer verschiedene Indikatoren der Ergebnisqualität wie auch Verlaufs- oder Prozessindikatoren ausgewiesen. Zusätzlich werden zahlreiche Detailinformationen zur Qualitätsbeurteilung von Kliniken dargestellt. Neben Leistungsfallzahlen werden detaillierte Angaben zur Patientenstruktur in der einzelnen Klinik in Bezug auf Alter und Komorbidität, aber auch Angaben zur Verweildauer und Verlegungen geliefert. Spezifische Interventionen im Startfall sind ebenso dargestellt wie potenzielle Komplikationen und die Sterblichkeit während des Startaufenthalts. Zusätzlich

werden aber auch Sterblichkeiten, allgemeine und spezielle Wiederaufnahmen, z. B. wegen Revisionsoperationen nach endoprothetischer Versorgung ausgewiesen. Schließlich wird für jeden Tracer aufgelistet, welche Hauptdiagnosen am häufigsten zu Wiederaufnahmen führten.

Dabei können alle genannten Ergebnisse einer spezifischen Klinik mit bundesweiten Referenzwerten verglichen werden. Das Zusammenspiel der verschiedenen dargestellten Subgruppen ist in ausführlichen Tabellen ausgewiesen, was weitere Detailanalysen ermöglicht. Beispielsweise wurden im Jahr 2003 bei insgesamt 40 483 AOK-Patienten Kniegelenks-Totalendoprothesen implantiert. Der Altersdurchschnitt betrug 70,1 Jahre, etwa 10,5% der Patienten waren 80 Jahre und älter. Nahezu drei Viertel der operierten Patienten/innen sind weiblich (73,8%). Dabei finden sich häufig Begleiterkrankungen wie Diabetes (15,3%), Herzinsuffizienz (12,7%) oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (5,4%). Blutungskomplikationen wurden bei 13% der Patienten, thrombotische Ereignisse bei 2% und Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate bei 1,7% während des stationären Krankenhausaufenthaltes kodiert. Knie-TEP Revisionsoperationen wurden bei 0,3% der Patienten während des Startaufenthalts durchgeführt.

Zwar beträgt die durchschnittliche Sterblichkeit im erstbehandelnden Haus 0,1%. Diese steigt jedoch in der Nachbeobachtungsperiode im ersten Jahr nach Entlassung auf 1,6%. Wenn eine Pneumonie als Begleiterkrankung kodiert wurde, beträgt die 1-Jahres-Sterblichkeit dagegen 15,3%.

Eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres wegen Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate findet sich für immerhin 4,6% der Patienten. Für etwa 2,4% der Patienten ergeben sich Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres mit einer Knie-TEP-Revisionsoperation (AOK-Bundesverband et al. 2007).

Nach der QSR-Entwicklungsphase ging der AOK-Bundesverband eine Kooperation mit der Firma 3M Medica ein, um den Krankenhäusern den QSR-Klinikbericht anbieten zu können. Ziel des QSR-Klinikberichtes ist es, die teilnehmenden Krankenhäuser über deren medizinische Ergebnisqualität auch jenseits des Entlassungstages zu informieren, um deren Qualitätsmanagement zu stimulieren. Gleichzeitig soll diese Phase dazu dienen, die Berichtsmethodik weiter zu verbessern und auszuweiten. Gleichzeitig werden Möglichkeiten der breiten Veröffentlichung von ausgewählten Qualitätskennzahlen für Patienten geprüft.⁴

10.3 Weiterentwicklung von QSR

Was die allgemeine Weiterentwicklung einer Qualitätssicherung mit Routinedaten angeht, können unterschiedliche Ebenen der Weiterentwicklung identifiziert werden.

⁴ Hans Magnus von Stackelberg auf der Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung des QSR-Abschlussberichts. Bundespressehaus, Berlin, 28.03.2007.

Verbreiterung der Qualitätssaussage durch Entwicklung weiterer Tracer

Aktuell decken die QSR-Tracer weniger als 10 Prozent der akutstationären Behandlungsfälle ab. Ziel einer Weiterentwicklung wird es sein, zahlreiche weitere Tracer festzulegen, um einen möglichst großen Anteil der stationären Versorgung zu beleuchten. Die Tracerausweitung wird zunächst Leistungen der interventionellen Kardiologie und der Koronarchirurgie betreffen. Zusätzlich ist z. B. ein Tracer zur Versorgung von Kindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in Vorbereitung.

Entwicklung weiterer Qualitätsindikatoren – Qualitätsmessung bei seltenen Ereignissen und geringer Fallzahl

Die bisherigen QSR-Qualitätsindikatoren haben einen gewissen Schwerpunkt auf Sterblichkeiten bzw. schwerwiegenden medizinischen Komplikationen. Dies führt bei verschiedenen Tracern zu niedrigen Prävalenzen der betrachteten Qualitätsindikatoren und zu dem statistischen Problem, dass die tatsächliche Qualität von kleineren Kliniken nicht sicher eingeschätzt werden kann. In der Konsequenz ist die Reliabilität der Indikatoren niedrig bzw. deren Power gering (Dimick et al. 2004). Zwar wurde dieses Problem bereits in der QSR-Entwicklungsphase identifiziert und eine Reihe von Lösungsmöglichkeiten von uns vorgeschlagen (Heller et al. 2004), allerdings sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, um diesem Problem zu begegnen. Dazu können mehrere Qualitätsindikatoren zu einem kombinierten Qualitätsindex zusammengefasst werden (Bitzer et al. 2007; Schäfer et al. 2007). So können unterschiedliche relevante tracerspezifische Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes wie auch im Follow up⁵ mit komplikationsassoziierten Verläufen bzw. Prozeduren⁶ und der Sterblichkeit kombiniert werden. Das Ergebnis wären „niedrigschwellige Qualitätsindikatoren“ mit höherer Prävalenz, von denen einerseits erwartet werden kann, dass sie weniger statistische Schätzprobleme verursachen als beispielweise eine 30-Tage-Sterblichkeit nach Implantation einer Knie-Endoprothese, aber andererseits auch mehr Qualitätsprobleme aufdecken und Qualität breiter messen als reine Mortalitätsraten⁷.

Insgesamt ist die Entwicklung weiterer Qualitätsindikatoren notwendig, um die Qualitätsbeurteilung von Kliniken umfassender und sicherer durchführen zu können.

Weiterentwicklung der Risikoadjustierung – klinische Daten versus Routinedaten

Wie oben beschreiben basiert die aktuelle Risikoadjustierung in QSR auf Informationen zu Alter und Geschlecht. Zusätzlich werden aber auch Informationen zu Begleiterkrankungen (und in einigen Fällen auch zu Prozeduren / Operationen) berücksichtigt. Dabei wurden die Begleiterkrankungen aufgrund inhaltlicher Überlegungen definiert und deren Einfluss auf das jeweilige Outcome empirisch evalu-

5 Z. B. perioperative Thrombosen, Embolien, Wundheilungsstörungen und Komplikationskodes T81 oder T84.

6 Z. B. längere Beatmungspflichtigkeit bzw. längere Aufenthalte auf der Intensivstation bei Routineoperationen oder auch Revisionsoperationen.

7 So ist ja davon auszugehen, dass zahlreiche existierende relevante medizinische Qualitätsprobleme bei einem vergleichsweise gesunden elektiven Patientenkollektiv mit gar keiner messbaren Erhöhung der Mortalität einhergehen.

iert⁸. Um dieses Verfahren weiterzuentwickeln, führen wir aktuell eine empirische Prüfung von allen weiteren kodierten Diagnosen durch, um ggf. zusätzliche relevante Risikoadjustierungsvariablen zu identifizieren und so eine detailliertere Risikoadjustierung durchführen zu können. Erste Analysen anhand der Tracer Schlaganfall und Versorgung von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht haben gezeigt, dass dies aufgrund der großen Zahl unterschiedlicher dokumentierter Diagnosen ein überaus aufwendiges Verfahren ist.

Wirft man einen Blick auf die internationale Literatur zum Thema Risikoadjustierung bzw. fairer Krankenhausvergleich, so fallen auch gerade aktuell verschiedene hochrangig publizierte Analysen auf, welche die Wertigkeit von Qualitätsanalysen aufgrund von Routinedaten mit solchen klinischer oder Registerdaten vergleichen. Überraschenderweise zeigen dabei die Analysen aufgrund von Routinedaten oft vergleichbar gute Ergebnisse wie solche mit klinischen oder Registerdaten (vgl. z. B. zuletzt Aylin et al. 2007; Pine et al. 2007). Dabei hatten wir unlängst auf die methodischen Probleme solcher Vergleiche hingewiesen: Wichtig bei einer vergleichenden Analyse sind nicht nur Maße für die Güte eines Vorhersagemodells, sondern auch die Frage, ob die zugrunde liegenden Risikoadjustierungsvariablen homogen erhoben wurden. Ist dies nicht der Fall, kann ein „risikoadjustiertes Modell“ durchaus auch mit einer Verschlechterung der Risikoadjustierung im eigentlichen Wortsinne einhergehen (Heller/Schnell 2007). Insofern muss eine sinnvolle Weiterentwicklung der Risikoadjustierung auch bedeuten, dass dafür Sorge getragen wird, Risikoadjustierungsvariablen homogen zu erheben.

Dabei zeigt sich auch, dass die Zusatzinformation, ob eine Diagnose bereits bei Aufnahme vorliegt (present on admission indicator), zu erheblich besseren Vorhersagemodellen führt (Pine et al. 2007). Da auch der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 geänderte § 137 SGB V die Qualitätssicherung mit Routinedaten explizit vorsieht, ist zu fordern, dass diese Information auch in die deutschen Krankenhausabrechnungsdaten aufgenommen wird. Dem Informationsgewinn steht dabei keine nennenswerte zusätzliche dokumentationsbedingte Belastung gegenüber.

10.4 Perspektiven der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mit Routinedaten

Eine sektorenübergreifende auf Routinedaten basierende Qualitätssicherung ist durch den geänderten § 137 SGB V explizit angelegt. In QSR wird dieser Weg bereits bestritten, indem hier auch Überleben bzw. Versterben außerhalb der Klinik berücksichtigt werden.

Ein umfassende Zusammenstellung weiterer zur Verfügung stehender Routinedatenquellen im Gesundheitswesen und deren potenzieller Nutzungsmöglichkeiten finden sich z. B. bei Swart/Ihle (2005) oder bei Swart/Heller (2007). Aktuell

⁸ Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der Risikoadjustierung findet sich im QSR-Abschlussbericht.

werden die Versorgungsdaten aus dem ambulanten Bereich sowie aus dem Bereich der Arzneimittelversorgung als am lohnenswertesten für eine sektorenübergreifende Qualitätsanalysen angesehen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Datenqualität in den anderen Sektoren derzeit ggf. noch nicht den Anforderungen entspricht, wie sie für eine medizinisch inhaltlich sinnvolle Datenanalyse zu fordern sind. So haben Gerste und Gutschmidt die Diabetesdiagnosen aus dem ambulanten Bereich analysiert und deren Datenqualität eher zurückhaltend beurteilt (Gerste/Gutschmidt 2006). Zu einem ähnlichen Schluss kommen Schwinger und Koautoren in einer Evaluation eines Gutachtes zur Qualität ambulanter Diagnosen, welches 2006 im Auftrag des Bewertungsausschusses der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt wurde (Schwinger et al. 2006). Insgesamt ist zu konstatieren, dass eine Vollständigkeit von Diagnose- oder Prozedurdokumentationen wohl dann erwartet werden kann, wenn die Vergütung, wie z. B. in der aktuellen fallpauschalierten Vergütung im stationären Bereich, mit der Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren gekoppelt ist.⁹ Mittlerweile wurden im WIdO erste sektorenübergreifende Qualitäts- und Versorgungsanalysen zu den Themen koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz durchgeführt (Gerste et al. 2007), weitere Analysen zur Thematik Linksherzkatheter und perkutane koronare Intervention unter Berücksichtigung von ambulanten Ergebnissen und Prozeduren sind in Vorbereitung.

Die Nutzung sektorenübergreifender Datenbestände stellt den bisherigen Endpunkt einer jahrzehntelangen Entwicklung und Erschließung von Daten für die Zwecke der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung dar, die hier noch einmal skizziert werden soll. Tabelle 10–1 zeigt die Nutzung heutiger und zukünftiger Datenquellen zur Qualitätssicherung im Überblick. Die Qualitätssicherungsverfahren werden hinsichtlich ihres Datenzugangs, der ableitbaren Qualitätsindikatoren und des potenziellen Anwenderkreises unterschieden.

Erhebungsbasierte Verfahren

Innerärztliche, erhebungsbasierte Verfahren (Zeile 1) greifen in der Regel auf eigenständig zu führende Dokumentationen zurück. Die Auswertung dieser gesondert erhobenen Behandlungsdaten (inklusive der Erfassung von Ergebnisindikatoren) bildet den Kern der traditionellen Qualitätssicherung. Auf der Ebene einzelner Krankenhäuser sind hier letztlich alle datenbasierten Qualitätsprojekte zu verorten. Auf der bundesweiten Ebene fallen die Auswertungen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in diese Kategorie. Stellvertretend für die Nutzer bundesweiter Daten der externen Qualitätssicherung steht hier der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V als maßgebliches Gremium für die Qualitätssicherung aller deutscher Krankenhäuser. Der Vorteil dieser Daten liegt in ihrem Gehalt an krankheits- oder therapiebezogenen Detailinformationen. Dem stehen der hohe Erfassungsaufwand, das kleine Zeitfenster der Prozessbeobachtung und ein möglicher Erhebungsbias als Nachteile gegenüber.

9 Hinweise über einen kunstgerechten Umgang mit Sekundärdaten finden sich in „GPS, Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“, vgl. zuletzt http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GPS.pdf.

Tabelle 10–1

Stufen der Qualitätssicherung

Verfahren	Qualitätsindikatoren	Anwender
1 Innerärztlich und erhebungsbasiert	z. B. BQS-Indikatoren oder Kennzahlen des traditionellen internen Qualitätsmanagements	Krankenhaus Gemeinsamer Bundesausschuss
2 Basiert auf fallbezogenen Krankenhaus-Routinedaten	z. B. Helios-Indikatoren und Krankenhaussterblichkeit	Krankenhaus Krankenkassen Gemeinsamer Bundesausschuss bei Nutzung der Daten nach § 21 KHEntG
3 Basiert auf patientenbezogenen Krankenhaus-Routinedaten	z. B. komplikationsbedingte Wiederaufnahmen	Krankenkassen
4 Basiert auf patientenbezogenen Krankenhaus-Routinedaten und Versichertenstammdaten der Krankenkassen	z. B. 1-Jahres-Sterblichkeit	Krankenkassen Transparenzprojekte nach § 303 a– SGB V
5 Basiert auf patientenbezogenen Routinedaten verschiedener Leistungssektoren und Versichertenstammdaten der Krankenkassen	z. B. Pflegestufe nach Schlaganfall	Krankenkassen Transparenzprojekte nach § 303 a–f SGB V

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

10

Fallbezogene Routinedaten eines Leistungssektors

Rein fallbezogene, Krankenhausroutinedaten-basierte Verfahren sind inzwischen auch in Deutschland zunehmend verbreitet. Einerseits haben die HELIOS Kliniken insbesondere mit der Auswertung von Krankenhaussterblichkeiten zahlreiche krankenhausbazogene Qualitätsberichte veröffentlicht. Die HELIOS-Indikatoren sind mittlerweile auch als kommerzielles Angebot von 3M Medica verfügbar. Das gleiche gilt für die deutsche Adaptation der AHRQ-Indikatoren (HELIOS 2006, Drösler et al. 2005, 3M Quality Report 2006). Die Daten nach § 21 KHEntG stellen für die Krankenhäuser – und legitimiert durch das GKV-WSG auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss – eine leicht zugängliche Datenquelle dar. Gleiches gilt für die Daten nach § 301 SGB V für die Krankenkassen, denen dabei der Weg einer Krankenhäuser vergleichenden Qualitätsauswertung offensteht.

Ergänzung des Patientenbezugs

Erweiterte Auswertungsmöglichkeiten ergeben sich dann, wenn der Routinedatensatz nicht nur fallbezogen, sondern patientenbezogen ist (Zeile 3). Das bedeutet insbesondere, dass Behandlungen eines Patienten in verschiedenen Krankenhäusern in die Qualitätsmessung einfließen können. Dadurch wird zum Einen das Zeitfenster für Ergebnisindikatoren erheblich erweitert, weil Wiederaufnahmen, Revisionsoperationen oder Komplikationen im Follow Up betrachtet werden können. Zum anderen kann ein sehr genaues Morbiditätsprofil der behandelten Patienten durch die Analyse des Behandlungsgeschehen vor dem Tracerereignis gezeichnet werden. Dieses Profil kann sowohl für die Risikoadjustierung als auch zur Stratifizierung

in verschiedene Risikoklassen genutzt werden.¹⁰ Beispiele für solche Auswertungen, wie sie auch im Rahmen des QSR-Projekts durchgeführt werden, sind Revisionsraten nach Kniegelenkersatzoperationen oder Wiederaufnahmeraten bedingt durch spezifische Komplikationen, z. B. T84. Eine Einschränkung für die patientenbezogene Auswertungsoption bildet lediglich der Kassenwechsel, der aber insbesondere bei Krankheiten im höheren Alter eine vergleichsweise vernachlässigenswerte Einschränkung darstellt.

Ergänzung von Patientenstammdaten

Ein deutlicher Informationsgewinn bei der Bildung von Sterblichkeitsraten ergibt sich durch Ergänzung der Krankenhausroutinedaten um Versichertenstammdaten (Zeile 4). Da Alter und Geschlecht bereits im Abrechnungsdatensatz enthalten sind, ist vor allem der Todeszeitpunkt des Patienten von herausragender Bedeutung. Die Auswertung des Todeszeitpunkts als Ergebnisindikator ermöglicht im QSR-Projekt die Berechnung unterschiedlicher Sterblichkeiten, so z. B. 1-Jahres-Sterblichkeit nach akutem Herzinfarkt, 90-Tage-Sterblichkeit bei kolorektalem Karzinom und 30-Tage-Sterblichkeit bei Hirninfarkt bzw. intrazerebraler Blutung.

Auf Bundesebene ist die Zusammenführung von Behandlungsdaten und der Kassendaten aller Versicherten nicht ohne Aufwand. Prinzipiell ist sie in § 303a–f SGB V als Transparenzprojekt vorgezeichnet. Der langsame Fortschritt dieser umfassenden Datenbank „über alles im Gesundheitswesen“, gibt zu der Vermutung Anlass, dass die Bemühungen und Untersuchungen einzelner Krankenkassen ggf. noch längere Zeit den Schwerpunkt epidemiologischer Fortschritte in diesem Bereich bilden werden.

Ergänzung von Daten anderer Leistungssektoren

Die letzte Schritt der Routinedatennutzung besteht dann in der Einbeziehung von Daten aus anderen Versorgungssektoren (Zeile 5). Zu denken ist an Daten aus der ambulanten Behandlung (EBM-Ziffern), an Arzneimittelverordnungen, an Heil- und Hilfsmittel, aber auch an Daten zur Krankengeldzahlung oder zur Pflegebedürftigkeit. Die Daten können dabei verwendet werden

- zur Spezifizierung der Tracer (z. B. Eingrenzung der Diabetiker auf insulinpflichtige durch Verwendung der Arzneimitteldaten)
- zur Risikoadjustierung (etwa eine Verwendung von ambulanten Prozeduren, wie z. B. therapeutische ambulante Katheter bei der Identifizierung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung)
- sowie als Ergebnisindikator (z. B. Stufe der Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall).

Prinzipiell sind auch Kombinationen von erhebungs- und Routinedaten-basierten Verfahren denkbar. Sie sind wünschenswert, wenn erwartet werden muss, dass eine für einen spezifischen Leistungsbereich inhaltlich optimale Qualitätssicherung auf

¹⁰ Die Ausarbeitung solcher Behandlungsprofile bietet zusätzlich Ansätze, auf Besonderheiten der Kodierpraxis einzugehen, wie sie z. B. durch Kodierrichtlinien vorgegeben sind. Vgl. Siebers et al. 2007.

eine zusätzliche Dokumentation von detaillierten Fallinformationen nicht vollständig wird verzichten können.

10.5 Fazit

Der vorliegende Beitrag illustriert mit einer kurzen Darstellung des Stands der Qualitätssicherung mit Routinedaten am Beispiel des QSR-Projekts, dass eine Qualitätssicherung anhand von Routinedaten in Deutschland möglich ist. Gleichzeitig zeigt er aus unterschiedlichen Perspektiven die immensen Möglichkeiten der Weiterentwicklung auf und schildert, welches weitere Potenzial in den Routinedaten in Bezug auf eine Weiterentwicklung (nicht nur) von Qualitätsanalysen in Deutschland existiert. Nicht umsonst sieht der § 303 SGB V eine Nutzung der GKV-Routinedaten zu wesentlich breiteren wissenschaftlichen Zwecken vor.

10.6 Literatur

- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), Hrsg. Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) 2007. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf (5. September 2007).
- Aylin P, Bottle A, Majeed A. Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models. *BMJ* 2007; 334 (7602): 1044.
- Bitzer EM, Neusser S, Lorenz C, Dörning H, Schäfer T. Krankenhaus-Rangfolgen nach Ergebnisqualität in der Hüftendoprothetik – Routinedaten mit oder ohne ergänzende Patientenbefragungen? – Teil 2: Patientenbefragung in Kombination mit Routinedaten. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 2007; 3 (1): Doc 07.
- Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. *JAMA* 2004; 292 (7): 847–51.
- Drösler S, Cools A, Köpfer T, Stausberg J. Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ)* 2007; 101 (1): 35–42.
- Gerste B, Gutschmidt S. Datenqualität von Diagnosen aus dem ambulanten Bereich. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2006; (3–4): 29–43.
- Gerste B et al. Sektorenübergreifende Leistungsanalysen. Eine Machbarkeitsstudie am Beispiel Koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Bonn 2007.
- HELIOS Kliniken. Kompetenz in Medizin. HELIOS-Qualitätskennzahlen – die zweite Generation. Qualitätsmanagement als Beitrag zur Letalitätssenkung. Medizinischer Jahresbericht 2005.
- Heller G, Swart E, Mansky T. Qualitätsanalysen mit Routinedaten. Ansatz und erste Analysen aus dem Gemeinschaftsprojekt "Qualitätssicherung mit Routinedaten" (QSR). In: *Krankenhaus-Report* 2003. Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer 2004: 271–88.
- Heller G. Sind risikoadjustierte Analysen mit administrativen Routinedaten möglich? In: *Kursbuch Versorgungsforschung*, Hey M, Maschewsky-Schneider U. (Hrsg.). Berlin: Medizinisch- Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2006; 252–6.
- Heller G, Schnell R. Hospital Mortality Risk Adjustment Using Claims Data. *JAMA* 2007. 297 (18): 1983.

- Pine M et al. Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality. *JAMA* 2007; 297 (1): 71–6.
- Rogers WH. Regression standard errors in clustered samples. *Stata Technical Bulletin* 1993; (13): 19–23.
- Schäfer T, Neusser S, Lorenz C, Dörning H, Bitzer EM. Krankenhaus-Rangfolgen nach Ergebnisqualität in der Hüftendoprothetik – Routinedaten mit oder ohne ergänzende Patientenbefragungen? – Teil 1: Routinedaten. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 2007; 3 (1): Doc 08.
- Schwinger A, Dräther H, Heller G. Von der Diagnose zum Honorar. *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 2006; (5): 18–9.
- Siebers L, Roeder N, Heumann M. Möglichkeiten und Chancen der Analyse von Qualitätskriterien auf der Basis von DRG-Routinedaten. *Das Krankenhaus*, Teil I: 8/2007; 763–7; Teil II: 9/2007; 838–43.
- STATA. *Stata Statistical Software: Release 8*. S. LP. 2003, College Station, TX.
- Swart E, Ihle P (Hrsg). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* Bern: Hans Huber 2005.
- Swart E, Heller G. Nutzung und Bedeutung von (GKV-)Routinedaten für die Versorgungsforschung. In: Janßen C, Borgetto B, Heller G (Hrsg). *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*. Weinheim: Juventa 2007; 93–112.
- 3M Quality Report 2006. http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/de_DE/his/drg/product-information/controlling-analysis/quality-report/ (5. September 2007).

11 Komponentenerlegung und Warenkorbänderungen

Christian Günster

Abstract

Die Komponentenerlegung ist eine Analysemethode zur Marktberichterstattung für Krankenhausleistungen. Sie unterstützt bei der Kategorisierung von nominalen und realen Leistungsstrukturänderungen, wie sie im Mehrerlösausgleich der Krankenhausbudgetvereinbarung von Bedeutung sind. Die Indexanalyse lässt sich zur Bewertung der Casemixentwicklung im Zeitverlauf, aber auch zum Abgleich von vereinbartem und realisiertem Casemix durchführen. Wird die Indexanalyse für einzelne Kliniken durchgeführt, müssen Strukturänderungen aufgrund von solchen DRG-Leistungen berücksichtigt werden, die nur in einer der beiden Vergleichsperioden erbracht bzw. vereinbart, jedoch nicht realisiert oder ohne Vereinbarung realisiert wurden. Der Beitrag zeigt, wie das Konzept der Komponentenerlegung zu diesem Zweck durch eine Marktzugangs- und eine Marktabgangskomponente ergänzt werden kann, mit deren Hilfe sich der Einfluss von solchen Warenkorbänderungen quantifizieren lässt.

Decomposition into growth factors is a method for analyzing the market for hospital services. It facilitates the categorization of nominal and real changes of performance structure which influence the compensation of excess revenues in hospital budget negotiations. The index analysis can be used to evaluate the development of the casemix over time, but also for balancing the casemix agreed upon with the actual one. If the index analysis is carried out for individual hospitals, structural changes must be taken into consideration which are due to DRG services performed in only one of the two time periods compared or which were agreed upon, but not performed or which were performed, but not agreed upon. The article shows how the concept of decomposition into growth factors can be supplemented for this purpose by a component of market entry or market exit in order to quantify the influence of such changes of the basket of goods and services.

11

11.1 Einleitung

Die Methodik der Komponentenerlegung als Instrument der Marktberichterstattung für Krankenhausleistungen wurde in Friedrich/Günster 2006 vorgestellt. Mit dem Analyseverfahren wird untersucht, wie sich Art und Umfang aller Krankenhausleistungen (Casemix) entwickeln. Die Komponentenerlegung nimmt dazu eine umfassende Differenzierung der Casemixentwicklung auf Basis des Konzepts der Indexanalyse vor. Die Casemixentwicklung wird zunächst in die drei Haupt-

komponenten Fallzahlen, Relativgewichte und Struktur zerlegt. Der Struktureffekt wird dann weiter in Intra- und Inter-ADRG-Effekt, letzterer in Intra- und Inter-Partitions-Effekt sowie Inter-MDC-Effekt unterteilt.

Die Frage, inwieweit Veränderungen des Casemix im Zeitverlauf auf eine tatsächliche Leistungsänderung oder lediglich – ganz oder teilweise – auf ein verändertes Kodierverhalten zurückzuführen sind, spielt für die Interpretation der Casemixentwicklung und ihrer Teilkomponenten eine zentrale Rolle. Mit der Differenzierung in Teilkomponenten ergibt sich ein Instrument, um die im Gesamtmarkt konkurrierenden Einflüsse von reeller Leistungsänderung einerseits und nomineller (d. h. kodierbedingter) Leistungsänderung andererseits zu kategorisieren. Die Intra-ADRG-Komponente lässt sich dann im Wesentlichen als nominelle Leistungsstrukturveränderung auffassen. Die Teilkomponenten des Inter-ADRG-Effekts greifen für den Gesamtmarkt sowohl nominelle als auch reelle Leistungsstrukturveränderungen auf und müssen auf Teilmarktebene einzelner Leistungsbereiche bewertet werden. Die Leistungsbereichsanalyse – einzelner MDCs oder Partitionen – vollzieht sich wieder mit Hilfe der Komponentenerlegung (vgl. Friedrich/Günster 2006).

Dem Nachweis von tatsächlichen Veränderungen der Leistungsstruktur kommt im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bei Vereinbarung von Krankenhausbudget und Landesbasisfallwert besondere Bedeutung zu. Speziell der Mehrerlösausgleich gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG nimmt direkt Bezug auf Leistungsstrukturveränderungen und sieht eine Nachweispflicht vor. Wendet man die Indexanalyse zum Vergleich der Planwerte des vereinbarten Leistungsgerüsts mit den Istwerten des realisierten Leistungsgerüsts an, dann lassen sich Plan-Ist-Verschiebungen des Casemix in gleicher Weise als nominelle und reelle Strukturveränderungen bewerten. Mit den gesetzlich vorgesehenen Verhandlungsunterlagen steht die Datengrundlage – Leistungsstatistiken in DRG-Systematik – zur Anwendung der Komponentenerlegung für jede Klinik (im Geltungsbereich des KHEntgG) zur Verfügung (vgl. den Beitrag von Wasem et al. in diesem Band).

Bei der Analyse eines einzelnen Krankenhauses sind in der Regel Abweichungen im Umfang des DRG-Spektrums festzustellen: DRGs werden vereinbart, aber nicht erbracht oder *vice versa*. Seltene Leistungen wie z. B. die Behandlung von Infektionskrankheiten könnten nicht realisiert worden sein, da die Erkrankung nicht aufgetreten ist. Andererseits können im Zuge von Notfallbehandlungen DRGs erbracht werden, die nicht vereinbart waren. Größeres Ausmaß können solche Abweichungen bei einer Neuausrichtung des Leistungsangebots einer Klinik oder Abteilung annehmen (z. B. bei Chefarztwechsel). In der Indextheorie werden solche Änderungen des zugrunde liegenden Produktspektrums als Warenkorbänderungen bezeichnet.

Änderungen des Warenkorbs müssen in der Komponentenerlegung berücksichtigt werden. Der Einfluss von Marktabgängen und –zugängen auf die Gesamt-Casemixentwicklung sollte in der Indexanalyse ausgewiesen werden. Ziel dieses Aufsatzes ist es, eine indextheoretische Lösung für die Warenkorbänderungen vorzustellen, die leicht zu interpretierende Indexkonzepte vorsieht und eine unnötige Vielfalt von Einzelkomponenten vermeidet.

Hierzu wird zunächst die Anwendung der Komponentenerlegung auf die Verhandlungsdaten gemäß § 11 Abs. 4 KHEntgG – sogenannte AEB-Daten – erläutert.

Im Anschluss werden für das Vereinbarungsjahr 2006 die Warenkorbänderungen der AEB-Vereinbarungen gegenüber den AEB-Istwerten der Krankenhäuser analysiert. Dann wird dargestellt, wie die Methodik der Komponentenzerlegung um Marktzugangs- und -abgangskomponenten erweitert werden kann. Eine Bewertung des erweiterten Konzepts erfolgt im abschließenden Fazit.

11.2 Anwendung der Komponentenzerlegung auf AEB-Daten

Die DRG-Vergütung für einen stationären Behandlungsfall bemisst sich an der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen sowie den zur Behandlung durchgeführten Eingriffen. Eine umfassende und vollständige Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren hat unmittelbaren Einfluss auf die Vergütung des Einzelfalls und damit auf die Erlössituation der Krankenhäuser. Vor dem Hintergrund des engen Zusammenhangs von Dokumentation und Vergütung unter DRG-Bedingungen und des fast völligen Fehlens eines solchen Zusammenhangs in der Krankenhausvergütung vor DRG-Einführung haben sich in den letzten Jahren Kodierung und Kodierverhalten in Deutschland dramatisch verändert. So ist beispielsweise die Anzahl von Diagnose- und Prozedurenangaben in der Krankenhausabrechnung um ein Vielfaches angestiegen.

Durch ein verändertes Kodierverhalten ändert sich die Berichterstattung über den Behandlungsfall, nicht aber der Ressourcenaufwand für die Krankenhausbehandlung selbst. Der Gesetzgeber hat darum im Krankenhausentgeltgesetz geregelt, dass Mehrerlöse, die gegenüber dem prospektiv vereinbarten Erlösbudget eines Krankenhauses unterjährig durch eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren erzielt werden, vom Krankenhaus vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen sind. Für die Ermittlung dieser Mehrerlöse („sonstige Mehrerlöse“) findet sich in § 4 Abs. 9 KHEntgG ein vereinfachtes Verfahren (Multiplikation der zusätzlich erbrachten Behandlungsfälle mit dem Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall und dem krankenhausindividuellen Basisfallwert).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Betrag entsprechend anzupassen, wenn nachgewiesen werden kann, dass die sonstigen Mehrerlöse in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung zu niedrig oder zu hoch bemessen sind. Bei realen Leistungsveränderungen dürfen die Krankenhäuser Anteile zur Deckung der entstandenen zusätzlichen variablen Kosten behalten.

Zu den vom Krankenhaus im Rahmen der Budgetverhandlung vorzulegenden Unterlagen gehört die Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) (KHEntgG Anl. 1). Im Formular E1 hat das Krankenhaus eine Aufstellung der Fallpauschalen vorzunehmen. Diese DRG-Statistik ist für den Vereinbarungszeitraum als Forderung des Krankenhauses vorzulegen. In der E1-Systematik vereinbaren Krankenhaus und Kostenträger dann prospektiv das DRG-Mengengerüst des Krankenhauses im Vereinbarungszeitraum. Weiterhin muss das Krankenhaus für den abgelaufenen Vereinbarungszeitraum die Ist-Daten nach dem im Vereinbarungszeitraum geltenden DRG-Katalog vorlegen, damit die endgültigen Erlösausgleiche ermittelt werden können. Damit liegen für ein Kalenderjahr drei DRG-Statistiken

(im selben DRG-Katalog) vor: die Forderung des Krankenhauses, die Vereinbarung und die realisierten Ist-Daten. Zusätzlich wird vom Krankenhaus noch eine weitere Aufstellung der Ist-Daten für das (bei prospektiver Verhandlung) laufende Jahr im DRG-Katalog des laufenden Jahres erstellt.

Mit Hilfe der Komponentenerlegung lässt sich eine differenzierte Abgrenzung zwischen Mehrerlösen aus veränderter Leistungsstruktur und lediglich durch verändertes Kodierverhalten bedingten Mehrerlösen vornehmen. Dazu werden die Plandaten der Vereinbarungs-AEB den Istdaten der Ist-AEB des Vereinbarungszeitraums gegenübergestellt. Anders als bei Analyse der zeitlichen Entwicklung des Casemix findet hier ein Plan-Ist-Abgleich im gleichen (Vereinbarungs-)Zeitraum statt. Die Strukturanalyse wird vollkommen analog durchgeführt. Im Ergebnis weist sie aus, worin Casemixabweichungen zwischen Plan und Ist begründet sind (Mengen-, CMI-, Struktur-Effekt) sowie welche Teilmärkte die Abweichung verursachen (MDCs) und quantifiziert den Beitrag der Struktureffekte und Teilmarktabweichungen zur Gesamtcasemixabweichung.

Auch in der Budgetfindung und der prospektiven Vereinbarung eines Leistungs- und Mengengerüsts eines Krankenhauses ist es bedeutsam, Leistungsstrukturverschiebungen zu kategorisieren. Während der DRG-Einführung verfolgten einige Krankenhäuser die Strategie, die Wertigkeit ihres zu vereinbarenden Leistungsangebots in ihrer Forderung an die Kostenträger zu unterschätzen. Kam es dann zu einer entsprechenden Vereinbarung, dann konnte das Krankenhaus in zweifacher Hinsicht davon profitieren. Erstens wurde ein Liquiditätsvorteil erzielt, wenn bei niedrigem Casemix-Index ein hoher krankenhausesindividueller Basisfallwert vereinbart wurde. Und zweitens bestand Aussicht auf einen Mehrerlösausgleich, wenn dann doch höherwertige Behandlungen erbracht wurden.

Zur Bewertung der Krankenhausforderung, ob eine Unterschätzung des Casemix vorliegt, kann die Forderung mit den Ist-Daten des Vorjahres mittels Komponentenerlegung abgeglichen werden. Die hierzu notwendigen Daten liegen im gleichen DRG-Katalog vor.

11.3 Warenkorbänderungen

Bei der Casemixanalyse eines einzelnen Krankenhauses sind häufig Änderungen im DRG-Spektrum der beiden Vergleichsperioden oder auch zwischen Plan- und Ist-Daten bzw. Forderungs- und Ist-Daten zu verzeichnen. Damit ist hier gemeint, dass eine DRG nur in einer der beiden betrachteten Datenbestände vorhanden ist. Der Warenkorb an verschiedenen DRG-Leistungen, die in einer Periode erbracht wurden, weicht vom Warenkorb in der Vergleichsperiode ab.¹

In der Analyse der Casemixentwicklung muss festgelegt werden, wie mit Warenkorbänderungen verfahren wird. In der Komponentenerlegung wird die Case-

¹ Bei der Analyse von bundesweiten Casemixentwicklungen, wie sie beispielsweise in Friedrich/Günster 2006 vollzogen wurde, haben Warenkorbänderungen allerdings keine Bedeutung, da alle mengenrelevanten DRGs in beiden Perioden vorkommen.

mixentwicklung in die drei Hauptkomponenten Fallzahlen, Relativgewichte und Struktur zerlegt. Der Beitrag der Änderung der effektiven Relativgewichte zwischen den Perioden wird im BR-Index angegeben (BR für Bewertungsrelation). Der BR-Index wird als Laspeyres-Index gebildet: Die Mengen werden als Mengen der Basisperiode konstant gehalten, die effektiven Relativgewichte hingegen sind veränderlich. Marktzugänge werden aber im Laspeyres-Index nicht berücksichtigt, da deren Basismenge gleich Null ist. Auch die Marktabgänge blieben in der Indexberechnung zunächst außen vor, da für sie in der Berichtsperiode kein Effektivgewicht vorliegt.

Hielte man nun den Warenkorb konstant, indem alle DRGs ausgeschlossen werden, die nur in einer der beiden Perioden vorkommen, dann ließe sich der BR-Index für alle DRGs des konstanten Warenkorbs berechnen. Aus Konsistenzgründen müssten dann allerdings auch die Fallzahl- und Strukturkomponenten für den konstanten Warenkorb berechnet werden. Damit ließe die Analyse nur eine Aussage über die kontinuierlichen – d. h. in beiden Perioden erbrachten – DRGs zu. Änderungen im DRG-Spektrum können aber mit erheblichen Casemixänderungen einhergehen; diese blieben aber unberücksichtigt. Die Aussagekraft der Indexanalyse wäre erheblich geschwächt.

Für die adäquate Berücksichtigung von Marktabgängen und -zugängen im bestehenden Indexmodell gibt es eine einfache und pragmatische Lösung. Im mathematischen Sinne reduziert sich das Problem auf die Notwendigkeit, für die Marktabgänge „fiktive“ Effektivgewichte in der Berichtsperiode bzw. für die Marktzugänge Effektivgewichte in der Basisperiode zu ergänzen. Damit die Marktabgänge den BR-Index nicht verzerren, wird angenommen, dass sich deren Effektivgewichte genauso wie ein Warenkorb möglichst ähnlicher DRGs entwickelt hätte. Als Referenz werden die DRGs herangezogen, die sich in der gleichen Gruppe der nächsthöheren, besetzten Marktebene befinden, z. B. die DRGs der gleichen Basisfallgruppe (vgl. Reichelt 1988; S. 34).

Alle DRG-Leistungen, die in Basis- oder Berichtsperiode erbracht wurden, gehen damit in die Komponentenzerlegung ein. Die gesamte Casemixentwicklung ist analysierbar. Die Struktureffekte der Marktabgänge und -zugänge sind dann Bestandteil der (bislang nur) über die Markthierarchie definierten Strukturkomponenten. Wird beispielsweise ein bestimmter Schweregrad einer Basis-DRG nur in der Berichtsperiode erbracht, dann drückt sich die Strukturverschiebung innerhalb dieser Basis-DRG in der Intra-ADRG-Komponente aus.

Nun ist jedoch zusätzlich zu fordern, dass eine Indexanalyse explizit den Einfluss von Marktabgängen und -zugängen auf die Casemixentwicklung beschreibt. Deren Casemixbeitrag sollte in eigenen Komponenten (Index-Werten) erkennbar und quantifiziert werden. Welchen Beitrag haben die weggefallenen bzw. die neuen DRG-Leistungen zum gesamten Struktureffekt?

An dieser Stelle ist es sinnvoll, sich zu vergegenwärtigen, von welcher Art Warenkorbänderungen tatsächlich sind. In den AEB-Daten des Jahres 2006 stimmt der Warenkorb aller DRGs nur bei 4 % aller Häuser zwischen Vereinbarung und Ist-Daten überein.² D. h. es ist fast immer der Fall, dass zumindest nicht alle Schwe-

² Grundlage sind Vereinbarungs- und Ist-Daten gemäß AEB von 1 379 Kliniken.

regrade wie geplant realisiert werden. Wie häufig werden nun aber andersartige medizinische Leistungen, d. h. andere Basis-DRGs im Gegensatz zu bloß anderen Schweregradausprägungen, erbracht als geplant? Bei 6% aller Häuser stimmt vereinbartes und realisiertes Basisfallgruppen-Spektrum vollständig überein; bei einem Viertel der Häuser werden mehr als 50 Basisfallgruppen ohne Vereinbarung realisiert oder vereinbart, jedoch nicht realisiert. Berücksichtigt man nur Basis-DRGs mit mehr als zehn Fällen in mindestens einer Periode, gibt es eine völlige Übereinstimmung des ADRG-Spektrums bei 73% aller Kliniken. Abweichung auf der Ebene von MDCs sind selten: Bei 94% aller Häuser sind geplantes und realisiertes MDC-Spektrum identisch.³

Die Struktureffekte von welcher Art von Zu- und Abgängen sind nun von Interesse? Reine Schweregradzu- und abgänge sind zwar häufig, rechtfertigen jedoch noch nicht einen eigenen Strukturindex. Denn im Prinzip ist die medizinische Leistung vereinbart, nur die jeweilige Schweregradausprägung stellt sich nicht ein. Die Produktdefinition muss sich jedoch an der medizinischen Leistung orientieren und nicht am Schweregrad. Schweregradverschiebungen werden bereits in der Intra-ADRG-Komponente gefasst. Die theoretisch mögliche Untergliederung der Intra-ADRG-Komponente in einen Beitrag neu hinzugekommener Schweregradstufen, einen Beitrag weggefallener Schweregradstufen und einen Beitrag kontinuierlicher Schweregradstufen erscheint aufgrund der Zufälligkeit des Phänomens als zu aufwändig.

Vielmehr von Bedeutung sind die ebenfalls häufigen Zu- und Abgänge auf Ebene der Basis-DRGs. Hier werden nun andersartige medizinische Leistungen erbracht als vereinbart wurden. Welche Struktureffekte sind auf neue bzw. weggefallene Basisfallgruppen zurückzuführen? Diese Frage sollte die Indexanalyse beantworten können. Die hierzu notwendige methodische Erweiterung wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

Struktureffekte durch Marktdynamik auf der höheren Marktebene der MDCs sind zu selten, als dass sie zusätzliche Strukturkomponenten begründen könnten.

11.4 Marktzugangs- und -abgangskomponente

Der Warenkorb an DRG-Leistungen eines Krankenhauses lässt sich nun in drei Teilmengen untergliedern: 1. Fallpauschalen in Basis-DRGs, die nur in der Berichtsperiode vorkommen (Zugangsmarkt), 2. Fallpauschalen in Basis-DRGs, die nur in der Basisperiode vorkommen (Abgangsmarkt) und 3. Fallpauschalen in Basis-DRGs, die in Basis- und Berichtsperiode vorkommen (kontinuierlicher Markt). Ausgangspunkt für die Differenzierung der Gesamtstrukturkomponente ist die Fragestellung: Wie wäre die Strukturkomponente ausgefallen, wenn die Fallzahlen in jeweils zwei der drei Teilmengen konstant geblieben wären, wenn aber die Fallzahlen der DRGs aus der dritten Teilmenge die tatsächlich beobachteten Entwicklungen genommen hätten? Die formale Beantwortung dieser Frage ist identisch mit der Isolierung einer Komponente, die den Beitrag einer Teilmenge zum gesamten

³ Nur MDCs mit mehr als zehn Fällen.

Struktureffekt zum Ausdruck bringt. Es lassen sich nun drei Strukturindizes konstruieren, die den jeweiligen Beitrag zum Gesamtstrukturindex I_{ST} quantifizieren und für die gilt:⁴

$$I_{ST} = I_{ST, \text{Kont}} \cdot I_{ST, \text{Abgang}} \cdot I_{ST, \text{Zugang}}$$

Dabei haben die neuen Indexwerte folgende Bedeutung:

Struktur-Index Kont ($I_{ST, \text{Kont}}$)

Der Indexwert gibt an, wie die Strukturkomponente ausgefallen wäre, wenn sich die Leistungsstruktur im **kontinuierlichen Markt** so entwickelt hätte, wie sie es tatsächlich tat, aber Marktzug- und -abgänge nicht stattgefunden hätten. Der Indexwert enthält nicht nur die interne Strukturkomponente des kontinuierlichen Marktes, sondern auch die relative Verschiebung der Leistungsstruktur zwischen den kontinuierlich am Markt befindlichen Basisfallgruppen zum einen und dem Restmarkt zum anderen, jedoch keine Verschiebungen innerhalb des Restmarkts.

Struktur-Index Abgang ($I_{ST, \text{Abgang}}$)

Der Indexwert gibt an, wie die Strukturkomponente ausgefallen wäre, wenn sich die **Marktabgänge** so entwickelt hätten, wie sie es tatsächlich taten, aber der kontinuierliche Markt konstant geblieben und Marktzugänge bereits in der Basisperiode am Markt gewesen wären. Beispiel: Der Abgang von im Vergleich zum kontinuierlichen und Zugangsmarkt niedriger bewerteten Basisfallgruppen zeigt sich in einer positiven Marktabgangskomponente.

Struktur-Index Zugang ($I_{ST, \text{Zugang}}$)

Der Indexwert gibt an, wie die Strukturkomponente ausgefallen wäre, wenn sich die **Marktzugänge** so entwickelt hätten, wie sie es tatsächlich taten, aber der kontinuierliche Markt und die Marktabgänge konstant (im Markt) geblieben wären.

4 Die Indexwerte werden wie folgt berechnet (vgl. Reichelt 1988, S. 41ff):

$$I_{ST, \text{Kont}} = \frac{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^0 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0)}{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^0 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0)}$$

$$I_{ST, \text{Zugang}} = \frac{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0)}{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^0 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0)}$$

$$I_{ST, \text{Abgang}} = \frac{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^1 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0)}{(\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 w_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 w_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^0 w_k^1) \cdot (\sum_{i \in \text{kont}} f_i^1 + \sum_{j \in \text{zug}} f_j^1 + \sum_{k \in \text{abg}} f_k^1)}$$

wobei

kont = Menge der DRGs in Basisfallgruppen des kontinuierlichen Marktes

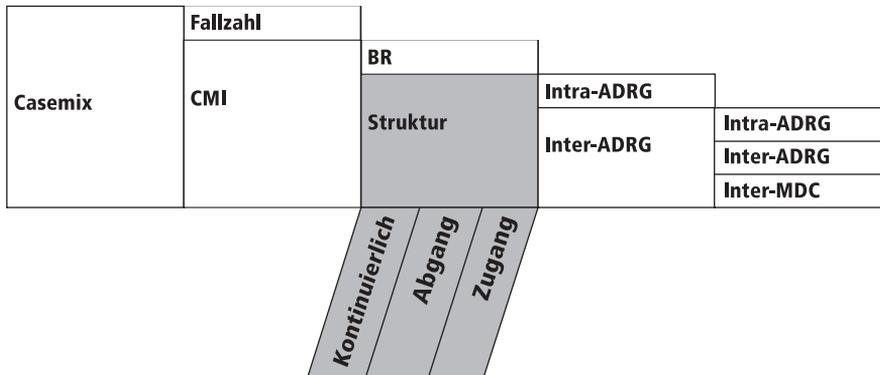
zug = Menge der DRGs der neu eingeführten Basisfallgruppen (Zugangsmarkt)

abg = Menge der DRGs in entfallenen Basisfallgruppen (Abgangsmarkt)

f_j^i = Fallzahl für DRG j in Periode i

w_j^i = effektive Bewertungsrelation für DRG j in Periode i

Abbildung 11–1
Komponentenzerlegung der Casemixverschiebung



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Beispiel: Der Zugang von im Vergleich zum kontinuierlichen und Abgangsmarkt höher bewerteten Basisfallgruppen zeigt sich in einer positiven Marktzugangskomponente.

Die Strukturkomponente wird in der nunmehr erweiterten Komponentenzerlegung in zwei unterschiedliche Dimensionen untergliedert. Zum einen wird gemäß der Markthierarchie untergliedert in eine Intra-ADRG-, Intra-Partition-, Inter-Partition- und Inter-MDC-Komponente, wobei die Indizes Auskunft darüber geben, welche Casemixwirkung Verschiebungen innerhalb der verschiedenen Marktebenen haben. Zum anderen wird gemäß der horizontalen Marktgliederung in Abgangs-, Zugangs- und kontinuierlichen Markt untergliedert in eine Abgangs-, Zugangs- und Kontinuierlicher-Markt-Komponente (Abbildung 11–1).

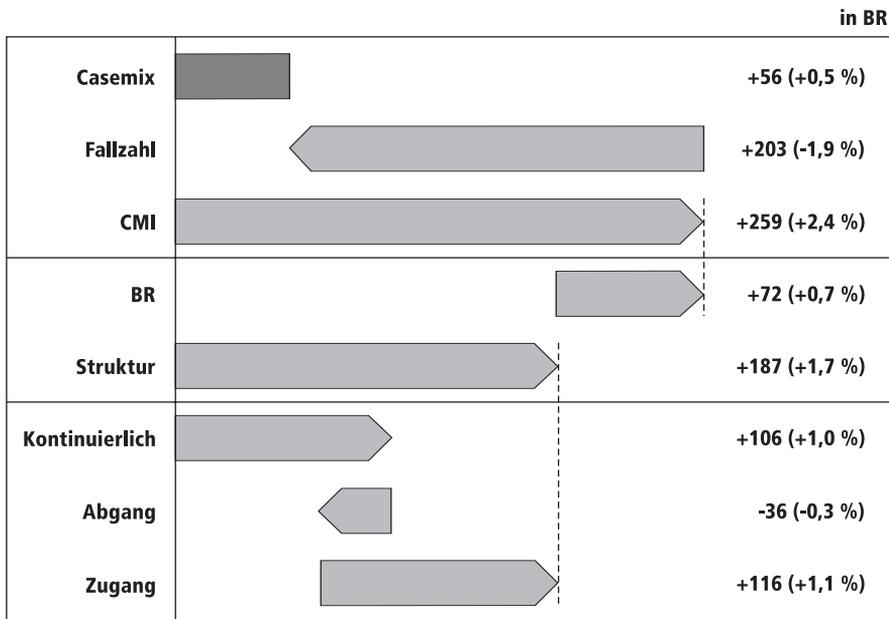
Im Folgenden wird die Komponentenzerlegung beispielhaft auf Vereinbarungs- und Ist-Daten eines Krankenhauses für den Vereinbarungszeitraum 2006 angewendet. In der betrachteten Klinik wurden insgesamt 11 612 DRG-Fälle behandelt. Der Gesamtcasemix beträgt im Ist 10 829 Bewertungsrelationen und weicht um +0,5% vom vereinbarten Casemix ab. Der CMI beträgt 0,933 und ist um +2,4% höher als vereinbart. Es wurden 20 strahlentherapeutische Leistungen in den Basis-DRGs J17 und J18 mit einem CMI von 3,762 bzw. 1,408 vereinbart, jedoch nicht realisiert (Abgänge). Andererseits wurden 65 Fälle in der Basis-DRG I44 (Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk) mit einem CMI von 2,583 erbracht, die nicht vereinbart waren (Zugänge)⁵.

Abbildung 11–2 zeigt die Ergebnisse der Komponentenzerlegung für das Beispielhaus, wobei auf die Darstellung der Strukturzerlegung in Inter- und Intra-ADRG-Komponenten verzichtet wurde. Die Casemixabweichung von +0,5% wird dadurch verursacht, dass insgesamt weniger Fälle als geplant erbracht wurden (Ca-

⁵ Dem Qualitätsbericht des Krankenhauses ist zu entnehmen, dass in der orthopädischen Fachabteilung ein Chefarztwechsel stattgefunden hat.

Abbildung 11–2

Komponentenzerlegung der Casemixverschiebung zwischen Vereinbarungs- und Ist-AEB für ein Krankenhaus 2006



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

semixeffekt des Fallzahl-Index von $-1,9\%$) und gleichzeitig eine CMI-Überschreitung von $+2,4\%$ vorliegt. Zum CMI-Anstieg trägt bei, dass mehr Zuschlagstatbestände als geplant abgerechnet wurden (BR-Index von $+0,7\%$) und zudem eine Strukturverschiebung hin zu höherwertigen DRGs erfolgt ist (Struktur-Index von $+1,7\%$).

Die Struktureffekt ist stark von den Ab- und Zugängen betroffen. Die Abgänge verursachen einen Struktureffekt von $-0,3\%$ und haben somit einen Casemix-senkenden Einfluss. Hoch bewertete DRGs mit einem CMI von 3,762 bzw. 1,408 werden nicht erbracht. Der reine Fallzahleffekt der Abgänge auf den Casemix, nämlich dass der Casemix sinkt, wenn Fälle nicht erbracht werden, ist bereits im Fallzahl-Index erfasst. Die Abgangskomponente fasst den zusätzlichen Casemix-reduzierenden Beitrag, der dadurch entsteht, dass im Vergleich zum Gesamt-CMI von 0,933 deutlich höher bewertete Leistungen wegfielen. Die Zugänge verursachen einen gegenläufigen Effekt: Die Zugangskomponente beträgt $+1,1\%$. Hoch bewertete DRGs (CMI von 2,583) werden ohne Vereinbarung in 65 Fällen erbracht und bewirken eine Strukturverschiebung zu höherwertigen DRGs. Wiederum fasst die Zugangskomponente nur den Sonderbeitrag des überdurchschnittlichen CMIs der Zugänge. Der rein fallzahlbedingte Effekt der Zugänge ist im Fallzahl-Index enthalten. Im kontinuierlichen Markt ist ebenfalls eine Verschiebung zu höherwertigen DRGs festzustellen, der zu einem Casemix-Zuwachs von $+1,0\%$ führt.

11.5 Fazit

Das Konzept der Komponentenzerlegung konnte um eine Berücksichtigung von Warenkorbänderungen ergänzt werden. Struktureffekte, die durch neue Leistungen einerseits oder nicht (mehr) erbrachte Leistungen andererseits verursacht werden, können anhand von drei Marktkomponenten bewertet werden: Abgangs- und Zugangskomponente sowie die Strukturkomponente des kontinuierlichen Markts. Diese Komponenten bemessen den Einfluss von Strukturverschiebungen dieser Teilmärkte auf den Gesamtstruktureffekt.

Warenkorbänderungen sind bei der Einzelhausanalyse die Regel. Es zeigt sich, dass sich die relevanten und häufigen Warenkorbänderungen auf Ebene der Basis-DRGs vollziehen. Deshalb wird der Marktzugang oder -abgang auf Ebene der Basis-DRGs bewertet. Auf die theoretische mögliche Untergliederung der detaillierten Struktureffekte (Intra-ADRG, etc.) in Zugangs- und Abgangskomponenten wurde verzichtet, da ihre zusätzliche Erklärungskraft gering ist und das Modell durch eine Vielfalt von weiteren Komponenten deutlich komplexer würde.

In der Casemixanalyse einzelner Kliniken unterstützt die Komponentenzerlegung in der Kategorisierung von nominellen und reellen Leistungsstrukturveränderungen. Diese Unterscheidung ist von besonderer Bedeutung beim Mehrerlösausgleich gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG. Hierzu kann ein Abgleich des vereinbarten DRG-Mengengerüst, mit dem tatsächlich eingetretenen DRG-Mengengerüst unter Rückgriff auf die AEB-Daten durchgeführt werden.

11.6 Literatur

- Friedrich J, Günster C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 153–202.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung. WIdO-Materialien 31. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 1988.
- Wasem J, Rotter I, Focke A, Igl G. Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 49–60.

12 Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg

Peter Dirschedl und Matthias Mohrmann

Abstract

Seit der verpflichtenden Einführung des G-DRG-Systems als Basis der Vergütung von Krankenhausleistungen im Jahr 2004 werden in zunehmendem Umfang Krankenhausfälle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Krankenkassen geprüft. Während die Möglichkeit verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V bereits vor Einführung des G-DRG-Systems bestand, wurde die Möglichkeit verdachtsunabhängiger Stichprobenprüfungen im Rahmen der System Einführung durch den Gesetzgeber neu geschaffen (§ 17c KHG). Diese Stichprobenprüfungen werden bislang in deutlich geringerem Umfang als die Einzelfallprüfungen durchgeführt. In Baden-Württemberg wurde – als erstem Bundesland – bereits im Jahr 2003 eine Vereinbarung zum Verfahren der Stichprobenprüfungen getroffen und ab dem Jahr 2004 entsprechende Prüfungen durchgeführt. Der Beitrag berichtet über die bisherigen praktischen Erfahrungen und Ergebnisse.

Since the obligatory implementation of a hospital remuneration system based on diagnosis related groups (G-DRG) in 2004, the correct billing of an increasing number of hospital cases has been examined by the medical review boards of the statutory health insurance funds (MDK). The legislator introduced systematic checks based on random samples (§ 17c KHG) along with the implementation of the DRG system, while the option to examine suspicious cases according to § 275 SGB V already existed before. Systematic checks are, however, rarely carried out. The first federal state to make an agreement on the procedure of the inspections was Baden-Württemberg as early as 2003, and systematic checks have been carried out since 2004. We report our experiences and results.

12.1 Einleitung

Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurden dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erweiterte Prüfbefugnisse im Hinblick auf die Durchführung von Stichproben eingeräumt. Seither besteht die Möglichkeit, die vom Gesetzgeber im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Krankenhausträgern auf-

erlegten Verpflichtungen (Fehlbelegungen sowie vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu vermeiden und auf eine ordnungsgemäße Abrechnung der nach § 17b KHG vergüteten Krankenhausfälle hinzuwirken) auch verdachtsunabhängig zu prüfen. Während die Krankenkassen die Möglichkeit, bei bestehenden Auffälligkeiten Einzelfälle nach § 275 SGB V zu prüfen, bereits früh nach Einführung der G-DRG-Systems nutzten, wurden Stichprobenprüfungen erst in wenigen Bundesländern in relevantem Umfang durchgeführt (Blum et al. 2007; van Essen et al. 2007; Kuls/Weibler-Villalobos 2006). Wir berichten über die Erfahrungen und Ergebnisse des MDK Baden-Württemberg mit diesem Prüfverfahren.

12.2 Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Durchführung von Stichprobenprüfungen durch den MDK ist § 17c KHG:

- „ (1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass
1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung).
 2. Eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt.
 3. Die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

(2) Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen; über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. ...“

In den beiden ersten Absätzen des § 17c KHG werden die Verpflichtungen des Krankenhausträgers, die Einleitung des Prüfverfahrens und die Prüfbefugnisse des MDK geregelt. Es ist darauf hinzuweisen, dass hier im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 1. April 2007) bezüglich der Einleitung des Prüfverfahrens eine Modifikation vorgenommen wurde. Während das Prüfverfahren bis dahin durch die Krankenkassen nur gemeinsam eingeleitet werden konnte, ist dies jetzt durch einen Mehrheitsentscheid möglich.

Im darauffolgenden Absatz 3 des § 17c KHG werden Regelungen zur Umsetzung der Prüfergebnisse getroffen:

„(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabbrechnungen festzustellen. Dabei ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.“

Auch dieser Absatz erfuhr im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen ab 1. April 2007 eine Modifikation. Während bis dahin die Prüfung von zu niedrigen Abrechnungen auf die Jahre 2003 bis 2004 beschränkt war, wurde diese Einschränkung aufgehoben (Formulierung bis dahin: „Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, ...“).

In Absatz 4 wird ein Schlichtungsverfahren eingeführt und dem Schlichtungsausschuss die Aufgabe zugewiesen, das Nähere zum Prüfverfahren des MDK zu vereinbaren:

„... Im übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. ...“

12.3 Methodische Aspekte des Prüfverfahrens

12.3.1 Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene

Mit Wirkung zum 15. April 2004 traten die Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene in Kraft (ergänzt um die Anlage 1 zur Datenübermittlung, Wirkung zum 1. Mai 2005). Die wesentlichen Inhalte werden im Folgenden im Sinne einer Übersicht zusammengefasst (Deutsche Krankenhausgesellschaft/Spitzenverbände der Krankenkassen 2004).

Der Zeitablauf des Prüfverfahrens wird in drei Phasen gegliedert, wobei die erste Phase sechs bis acht Wochen ab Unterrichtung des Krankenhauses über den Prüfauftrag für die Stichprobenziehung und Aktenbereitstellung vorsieht. Daran an-

schließlich kann die eigentliche Prüfung vor Ort im Krankenhaus bis zu acht Wochen in Anspruch nehmen und schließlich wird für die Erstellung des Prüfberichtes ebenfalls ein Zeitraum von bis zu acht Wochen festgelegt.

Die Stichprobe wird eingeschränkt auf Patientenakten von bereits entlassenen Patienten, bei denen die Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht länger als 180 Kalendertage vor der Unterrichtung über Prüfauftrag erfolgt ist. Es wird festgelegt, dass die Stichprobe mit einem nicht manipulierbaren Algorithmus (z. B. Zufallszahlengenerator) zu ziehen ist und der Stichprobenumfang 5–12% der Grundgesamtheit zu betragen hat. Für spezielle Konstellationen (kleine Grundgesamtheiten) werden Mindestgrößen festgelegt (Mindestgröße der Stichprobe 30 Fälle bzw. bei Grundgesamtheiten unter 50 Fällen eine Vollerhebung). Das Nähere zum Stichprobenverfahren und zur Datenübermittlung wird in der bereits genannten Anlage 1 geregelt. Zu den Regelungen in der Anlage 1 ist ergänzend anzumerken, dass sich hierin auch Festlegungen zum Umgang mit bereits geprüften oder in Prüfung befindlichen Einzelfällen nach § 275 Abs. 1 SGB V finden, soweit diese im Rahmen der Stichprobe gezogen werden. Diese sind nicht in die Stichprobenprüfung einzubeziehen, sondern lediglich im Prüfbericht zahlenmäßig auszuweisen. Auf die Konsequenzen dieser Festlegung wird im Zusammenhang mit der Diskussion der Methodik eingegangen. Neben Details zum Prüfverfahren vor Ort (Tageszeit, Prüfferraum, Ansprechpartner etc.) wird in der Empfehlung den Vertragsparteien auch die Möglichkeit eingeräumt, externen Sachverstand hinzuzuziehen (z. B. Vertreter der Landeskrankengesellschaft bzw. der Landesverbände der Krankenkassen), wobei die gesetzlichen Anforderungen an den Schutz personenbezogener Daten zu beachten sind.

Als wesentlicher Verfahrensinhalt wird die Notwendigkeit einer fachlichen Erörterung aller beanstandeter Fälle zwischen den MDK-Prüfärzten und den Krankenhausärzten vorgesehen. Wenn kein fachlicher Konsens zu erzielen ist, sind diese Fälle und die abweichenden Auffassungen in ein Protokoll aufzunehmen. Nur die in dieser Weise als strittig protokollierten Fälle können zum Gegenstand eines anschließenden Schlichtungsverfahrens gemacht werden. Zur fachlichen Qualifikation der Prüfer wird auf den Facharztstandard gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer hingewiesen. Dabei müssen die MDK-Prüfer während der gesamten Prüfdauer auf einen zur geprüften Abteilung passenden Facharzt und dessen Anwesenheit bei den fachlichen Erörterungen beanstandeter Fälle zurückgreifen können.

Zu den Maßstäben der Überprüfung führt die Empfehlung zusammengefasst Folgendes aus:

Für die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung gelten die gesetzlichen Vorgaben (§ 39 SGB V). Zur Frage der primären Fehlbelegung (fehlende Notwendigkeit zur vollstationären Krankenhausaufnahme) wird ergänzend ein Kriterienkatalog (G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme) eingeführt, wobei aber die Individualität der jeweils gegebenen medizinischen Sachverhalte zu berücksichtigen ist und die Möglichkeit, sich in der Behandlungs- bzw. Beurteilungsentscheidung nach ärztlichem Ermessen über die Kriterien hinwegzusetzen, erhalten bleibt (sogenannte Override-Option).

Zur Beurteilung einer vorzeitigen Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen wird darauf hingewiesen, dass bei Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten gegeben sein muss. Ansonsten werden keine detaillierten Prüfmaßstäbe genannt.

Zur Frage der ordnungsgemäßen Abrechnung (korrekte Kodierung und korrekte Angabe sonstiger abrechnungsrelevanter Daten) wird auf die jeweils gültigen Regelwerke verwiesen (Deutsche Kodierrichtlinien, Amtliche Schlüsselverzeichnisse, Vereinbarungen zu Abrechnungsregeln). In diesem Zusammenhang wird auch die Möglichkeit eingeräumt, einen zweiten MDK-Prüfarzt hinzuzuziehen, sofern das Ergebnis der Kodierprüfung des MDK-Prüfarztes von der Kodierung des Krankenhausarztes abweicht und sich dieser Dissens auch im Rahmen der anschließenden Erörterung nicht ausräumen lässt. Nur wenn beide MDK-Prüfarzte in Abweichung von der Kodierung durch den Krankenhausarzt zu derselben erlösrelevanten Kodierung kommen, soll ein solcher Fall als fehlerhaft bewertet werden.

Die Empfehlung umfasst ebenfalls eine mehrseitige Ausführung zu den Inhalten der zu erstellenden Prüfberichte (versicherterbezogener Prüfbericht, krankenhausbezogener Prüfbericht, landesbezogener Prüfbericht, bundesbezogener Prüfbericht) auf deren Erläuterung an dieser Stelle wegen geringer Relevanz für die eigentliche Prüfmethode verzichtet wird. Das Gleiche gilt für die Festlegungen zur Wiederholung der Prüfung.

Zur Auswertung und Umsetzung des Prüfergebnisses macht die Empfehlung folgende Ausführungen:

„... Bei der Auswertung ist zunächst der Umfang des Verstoßes gegen die Verpflichtungen des § 17c Abs. 1–3 KHG festzustellen, anschließend sind dessen Ursachen zu erforschen. Weiterhin ist über die daraus resultierenden Folgen zu beraten. Eine Verkürzung dieses Auswertungsprozesses durch bloße Hochrechnung des Prüfergebnisses auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit ist unzulässig.“

12.3.2 Vereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg

Die Landesvereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg wurde vor der Gemeinsamen Empfehlung auf Bundesebene abgeschlossen und ist nach Kenntnis der Autoren die bislang einzige Landesvereinbarung, die für einzelne Verfahrensschritte eigenständige – also von der Bundesempfehlung abweichende – Regelungen beinhaltet.

Der Gesamtprozess des Prüfverfahrens ist weitgehend identisch (Wagner/Ganse 2004). Da die Landesvereinbarung in Baden-Württemberg deutlich kürzer ist als die Bundesempfehlung, finden sich darin einige Detailregelungen nicht oder in vereinfachter Form (z. B. Regelung der Fristen für Vorbereitung und Durchführung der Prüfung). Soweit sich in der Bundesempfehlung methodisch wichtige Ergänzungen finden, werden diese auch in Baden-Württemberg angewandt (z. B. Zielsetzung/Umfang der Stichprobe) (Dirschel et al. 2004).

12.4 Praktische Erfahrungen

Praktische Erfahrungen mit der Durchführung von Stichprobenprüfungen bestehen im MDK Baden-Württemberg seit 1997. Auf Basis des damals gültigen § 17a KHG und einer in diesem Zusammenhang zwischen den Landesorganisationen der Krankenkassen und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Landesvereinbarung wurden in den Folgejahren über 80 Krankenhausabteilungen im Hinblick auf Fehlbelegung geprüft. Das Prüfverfahren war weitgehend identisch mit dem aktuellen Prüfverfahren nach § 17c KHG (Stichprobenziehung, Prüfung vor Ort, Erörterung beanstandeter Fälle). Darüber hinaus wurde bereits 2002 ein Modellprojekt zur stichprobenartigen Prüfung der Kodierqualität durchgeführt (Dirschedl et al. 2003). Aufgrund dieser Vorerfahrungen waren sowohl der Abschluss einer eigenen Landesvereinbarung als auch die Umsetzung der Prüfungen nach § 17c KHG erleichtert.

Entsprechend verfügte der MDK Baden-Württemberg bereits über eine Anzahl von Gutachtern, die Erfahrungen mit einem solchen Prüfverfahren hatten. Durch ein standardisiertes Schulungsprogramm wurde dieses Wissen bei den Gutachtern im Hinblick auf die neuen Prüfinhalte ergänzt. Dies war Voraussetzung für die Bildung einer ausreichenden Zahl von fachärztlich besetzten Prüfteams von – je nach Stichprobenumfang und Fachgebiet – zwei bis sechs Gutachtern. Diese erhielten die notwendige technische Ausrüstung in Form von Notebooks mit einem speziell für dieses Prüfverfahren entwickelten Erfassungs- und Auswertungsprogramm (Ko-Qua).

Die Auswahl der zu prüfenden Krankenhäuser erfolgt in Baden-Württemberg durch die Landesorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine Stichprobenprüfung ausgewählt werden im Regelfall Krankenhäuser, die im Rahmen von Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V besondere Auffälligkeiten aufweisen und/oder bei denen ein relevantes Fehlbelegungspotenzial vermutet wird. Da die Regelungen des § 17c KHG für die Auswahl keine speziellen Vorgaben machen und Auffälligkeiten in der Einzelfallprüfung nicht unbedingt auf das Abrechnungs- bzw. Belegungsverhalten des jeweiligen Gesamthauses übertragen werden können, kam es auch schon vor, dass ein Krankenhaus zufällig ausgewählt wurde.

Die Vorbereitung der Prüfungen einschließlich der Einhaltung vorgesehener Fristen verläuft nach bisherigen Erfahrungen meist reibungslos. Auch ist die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser in der Lage, die vorgesehene elektronische Übermittlung der Prüfdaten entsprechend Anlage 1 der Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren durchzuführen. Dies erleichtert und beschleunigt das eigentliche Prüfverfahren vor Ort und vermeidet Übertragungsfehler. Die Empfehlungen zur Stichprobengröße wurden ausnahmslos eingehalten und die durch das Krankenhaus bereitgestellten Akten waren überwiegend vollständig.

Die meisten der bisher durchgeführten Stichprobenprüfungen konnten innerhalb einer Woche abgeschlossen werden. Die längste umfasste 21 Arbeitstage, die kürzeste erforderte einen Arbeitstag. Die Dauer der Überprüfung vor Ort hängt neben der Größe der Stichprobe auch wesentlich von der Dokumentationsqualität, den Vorkenntnissen der Krankenhausmitarbeiter und deren Kooperationsbereitschaft ab. Ein wesentlicher Zeitfaktor sind die Gespräche zur Erörterung beanstandeter

Fälle. Diese verlaufen im Regelfall kollegial und sachorientiert, können aber – je nach Sachverhalt und Gesprächspartner – durchaus kontrovers und langwierig sein. Konflikte, die sich außerhalb der Sachebene bewegen, sind selten. Bezüglich der Kenntnis sozialrechtlicher Grundlagen der Prüfungen und der Regelwerke (Kodierrichtlinien) zeigt sich meist ein deutliches Gefälle zwischen dem Medizincontrolling und den Stations-, Ober- und Chefärzten der Kliniken.

Ein methodisches Problem stellt die Tatsache dar, dass bislang kein allgemein akzeptiertes Verfahren zur Umsetzung der Ergebnisse existiert. Entsprechend werden die Ergebnisse von den Vertragsparteien unterschiedlich gehandhabt. Meist wird lediglich eine Rückforderung von Rechnungsbeträgen im Hinblick auf die in der Stichprobe beanstandeten Einzelfälle vorgenommen. Zu einem Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss kam es bislang in Baden-Württemberg noch in keinem Fall.

12.5 Ergebnisse

Im Zeitraum von November 2004 bis März 2007 hat der MDK Baden-Württemberg im Auftrag der Landesorganisationen der GKV Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG in 21 Fachabteilungen an insgesamt 13 Krankenhäusern durchgeführt. Hinzu kam die fachabteilungsübergreifende Überprüfung von vier MDC-Gruppen (Major Diagnostic Categories: Hauptdiagnosegruppen) an einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Bei diesen Überprüfungen wurden durchweg alle drei möglichen Prüfinhalte (primäre und sekundäre Fehlbelegung, vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen und ordnungsgemäße Abrechnung) überprüft. Aufgrund der methodischen Vorgaben zum Prüfzeitraum und zur Stichprobengröße fanden insgesamt 2.037 Behandlungsfälle aus den Jahren 2004, 2005 und 2006 Eingang in die Prüfungen. Die kleinste Stichprobe umfasste 32 Behandlungsfälle (kleine Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), die größte 534 Behandlungsfälle (vier Abteilungen an einem Krankenhaus der Zentralversorgung). Unter den geprüften Fachabteilungen waren sieben Abteilungen für Chirurgie (Allgemein- und Unfallchirurgie), fünf Abteilungen für Innere Medizin, vier Abteilungen für Gynäkologie, vier HNO-Abteilungen und eine Abteilung für Urologie. Bei der erwähnten Prüfung nach MDC-Gruppen (MDC 03, 06, 09 und 13) waren insgesamt 14 verschiedenen Fachabteilungen einbezogen. Die geprüften Krankenhäuser umfassten in unterschiedlicher Häufigkeit alle Versorgungsstufen (je ein Haus der Grund- und Maximalversorgung, zwei Fachkrankenhäuser, fünf Häuser der Regelversorgung und vier Häuser der Zentralversorgung).

Im Durchschnitt waren 80,1 % der geprüften Fälle ohne Beanstandung (geringster Wert: 64,6%; höchster Wert: 90,2%). Die beanstandeten Fälle verteilten sich sehr unterschiedlich auf die Prüfinhalte. Im Durchschnitt wurden 5,8 % der geprüften Fälle bezüglich primärer Fehlbelegung beanstandet (geringster Wert: 1,3%; höchster Wert: 18,3%). Im Durchschnitt lediglich 1 % der Fälle wurde bezüglich sekundärer Fehlbelegung beanstandet (geringster Wert: 0%; höchster Wert: 6,1 %). Hierzu ist methodisch anzumerken, dass im Rahmen von Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG in Baden-Württemberg nur DRG-Fälle auf sekundäre Fehlbele-

gung geprüft wurden, bei denen es zu einer Überschreitung der oberen Grenzerweildauer kam (§ 17c Abs.1 Nr.1 KHG: „...bei Abrechnung tagesbezogener Pflegesätze keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen ...“)¹. Der höchste Anteil von Beanstandungen entfiel mit durchschnittlich 13,1% (geringster Wert: 0%; höchster Wert: 21,3%) auf die ordnungsgemäße Abrechnung. Bezüglich des Prüfinhaltes der vorzeitigen Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen ergaben sich in keiner Prüfung Beanstandungen. Insgesamt führten die in den Stichprobenprüfungen beanstandeten Fälle zu einem Differenzbetrag von 117,494 effektiven Relativgewichten, was einer durchschnittlichen Reduktion des Abrechnungsbetrages um 5,36% entspricht (geringster Wert: 3,3%; höchster Wert: 31,79%) (Tabelle 12–1).

Betrachtet man die Ergebnisse im Zeitverlauf, liegt der Anteil nicht beanstandeter Fälle im Stichprobenzeitraum 2004 (n = 967) bei 75,7%. Er steigt für den Stichprobenzeitraum 2005 (n = 866) auf 86,9% und geht im Stichprobenzeitraum 2006 (n = 204) wieder auf 67,6% zurück. Betrachtet man lediglich den Anteil der korrekten Abrechnungen (Kodierverhalten), ergibt sich ein noch deutlicherer Anstieg der nicht beanstandeten Fälle zwischen 2004 und 2005 von 81,2 auf 93,5% und ein – gegenüber den Gesamtbeanstandungen – weit weniger ausgeprägter Rückgang auf 86,3% im Prüfzeitraum 2006. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die im Stichprobenzeitraum 2006 begutachteten Fälle sich sowohl von der Gesamtzahl als auch in der Versorgungsstufe gegenüber 2004 und 2005 deutlich unterscheiden (Abbildung 12–1 und 12–2, Tabelle 12–2).

Eine Besonderheit bei der Bewertung der Ergebnisse im Zeitverlauf ergibt sich dadurch, dass für Stichprobenprüfungen, deren Prüfzeiträume Fälle aus dem Jahr 2004 umfassten (neun Abteilungen an vier Krankenhäusern), im Prüfergebnis auch Fälle berücksichtigt wurden, bei denen nach Einschätzung der Gutachter zu niedrige Abrechnungen vorlagen. Dies entsprach der gesetzlichen Vorgabe des § 17c Abs. 3 KHG („Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind.“). Betrachtet man diese Subgruppe gesondert, zeigt sich bei den beanstandeten Fällen mehr als ein Drittel (36,8%), die zugunsten des Krankenhauses beanstandet wurden (zu niedrige Abrechnungen). Die in diesem Fall resultierende Erhöhung der effektiven Relativgewichte kompensierte mehr als die Hälfte der festgestellten überhöhten Abrechnungen. Da diese Regelung nur für Fälle aus 2003 und 2004 Gültigkeit hatte, finden sich entsprechende Kompensationseffekte bei den Ergebnissen der übrigen Prüfungen nicht mehr. Wie bereits im Abschnitt Rechtsgrundlagen erläutert, wurde durch die Gesetzesänderung zum 1. April 2007 diese Einschränkung aufgehoben, sodass bei künftigen Prüfungen entsprechende Kompensationseffekte wieder auftreten können (Tabelle 12–3).

¹ Anmerkung: Im Verständnis der gesetzlichen Vorgaben bestehen hierzu unterschiedliche Auffassungen, insbesondere in der Frage, ob auch Fälle einzubeziehen sind, bei denen es durch Beanstandung von sekundärer Fehlbelegung zu Abschlagen wegen Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer kommen kann.

Tabelle 12-1
Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Übersicht

Geprüfte Kliniken	Versorgungsstufe	Geprüfte Abteilungen	Stichprobe	Anzahl Fälle ohne Beanstandung	Anteil Fälle ohne Beanstandung (%)	Effektives Relativgewicht KH	Effektives Relativgewicht MDK	Differenz absolut	Differenz (%)
KH 1	Zentral	Ch	74	60	81,1	132,156	128,319	-3,837	-2,9
KH 2	Zentral	Ch, Gyn	202	147	72,8	246,722	238,561	-8,161	-3,3
KH 3	Zentral	Ch, I, Gyn, U	534	397	74,3	708,95	673,249	-35,701	-5,04
KH 4	Regel	Ch, I	157	128	81,5	146,976	141,524	-5,452	-3,71
KH 5	Regel	HNO	32	28	87,5	19,47	17,557	-1,913	-9,83
KH 6	Regel	HNO	33	27	81,8	18,055	16,177	-1,878	-10,4
KH 7	Regel	I	94	71	75,5	98,408	90,076	-8,332	-8,47
KH 8	Regel	Ch, Gyn, HNO	222	199	89,6	231,448	220,852	-10,596	-4,58
KH 9	Zentral	HNO	65	57	87,7	52,097	49,362	-2,735	-5,25
KH 10	Maximal	MDC 03, 06, 09, 13	420	379	90,2	422,623	408,499	-14,124	-3,34
KH 11	FachKH	I	71	51	71,8	46,106	36,429	-9,677	-20,99
KH 12	FachKH	Ch	34	23	67,6	16,034	10,937	-5,097	-31,79
KH 13	Grund	CH, I, Gyn	99	64	64,6	54,446	44,435	-10,011	-18,39
			Summe:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Summe:	Summe:	Mittelwert:
			2 037	1 631	80,1	2 193,491	2 075,977	-117,514	-5,36

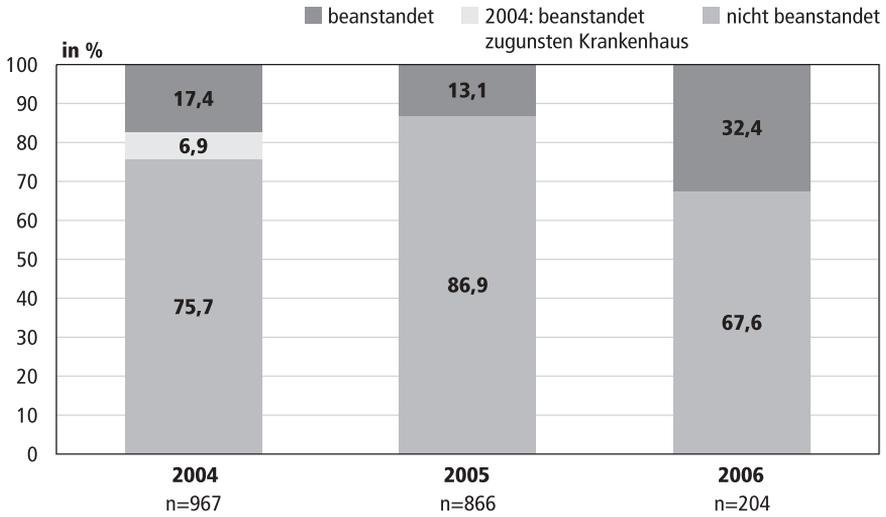
* Hinweis: die angegebenen Mittelwerte sind fallzahlgewichtet

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 12–1

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Zeitverlauf: Gesamtergebnisse



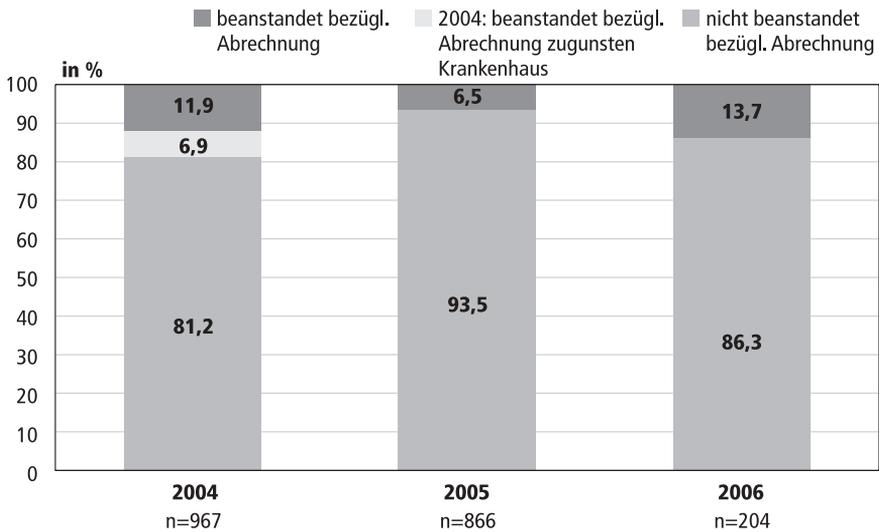
Krankenhaus-Report 2007

WIdO

12

Abbildung 12–2

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Zeitverlauf: Ordnungsgemäße Abrechnung



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Tabelle 12-2
Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Differenzierung der beanstandeten Fälle nach dem Grund der Beanstandung

Geprüfte Kliniken	Ver-sorgungs-stufe	Stich-proben-zeitraum	Stich-probe	Beanstan-dete Fälle gesamt	Anzahl Primäre Fehl-belegung	Anteil Primäre Fehl-belegung (%)	Anzahl Sekundäre Fehl-belegung	Anteil Sekundäre Fehl-belegung (%)	Anzahl Abrechnung beanstandet	Anteil Abrechnung beanstandet (%)
KH 1	Zentral	2004	74	14	2	2,7	0	0	12	16,2
KH 2	Zentral	2004	202	55	14	6,9	4	2	37	18,3
KH 3	Zentral	2004	534	137	26	4,9	5	0,9	106	19,9
KH 4	Regel	2004	157	29	2	1,3	0	0	27	17,2
KH 5	Regel	2005	32	4	3	9,4	0	0	1	3,1
KH 6	Regel	2005	33	6	6	18,2	0	0	0	0
KH 7	Regel	2005	94	23	2	2,1	1	1,1	20	21,3
KH 8	Regel	2005	222	23	8	3,6	5	2,3	10	4,5
KH 9	Zentral	2005	65	8	6	9,2	0	0	2	3,1
KH 10	Maximal	2005	420	41	18	4,3	0	0	23	5,5
KH 11	FachKH	2006	71	20	13	18,3	0	0	7	9,9
KH 12	FachKH	2006	34	11	11	32,4	0	0	0	0
KH 13	Grund	2006	99	35	8	8,1	6	6,1	21	21,2
Summe:				Summe:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Mittelwert:
				2 037	406	5,8	21	1	266	13,1

* Hinweis: die angegebenen Mittelwerte sind fallzahlgewichtet

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Tabelle 12–3

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Stichprobenzeitraum 2004, Beanstandungen der ordnungsgemäßen Abrechnung

Geprüfte Kliniken	Abrechnung beanstandet zu Gunsten KH				Abrechnung beanstandet zu Gunsten Kasse			
	Anzahl Fälle	Eff.Rel. Gew. KH	Eff.Rel. Gew. MDK	Differenz	Anzahl Fälle	Eff.Rel. Gew. KH	Eff.Rel. Gew. MDK	Differenz
KH 1	3	3,839	5,972	2,133	9	17,106	11,136	-5,97
KH 2	20	28,053	35,84	7,787	17	30,566	21,682	-8,884
KH 3	36	45,55	63,192	17,642	70	118,759	82,344	-36,415
KH 4	8	9,464	11,535	2,071	19	22,756	16,777	-5,979
Summe	67	86,906	116,539	29,633	115	189,187	131,939	-57,248

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

12.6 Diskussion

12.6.1 Diskussion der Methodik

Die Stichprobenziehung im Prüfverfahren nach § 17c KHG erfolgt im Sinne einer Zufallsstichprobe aus der durch den Prüfauftrag definierten Grundgesamtheit. Bei Einhaltung der üblichen Vorgaben für eine Zufallsstichprobe (z. B. Zufallszahlengenerator) ist dies methodisch zunächst unproblematisch und bietet die Voraussetzungen für eine repräsentative Aussage über die Grundgesamtheit. Die vereinbarte Festlegung des Stichprobenzeitraums auf sechs Monate vor Mitteilung des Prüfauftrages stellt einen Kompromiss zwischen intendierter Zeitnähe zwischen Fallabschluss und Prüfung auf der einen Seite und dem Ziel eines repräsentativen Gesamtzeitraumes auf der anderen Seite dar. Verzerrungen der Stichprobe durch saisonale Schwankungen in der Belegung sind bei einem Sechs-Monats-Zeitraum natürlich nicht auszuschließen. Relevant kann dies in erster Linie im Hinblick auf die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (Fehlbelegung) sein (z. B. Urlaubszeiten, Feiertage). Ein Einfluss auf das Abrechnungs-(Kodier-)Verhalten von Krankenhäusern in Abhängigkeit von der unterjährigen Erlösentwicklung (sich abzeichnende Mehr- oder Mindererlöse) und ein daraus resultierender Einfluss auf die Prüfergebnisse in Abhängigkeit vom Prüfzeitraum sind ebenfalls nicht auszuschließen.

Der Umfang der Stichprobe ist durch die Gemeinsame Empfehlung auf Bundesebene normativ festgelegt. Bei solch normativen Festlegungen ohne die Möglichkeit, mittels einer durch Pre-Test ermittelten Anpassung der Stichprobengröße an die erwartete Fehlerhäufigkeit nachzusteuern, besteht methodisch die Gefahr einer Unter- oder Überschätzung der geprüften Merkmalsausprägung. Andererseits ergeben sich – insbesondere bei umfangreichen Grundgesamtheiten – durch die Festlegung Stichprobengrößen, die eine hinreichende Aussagefähigkeit annehmen lassen.

Als problematischer in der Anwendung hat sich die im Jahr 2005 auf Bundesebene ergänzte Regelung erwiesen, Einzelfälle, die bereits durch den MDK geprüft

worden sind oder sich in Prüfung befinden, bei der Stichprobenprüfung nicht einzubeziehen. Während zum Zeitpunkt der Einführung noch davon ausgegangen werden konnte, dass die dadurch intendierte Vereinfachung des Prüfverfahrens aufgrund der geringen Zahl nur zu einer vernachlässigbaren Beeinflussung des Stichprobenergebnisses führen würde, zeigten sich bei einzelnen Stichprobenprüfungen doch relevante Ergebnisverzerrungen. Die Regelung, diese Fälle nur summarisch zu erfassen und nicht im Hinblick auf den tatsächlichen Ergebniswert (effektives Relativgewicht), erschwert zusätzlich eine Einschätzung des Effekts. Entsprechend kritisch wird diese Regelung in der Literatur diskutiert (van Essen et al. 2007; Modrack/Weibler-Villalobos 2007). In Baden-Württemberg wurde diesem methodischen Problem dadurch begegnet, dass ab dem Jahr 2006 (Stichprobenzeitraum) im Vorfeld von geplanten Stichprobenprüfungen die Zahl der Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V jeweils deutlich reduziert wurde, um die erwähnte Verzerrung des Stichprobenergebnisses zu vermeiden.

Die Durchführung der Prüfung durch MDK-Gutachter im Krankenhaus unter Einsichtnahme in die vollständige Patientendokumentation und Erörterung aller beanstandeten Fälle hat sich als geeignetes Verfahren erwiesen und findet weitgehend Akzeptanz. Dieses Verfahren ermöglicht die Berücksichtigung aller verfügbaren Beurteilungsgrundlagen einschließlich der Möglichkeit, kritische Sachverhalte direkt zu besprechen. Einige Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung auf Bundesebene haben sich – entgegen der ursprünglichen Annahme – als wenig relevant erwiesen, von ihnen wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht (z. B. Hinzuziehung von externem Sachverstand).

Das German Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) wurde – im Nachgang zu seiner Einführung bei Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG – ab 01.04.2005 auch als Kriterienkatalog im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V eingeführt („Allgemeine Tatbestände bei Kategorie 1-Leistungen“). Entsprechend hoch ist der Bekanntheitsgrad. Dadurch wird die Diskussion und Anwendung dieser Kriterien bei Stichprobenprüfungen erleichtert. Nach eigenen Erfahrungen hat die Einführung des Kriterienkataloges das Problembewusstsein im Hinblick auf die Vermeidung von Fehlbelegungen in den Kliniken gefördert. Auch die gutachterliche Bewertung auf Basis der rechtlichen Grundlagen (§ 39 SGB V) ist durch den ständigen Dialog im Rahmen der Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V zwischenzeitlich in den Kliniken weitgehend bekannt. Die Anwendung der Regelwerke bei Kodierung und Abrechnung stellt für die meisten Kliniken – zumindest auf Ebene des Medizincontrolling – alltägliche Routine dar.

Eine wesentliche Beeinträchtigung erfahren die Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG durch die bislang nicht befriedigend geregelte Umsetzung der Ergebnisse. Entgegen der gesetzgeberischen Intention, über die Vereinbarung eines pauschalierten Ausgleichsverfahrens durch die Vertragsparteien eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden (§ 17c Abs. 3 Satz 3 KHG), wurde hierfür bislang kein allgemein akzeptierter Ansatz gefunden. Die bereits erwähnte Formulierung in der Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren auf Bundesebene („Eine Verkürzung dieses Auswertungsprozesses durch bloße Hochrechnung des Prüfergebnisses auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit ist unzulässig.“) bietet ebenfalls keinen methodischen Ansatz. Aufgrund der naturgemäß divergierenden Interessenslage bei der Umsetzung zwischen den Vertragsparteien

erscheint fraglich, ob auf diesem Wege langfristig eine Lösung möglich ist, obwohl dies für die Anwendung des Verfahrens von entscheidender Bedeutung wäre.

12.6.2 Diskussion der Ergebnisse

Erwartungsgemäß fanden sich in den ausgewerteten Stichprobenprüfungen deutlich weniger Beanstandungen hinsichtlich der ordnungsgemäßen Abrechnung, als dies bei der Prüfung ausgewählter Einzelfälle berichtet wird (Dirschedl et al. 2007; Schäfer/Buszello 2006; Winten/Asche 2006). Da bei der Prüfung von Einzelfällen nach § 275 SGB V dem eigentlichen Begutachtungsverfahren ein oftmals mehrstufiges Auswahlverfahren vorangeht, während bei den Stichprobenprüfungen – bezogen auf die zu prüfende Klinik/Abteilung – Zufallsstichproben gezogen werden, war dieser Unterschied zu erwarten. Entsprechend gestatten Einzelfallprüfungen auch keine repräsentative Aussage über die Qualität der Abrechnung und Kodierung in den Krankenhäusern insgesamt. Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG können hingegen Hinweise darauf geben, in welcher Größenordnung dieses Problem besteht (Holzwarth 2005). Das Gleiche gilt für die Frage, ob und in welchem Umfang unter den Bedingungen des G-DRG-Systems die Problematik der Fehlbelegung noch eine Rolle spielt.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren (van Essen et al. 2007; Modrack/Weibler-Villalobos 2007) ist hierbei kritisch anzumerken, dass aufgrund der Festlegung, dass vorgeprüfte Einzelfälle aus der Stichprobe ausgeschlossen werden (siehe Diskussion der Methodik), von einer Verzerrung des Stichprobenergebnisses zu Gunsten der Krankenhäuser ausgegangen werden muss. Der Umfang dieses Einflusses konnte bei der Auswertung der Prüfung in Baden-Württemberg nicht bestimmt werden, da die Landesempfehlung zum Prüfverfahren dies nicht vorsieht. In der Literatur wird von einer Beeinflussung der Beanstandungsquote um etwa 5% (van Essen et al. 2007) und einer Beeinflussung der errechneten Relativgewichte um etwa 2% – allerdings mit erheblichen Schwankungen – ausgegangen (Modrack/Weibler-Villalobos 2007).

Insgesamt zeigt die Auswertung der Ergebnisse in Baden-Württemberg eine deutlich höhere Beanstandungsquote bezüglich der ordnungsgemäßen Abrechnung als im Hinblick auf Fehlbelegung. Während im Durchschnitt 13,1% der Abrechnungen beanstandet wurden, fanden sich lediglich 5,8% Beanstandungen zur primären Fehlbelegung. Die Beanstandungen zur sekundären Fehlbelegung waren mit einem Anteil von durchschnittlich 1% sehr selten. Hier muss allerdings die Einschränkung berücksichtigt werden, dass nur Fälle einbezogen wurden, deren Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer lag. Die Anzahl dieser Fälle ist erfahrungsgemäß gering. Während die Ergebnisse insgesamt eine erhebliche Streuung aufwiesen, war diese bei den Beanstandungen zur primären Fehlbelegung am deutlichsten (Anteile zwischen 1,3 und 32,4%). Obwohl Prüfungen an Krankenhausabteilungen aller Versorgungsstufen durchgeführt wurden, erlaubt die Gesamtzahl noch keine belastbare Aussage, ob hier Zusammenhänge bestehen. Auffallend war allerdings, dass sich die höchsten Anteile von Beanstandungen bezüglich primärer Fehlbelegung an zwei kleineren Fachkrankenhäusern mit einem sehr spezifischen Leistungsspektrum an der Schnittstelle zum ambulanten Operieren fanden.

Die Ergebnisse im Zeitverlauf zeigen zwischen den Jahren 2004 und 2005 sowie 2004 und 2006 einen Rückgang der Beanstandungen bezüglich der Abrechnung, wie dies auch von anderen Autoren berichtet wird (Modrack/Weibler-Villalobos 2007). Dies dürfte der erwarteten Verbesserung der Kodierqualität in einem lernenden System entsprechen. Dass sich dieser Verlauf für die Gesamtbeanstandungen (also einschließlich Fehlbelegung) nicht analog darstellt, dürfte auf mehrere Einflussfaktoren zurückzuführen sein. Während der Anteil ordnungsgemäßer Abrechnungen im Wesentlichen von der Kodierqualität des Krankenhauses abhängt, ist das Belegungsverhalten (Fehlbelegung) im Wesentlichen vom Leistungsspektrum abhängig, wie das Beispiel der bereits erwähnten Fachkliniken zeigt. Dass sich der zwischen 2004 und 2005 beobachtete Rückgang der Beanstandungen in unseren Ergebnissen für Prüfungen mit Stichprobenzeitraum 2006 nicht fortsetzt, kann mehrere Ursachen haben. Zum einen sind die geprüften Krankenhäuser weder nach Größe noch Versorgungsstufe mit den geprüften Krankenhäusern der Vorjahre vergleichbar. Zum anderen wurde – wie bereits erwähnt – in diesen Fällen der erwähnten Verzerrung der Stichprobe durch Ausschluss bereits vorgeprüfter Einzelfälle dadurch entgegengewirkt, dass im Vorfeld der Stichprobenprüfungen die Einzelfallprüfungen deutlich reduziert wurden.

Wie in der Ergebnisdarstellung gezeigt, ergaben sich in den Stichprobenprüfungen erwartungsgemäß nicht nur falsch zu hohe, sondern auch falsch zu niedrige Abrechnungen. Für den Stichprobenzeitraum 2004 fanden sich diese in durchaus relevantem Umfang (mehr als ein Drittel der beanstandeten Fälle). Die Entwicklung dieses Anteils kann im Zeitverlauf bislang leider nicht dargestellt werden, da die Auswertung dieser Fälle im Prüfergebnis gesetzlich nur bis zum Jahr 2004 vorgesehen war. Aufgrund der Gesetzesänderung im Rahmen des GKV-WSG können diese Fälle aber künftig wieder ausgewertet werden, sodass auch hieraus langfristig Aussagen über das Kodierverhalten der Krankenhäuser möglich sein werden.

12.7 Fazit

Die bisher in Baden-Württemberg durchgeführten Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG haben gezeigt, dass Vorbereitung und Durchführung des Prüfverfahrens auch bei größeren Stichprobenumfängen praktikabel sind. Die Durchführung dieser Überprüfungen gehört inzwischen zur gutachterlichen Routine. Bei den meisten der geprüften Krankenhäuser fand das Verfahren Akzeptanz. Die Stichprobenprüfungen eröffnen die Möglichkeit, belastbare Informationen über die Abrechnungsqualität und das Belegungsverhalten in Krankenhäusern zu erhalten. Die Aussagefähigkeit solcher Stichprobenprüfungen ist im Hinblick auf die Entwicklung des „lernenden Systems“ schon aufgrund des methodischen Ansatzes wesentlich höher als die Ergebnisse von Einzelfallbegutachtungen nach § 275 SGB V. Obwohl Stichprobenprüfungen sicherlich nicht dazu geeignet sind, die Überprüfung auffälliger Einzelfälle vollständig zu ersetzen, sind Modelle denkbar, bei denen sich diese beiden methodischen Ansätze sinnvoll ergänzen. Beispielsweise könnte der Umfang von Einzelfallprüfungen an das Ergebnis von turnusmäßig durchgeführten Stichprobenprüfungen angepasst werden („Zertifizierung“ von Krankenhäusern mit gu-

ter Kodierqualität). Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass die Verfahrensbeteiligten für die bislang offene Umsetzung der Prüfergebnisse eine einheitliche und praktikable Lösung finden und vereinbaren. Sollte dies gelingen, könnten Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG langfristig einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems leisten.

12.8 Literatur

- Blum K, Offermanns M, Schilz P. Drei Jahre Anwendung des G-DRG-Systems in den Krankenhäusern – Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers 2006. *Das Krankenhaus* 2/2007; 109–12.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17cKHG. *Das Krankenhaus* 5/2004; 342–8.
- Dirschedl P, Funk R, Heine U, Mohrmann M. DRG-Prüfergebnis im Ländervergleich: MDK Baden-Württemberg und MDK Westfalen-Lippe. *Das Gesundheitswesen* 2007; 69: 141–5.
- Dirschedl P, Reichle M, Röther M. Modellprojekt Kodierqualität. *Das Gesundheitswesen* 2003; 65: 8–18.
- Dirschedl P, Waibel B, Lemminger J, Mohrmann M. Stichprobenprüfungen im G-DRG-System: Empfehlungen zum Prüfverfahren auf Bundes- und Landesebene – ein kritischer Vergleich. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66: 616.
- Essen J van, Hübner M, von Mittelstaedt G. Die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG – Erfahrungsbericht aus Krankenhäusern der Maximalversorgung in Hessen. *Das Gesundheitswesen* 2007; 69: 137–40.
- Holzwarth F. Kodierqualität immer noch ein Problem. *krankenhaus umschau* 8/2005; 678–81.
- Kuls G, Weibler-Villalobos U. DRG-Kodierqualität in Krankenhäusern hat sich nicht verbessert. *Die BKK* 12/2006; 560–2.
- Modrack M, Weibler-Villalobos U. Krankenhaus: Stichprobenprüfungen sind wichtiges Prüfinstrument. *MDK-Forum* 1/2007; 12–3.
- Schäfer R, Buszello H. Kassen ziehen Nutzen aus DRG-Auswertung des MDK Nordrhein. *MDK-Forum* 1/2006; 7–11.
- Wagener A, Ganse T. Stichprobenprüfungen im Krankenhaus. *Das Krankenhaus* 5/2004; 333–41.
- Winten C, Asche P. 17c-Verfahren sind weniger gefährlich als 275er-Prüfungen. *f&w* 4/2006; 400–3.

13 Perspektiven der Palliativversorgung

Hermann Ewald, Bernd-Oliver Maier, Volker E. Amelung, Thomas Schindler und Nils Schneider

Abstract

Trotz enormer Fortschritte der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in den letzten Jahren weist die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite auf. Auf Ebene des Gesundheitssystems stellt sich beispielsweise die Frage des bedarfsgerechten Angebots allgemeiner und spezialisierter palliativer Versorgungsleistungen. Dieser Beitrag stellt neben den Grundlagen der Palliativversorgung den aktuellen Stand zum Themengebiet vor, wobei besonders auf gesundheitspolitisch initiierte Gutachten und Expertisen aus der jüngeren Vergangenheit eingegangen wird. Im Mittelpunkt des Beitrages steht die Diskussion der Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen, bevor abschließend die Auswirkungen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen für die Palliativversorgung beleuchtet werden.

Despite enormous progress of palliative medicine, palliative nursing care and hospice care in recent years, the care for incurably ill and dying patients in Germany still shows substantial deficits. On the level of Germany's health care system, for example, the supply of general and specialized palliative care does not meet the demand. Apart from the basics of palliative care, the article presents the current situation, thereby describing recent health care expert's opinions and appraisals. The article focuses on the discussion of inpatient palliative care with regard to DRG conditions and explores the effects of the current health care reforms for palliative care.

13

13.1 Stand der Palliativversorgung in Deutschland und Meilensteine aus der jüngeren Vergangenheit

13.1.1 Problemstellung

Die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen ist eine elementare Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems, die allerdings bislang in Deutschland – wie in vielen anderen Ländern mit ansonsten ähnlich hoch entwickelter gesundheitlicher Versorgung auch – deutlich vernachlässigt wurde (Jaspers/Schindler 2005; Ewers/Schaeffer 2007; Radbruch et al. 2007). Trotz enormer Fortschritte in der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in den letzten Jahren bestehen nach wie vor erhebliche Defizite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der be-

teiligten Berufsgruppen, in Bezug auf die erforderlichen Versorgungsstrukturen und hinsichtlich der Einstellungen zu Fragen am Lebensende auf Seiten von Patienten, Angehörigen, Gesundheitsprofessionellen und den Entscheidungsträgern auf unterschiedlichen Ebenen des Systems.

Dieser Beitrag gliedert sich in drei Teile: Nach Darstellung des Stands der Palliativversorgung und der Meilensteine der Entwicklung aus der jüngeren Vergangenheit werden die Versorgungssituation von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen diskutiert und abschließend die Auswirkungen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen für die Palliativversorgung beleuchtet.

13.1.2 Grundlagen und Definitionen

Die Begrifflichkeiten zum Themengebiet (z. B. Palliative Care, Palliativversorgung, Palliativmedizin, Palliativpflege) werden in Deutschland uneinheitlich verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation spricht in ihrer international anerkannten Definition von Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen.“ Diese Ziele sollen erreicht werden „durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und die Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2005). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat Begriffsbestimmungen publiziert, die als sinn-gemäße deutsche Übersetzung von Palliative Care die Ausdrücke Palliativversorgung, Palliativmedizin und Palliativbetreuung nennen. Der Terminus Palliativmedizin kann demnach einerseits als Übertragung des englischen Begriffs Palliative Care verwendet werden – und in diesem weiteren Sinne gleichwertig pflegerische, ärztliche und psychosoziale Versorgungsaspekte beinhalten – oder in einem enger gefassten Sinn als spezialisierter ärztlicher Beitrag zum Gesamtkonzept der Palliativversorgung verstanden werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2003).

Zunehmend setzt sich der Trend durch, zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Palliativversorgung zu unterscheiden. Dabei wird unter allgemeiner Palliativversorgung die Versorgung durch primäre Versorgungsstrukturen verstanden (z. B. Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen), während zur spezialisierten Palliativversorgung diejenigen Strukturen und Akteure gezählt werden, die sich darüber hinausgehend qualifiziert haben und sich hauptsächlich mit der Palliativversorgung beschäftigen. Hierzu gehören z. B. Palliativstationen im Krankenhaus, ambulante Palliative Care Teams und Ärzte (Hausärzte, Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen), die unabhängig von ihrer primären fachlichen Ausrichtung schwerpunktmäßig palliativmedizinisch tätig sind (Schindler 2006). Die spezialisierte Palliativversorgung ist als komplementäres Angebot zu verstehen, das die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung nicht ersetzt, sondern bei Bedarf ergänzt.

Wie groß der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung tatsächlich ist, kann aus wissenschaftlicher Sicht empirisch gegenwärtig nicht belegt werden. Schätzungen von Experten zu Folge benötigen von den ungefähr 210 000 Menschen, die jährlich in Deutschland an Krebs versterben, ca. 15–25% temporär eine spezialisierte stationäre Palliativversorgung auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz

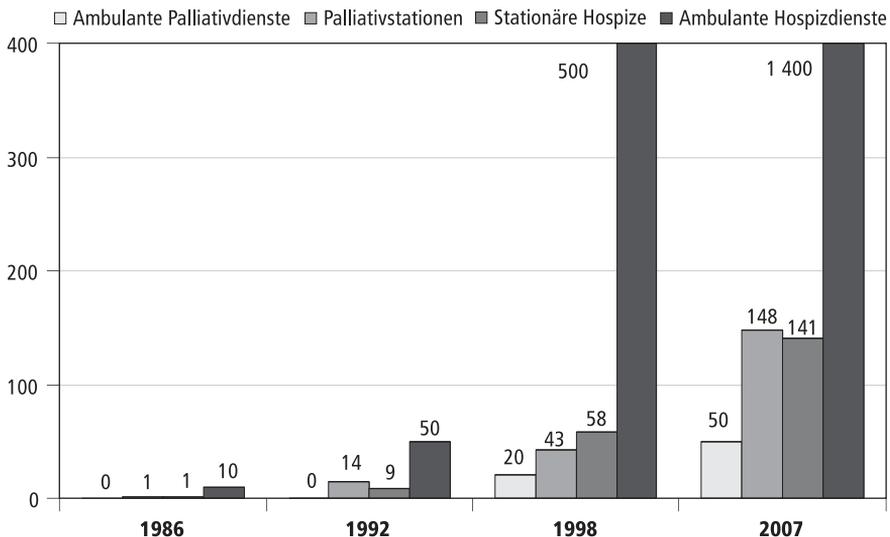
und rund 25 % eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Müller-Busch et al. 2001; Jaspers/Schindler 2005; Schneider et al. 2005). Hinzuzurechnen ist der Versorgungsbedarf für Patienten, die an anderen unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung leiden; dies kann beispielsweise Patienten mit bestimmten neurodegenerativen Krankheitsbildern wie der amyotrophen Lateralsklerose sowie Patienten mit terminaler Herz-, Lungen-, Leber- und Niereninsuffizienz, aber auch Patienten mit Demenz-Erkrankungen betreffen (Addington-Hall et al. 1998; Fitzsimons 2007). Besondere Bedeutung kommt in Anbetracht der demographischen Entwicklung der Gruppe alter und hochbetagter, häufig multimorbid erkrankter Menschen zu. Bislang beträgt der Anteil an Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen in spezialisierten palliativen Einrichtungen in Deutschland weniger als 10 %; der tatsächliche Bedarf wird jedoch weitaus höher eingeschätzt (Addington-Hall et al. 1998; Wilmsen-Neumann et al. 2002; Schneider 2006).

13.1.3 Angebote der spezialisierten Palliativversorgung

Die spezialisierte Palliativversorgung bezieht sich auf Patienten mit besonders ausgeprägtem Versorgungsbedarf, der im Rahmen der allgemeinen Versorgung nicht (mehr) bzw. vorübergehend nicht abgedeckt werden kann. In Deutschland existieren gegenwärtig ca. 140 Palliativstationen und 140 Hospize (Abbildung 13–1), womit der geschätzte Bedarf von 50 Betten pro 1 Mio. Einwohner an stationären Versorgungsstrukturen mehr als zur Hälfte gedeckt ist (30 Betten pro 1 Mio. Ein-

Abbildung 13–1

Entwicklung der Anzahl spezialisierter Palliativstrukturen in Deutschland seit 1986*



*Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de); Stand: 20.5.2007

wohner). Zu berücksichtigen sind allerdings erhebliche regionale Unterschiede, wie Tabelle 13–1 verdeutlicht.

Im ambulanten Sektor finden sich bislang nur wenige professionelle Angebote für spezialisierte Palliativversorgung (Palliative Care Teams, ambulante Palliativdienste). Dem gegenüber steht eine hohe Zahl (ca. 1 300) ehrenamtlich geprägter ambulanter Hospizdienste (Schindler 2006). Was die erforderlichen Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung betrifft, so geht man derzeit von einem Bedarf von ca. 330 Palliative Care Teams bzw. ambulanten Palliativdiensten aus (bei einem angenommenen Einzugsbereich von durchschnittlich etwa 250 000 Einwohner pro Team).

Eine Fokussierung auf den Ausbau spezialisierter palliativer Versorgungsstrukturen alleine würde jedoch der Problematik nicht gerecht werden. Um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten in Deutschland nachhaltig und in der Breite zu verbessern, sind zudem erhebliche Anstrengungen auf dem Gebiet der allgemeinen Palliativversorgung (z. B. Rahmenbedingungen der Hausarztmedizin) und beim gesamtgesellschaftlichen Umgang mit Fragen von Tod und Sterben erforderlich (Schneider et al. 2005; Ewers/Schaeffer 2007).

Über Schwierigkeiten und Probleme in der bisherigen Regelversorgung von Palliativpatienten, die Bedarfslage betroffener Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Konsequenzen, die sich daraus für unterstützende Angebote ableiten lassen, gibt die wissenschaftliche Begleitforschung zweier Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen näher Auskunft, die u. a. vom Gesundheitsministerium und den Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen gefördert worden sind (Ewers/Schaeffer 2003; Schaeffer et al. 2003; Wagner/Abholz 2003).

13.1.4 Gutachten und Expertisen zur Palliativversorgung aus der jüngeren Vergangenheit

Ein Meilenstein für die Weiterentwicklung der Palliativversorgung in der jüngeren Vergangenheit war auf politischer Ebene der Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ über die „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ im Juni 2005 (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005). In einem dem Bericht zugrunde liegenden Gutachten über den „Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten“ (Jaspers/Schindler 2005) wurde u. a. deutlich, dass Deutschland mit rund 22 Hospiz- und Palliativbetten pro eine Million Einwohner zahlenmäßig hinter Ländern wie Großbritannien, Belgien und Polen liegt (54 bzw. 35 bzw. 33 Betten pro eine Million Einwohner), aber vor Frankreich und Spanien (17 bzw. 19 Betten pro 1 Mio. Einwohner). Die Dynamik der Entwicklung auf diesem Feld wird auch dadurch verdeutlicht, dass, wie beschrieben, nur zwei Jahre später schon 30 Hospiz- und Palliativbetten pro eine Million Einwohner in Deutschland zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 13–1). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass internationale Vergleiche auf der verfügbaren Datenbasis problematisch sind und ohne Einbeziehung der jeweiligen gesundheitssystemischen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen sehr limitierte Aussagekraft haben. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.

Tabelle 13-1
Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland (Realität und geschätzter Bedarf)*

Einwohnerzahl**	Palliativstationen (PS)		Stationäre Hospize (SH)		Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB)		Palliativstationen & Hospize Palliativ- & Hospizbetten (Bedarf: 50 Betten / 1 Mio)								
	PS	PB	SH	HB	SH	HB	H&P	P-B							
	Realität	Realität	Realität	Realität	Realität	Realität	Realität	Realität							
Baden-Württemberg (10,7 Mio Einw.)	13	115	11	11	16	115	11	11	29	230	22	22	22	22	Betten / 1 Mio
Bayern (12,5 Mio Einw.)	27	228	18	18	9	84	7	7	36	312	25	25	25	25	Betten / 1 Mio
Berlin (3,4 Mio Einw.)	4	35	10	10	7	101	30	30	11	136	40	40	40	40	Betten / 1 Mio
Brandenburg (2,6 Mio Einw.)	4	41	16	16	6	67	26	26	10	108	42	42	42	42	Betten / 1 Mio
Bremen (0,7 Einw.)	2	19	27	27	1	8	11	11	3	27	38	38	38	38	Betten / 1 Mio
Hamburg (1,7 Mio Einw.)	3	20	12	12	4	57	34	34	7	77	46	46	46	46	Betten / 1 Mio
Hessen (6,1 Mio Einw.)	8	71	12	12	7	61	10	10	15	132	22	22	22	22	Betten / 1 Mio
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio Einw.)	3	25	15	15	4	34	20	20	7	59	30	30	30	30	Betten / 1 Mio
Niedersachsen (8,0 Mio Einw.)	16	85	11	11	14	124	16	16	30	209	27	27	27	27	Betten / 1 Mio
Nordrhein-Westfalen (18,1 Mio Einw.)	29	204	11	11	53	460	25	25	82	664	36	36	36	36	Betten / 1 Mio
Rheinland-Pfalz (4,1 Mio Einw.)	12	67	16	16	5	43	9	9	17	110	25	25	25	25	Betten / 1 Mio
Saarland (1,1 Mio Einw.)	3	21	19	19	2	24	22	22	5	45	41	41	41	41	Betten / 1 Mio
Sachsen (4,3 Mio Einw.)	7	72	17	17	4	56	13	13	11	128	30	30	30	30	Betten / 1 Mio
Sachsen-Anhalt (2,5 Mio. Einw.)	6	40	16	16	3	24	10	10	9	64	26	26	26	26	Betten / 1 Mio
Schleswig-Holstein (2,8 Mio Einw.)	5	41	15	15	5	58	21	21	10	99	36	36	36	36	Betten / 1 Mio
Thüringen (2,3 Mio Einw.)	6	60	25	25	1	12	5	5	7	72	30	30	30	30	Betten / 1 Mio
Gesamt (82,4 Mio Einw.)	148	1 134	14	14	141	1 328	16	16	289	2 462	30	30	30	30	Betten / 1 Mio

* Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de); Stand: 20.5.2007

** Quelle: Statistisches Bundesamt; Stichtag: 31.12.2005

Als Konsequenz aus dem Gutachten empfahl die Enquete-Kommission u. a. „gesetzliche Regelungen zur Absicherung des Anspruchs des Patienten auf bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung“ und befürwortete u. a. „die Verbesserung der ambulanten Pflege am Lebensende und die flächendeckende Einführung bereits erprobter Palliative-Care-Teams“ (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005). Diese Empfehlungen mündeten im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom April 2007 in die Verankerung eines Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung für „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen“ (§ 37b SGB V).

Zwei Versorgungsforschungs-Gutachten für die Länder Niedersachsen und Brandenburg haben sich explizit mit regionalen Bedarfsanalysen für die spezielle Palliativversorgung und mit der konzeptionellen Umsetzung beschäftigt (z. B. Schneider et al. 2005). Die Autoren bemängeln vor allem die inadäquate Zusammenarbeit der vorhandenen Strukturen und Angebote; die Versorgungsabläufe seien durch erhebliche Kommunikations- und Kooperationsprobleme an den zahlreichen Schnittstellen zwischen unterschiedlichen beteiligten Professionen, Institutionen und Diensten gekennzeichnet. Empfohlen wird u. a. der Aufbau von Palliativ-Stützpunkten, die die spezialisierte stationäre und ambulante Palliativversorgung organisatorisch bündeln und eine Ausgestaltungsform integrierter Versorgung darstellen. Die Umsetzung der Empfehlungen hat begonnen: Das Land Niedersachsen fördert in einem ersten Schritt den organisatorischen Aufbau von Palliativstützpunkten in Gebieten, in denen entsprechende ambulante und stationäre Angebotsstrukturen bereits vergleichsweise gut ausgebaut sind, mit einem Zuschuss von je 25.000 Euro pro Jahr; dies ist mit der Auflage verbunden, dass geförderte Palliativstützpunkte jeweils den Aufbau eines weiteren, neuen Stützpunktes vorbereiten und unterstützen.

Hervorgehoben wird in den Länder-Gutachten die Wichtigkeit, beim Um-, Auf- und Ausbau neuer palliativmedizinischer und -pflegerischer Angebote auf gewachsene regionale Strukturen und Spezifika zu fokussieren. So weisen Analysen von Krankenkassendaten darauf hin, dass ein hoher Anteil an Ein-Personen-Haushalten, ein hohes Durchschnittsalter und eine hohe Bevölkerungsdichte in einer Region mit gehäuften Krankenhausaufenthalten von Krebspatienten besonders in den letzten beiden Jahren vor dem Tod assoziiert sind (Schneider et al. 2006).

Es ist der Wunsch der meisten Menschen, zu Hause zu versterben – ein Wunsch, der durch angemessene Unterstützungsangebote, darunter entsprechende spezialisierte ambulante Palliativstrukturen, vielen Betroffenen ermöglicht werden kann, wie internationale und nationale Untersuchungen zeigen (z. B. Hearn/Higginson 1998; Brumley et al. 2003; Ahlner-Elmqvist et al. 2004; Diemer et al. 2004). Ein Teil der Palliativpatienten benötigt in bestimmten Phasen der Erkrankung jedoch eine stationäre Behandlung, beispielsweise zur Krisenintervention bei ambulant nicht (zufriedenstellend) beherrschbaren Symptomen oder im Rahmen bestimmter spezifischer Maßnahmen (Chemotherapien, Operationen, Strahlentherapien u. a.). Insofern sind ambulante und stationäre Strukturen komplementäre Angebote innerhalb des palliativen Versorgungskonzepts. Wie sich die stationäre Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus gegenwärtig in Deutschland darstellt, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

13.2 Die Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen

Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurde im Januar 2003 die Finanzierung der Krankenhausleistungen von einer tagesbezogenen Vergütung auf eine pauschalierende, diagnoseorientierte Vergütung umgestellt. Ausgenommen davon sind Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden, die in § 1 Absatz 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannt sind. Zur Sicherung von Bereichen, die durch die G-DRG-Vergütung noch kein adäquates Entgelt erhalten, wurde über die Definition von „besonderen Einrichtungen“ die Möglichkeit geschaffen, diese (vorübergehend) aus der DRG-Vergütung herauszunehmen und ihnen individuelle Entgeltverhandlungen zu ermöglichen. Derzeit werden u. a. auch Palliativstationen als besondere Einrichtungen anerkannt, sofern sie als abgeschlossene Bereiche innerhalb eines Krankenhauses konzipiert sind. Diese Möglichkeit der Finanzierung wird von ca. 30 % der deutschen Palliativstationen genutzt.

Das G-DRG-System hat als lernendes System das Ziel, durch die kontinuierliche Anpassung seiner Komponenten eine zunehmend homogenere und leistungsgerechtere Vergütung zu schaffen. Dazu werden u. a. das Definitionshandbuch mit den Splitting-Tabellen, das Schweregrad-System, die Kodierrichtlinien und die Bewertung der DRGs (Relativgewichte) vom InEK anhand der Leistungsdaten aller Krankenhäuser (§ 21) und der Kostendaten der Kalkulationshäuser jährlich überprüft und im Sinne der Varianzreduktion angepasst. Zur Verbesserung der Abbildungsqualität der medizinischen Leistungen wird auch der OPS-Katalog in jährlichen Intervallen überarbeitet. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und andere Akteure des Gesundheitswesens sind dabei aufgefordert, ihren Sachverstand durch entsprechende Eingaben einzubringen.

13.2.1 Spezifische Versorgungsaspekte bei Palliativpatienten

Die Abbildung der Behandlung von Palliativpatienten im G-DRG-System wurde schon bei dessen Einführung als besonders schwierig erachtet. Die Gründe hierfür sind vor allem die Inhomogenität der Patientengruppe, die längere Verweildauer im Vergleich zu Patienten mit gleicher DRG aus Akutabteilungen und die besonders hohen PCCL-Grade (DRG Research Group 2002; Roeder et al. 2002). Diese Einschätzung hat sich, wie in den Auftragsgutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft zuletzt 2006 dargestellt, bisher nicht prinzipiell geändert (Roeder 2005; Roeder 2006).

Die Möglichkeiten und Grenzen des G-DRG-Systems lassen sich in diesem Zusammenhang besser verstehen, wenn man die Probleme der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen differenziert betrachtet. Diese Probleme sind u. a. schwere körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit/Erbrechen, ulzerierte stark riechende Wunden und fast immer eine allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit, die sowohl die Aktivitäten des täglichen Lebens als auch das Denken mühsam und langsam machen. Dazu kommen psychosoziale Probleme wie die körperliche und psychische Überforderung der An- oder Zugehörigen sowie in vielen Fällen fehlende oder unzureichende Pflegeeinstufungen, Hilfsmittel und qualifi-

zierte Ansprechpartner außerhalb der üblichen Dienstzeiten. Außerdem führt nur selten ein einzelnes Symptom bzw. Problem zur stationären Aufnahme, sondern in der Regel sind es mehrere komplexe Probleme gleichzeitig, die eine ambulante Begleitung unmöglich machen – nicht zuletzt aufgrund der bisher noch nicht implementierten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Schindler 2006).

13.2.2 Der Faktor Zeit in der Palliativversorgung

Zur sachgerechten Behandlung dieser komplexen Krankheitsbilder ist neben einem fundierten Spezialwissen die Verfügbarkeit von Zeit als therapeutisches Instrument erforderlich. Der therapeutische Einsatz von „Zeit“ als elementares Instrument der Palliativmedizin und Palliativpflege ist im derzeitigen Vergütungssystem aber nicht adäquat abgebildet.

Zeit wirkt in verschiedenen Zusammenhängen therapeutisch:

- um mit Betroffenen Strategieentscheidungen reifen zu lassen
- um den Übergang von krankheitsmodifizierenden Maßnahmen zu unterstützenden und lindernden Maßnahmen zulassen und annehmen zu können
- um Impulse zur Sinnstiftung in sich schnell verändernden Lebensbezügen zu geben
- um Angehörige in ihrer eigenen Verletztheit und mit ihren eigenen Ressourcen in das Geschehen und Erleben einzubinden.

Die G-DRG-Systematik sieht keinen Platz für den therapeutischen Einsatz von Zeit in diesem Sinne vor. Für die prozess- und nicht primär ergebnisorientierte Palliativversorgung bedeutet dies, dass erhebliche Probleme in der Umsetzung die zwangsläufige Folge sind. Bei Entlassungen nach Hause ist z. B. nicht allein die schnellstmögliche Entlassung nach Abarbeitung und Lösung der medizinischen oder organisatorischen Probleme als Erfolgsparameter heranzuziehen, sondern auch das wesentlich schwerer zu fassende Vertrauen der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen darin, einen guten und verlässlichen Weg im Umgang mit den zu erwartenden nachfolgenden krankheitsassoziierten Veränderungen im medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Kontext gefunden zu haben.

Vertrauen zu vermitteln ist dabei der Prozess, der exemplarisch ein weiteres Behandlungsziel bei Palliativpatienten darstellt, das nicht in der DRG-Systematik erfassbar ist. Genau dieser Prozess ist für die Nachhaltigkeit der Behandlung und damit für eine gute Kosten-Nutzen-Relation aber unabdingbar. Belegt wird diese generelle Einschätzung der fehlenden Abbildbarkeit prozessorientierten Handelns in der Praxis dadurch, dass die Verweildauer bei formal vergleichbaren Ausgangsdiagnosen verschiedener Patienten sich in der Palliativversorgung wesentlich stärker unterscheidet als in funktionell ausgerichteten Bereichen. Patienten, die in die Kategorie von „Stundenfällen“ einzuordnen sind und für einen kurzen Zeitraum in großem Umfang Aufmerksamkeit auf sich ziehen, um das therapeutische Ziel der optimierten Symptomkontrolle zu erreichen, können formal dieselben Diagnosen aufweisen wie Patienten, die eine lange Verweildauer benötigen, um die Klärung einer weiterführenden Strategie und Perspektive für sich zu erreichen. Beides angemessen zu leisten ist Aufgabe einer spezialisierten stationären Palliativversorgung und kann nur durch ein hohes Maß an Flexibilität in inhaltlicher und struk-

tureller Hinsicht sichergestellt werden. Dieses muss ein sachgerechtes Finanzierungssystem berücksichtigen, es kann aber in der G-DRG-Pauschalierung derzeit noch nicht gelingen.

13.2.3 Ausdifferenzierung von Strukturen

Ein weiteres wesentliches Problem des G-DRG-Systems im Bereich der Palliativversorgung besteht darin, dass Strukturkriterien für personelle und räumliche Ausstattung sowie Minimal- und Maximalgrößen für spezialisierte Palliativstationen bisher nicht vorgegeben sind. Dabei sind die Vorhaltung von verschiedensten therapeutischen Angeboten sowie die Sicherstellung eines adäquaten Behandlungsrahmens über Raumstandards und Ablaufdefinitionen grundsätzliche Voraussetzungen für die Arbeit. Die Benennung derartiger Standards spielt eine geringere Rolle in etablierteren Bereichen der Medizin, in denen Standards als Selbstverständlichkeit akzeptiert sind (z. B. OP, Intensivstation, Bestrahlungseinheit), ist aber besonders wichtig für neue Bereiche, in denen sich die erforderlichen Standards noch nicht durchgesetzt haben, aber zur Qualitätssicherung notwendig sind.

Im G-DRG-System wird davon ausgegangen, dass eine prinzipielle Vergleichbarkeit dessen besteht, was zur qualitativ gesicherten Behandlung eines Falles nötig ist. Diese Vergleichbarkeit wird dabei vor allem aus den diesem Fall zugeordneten Diagnosen und Prozeduren abgeleitet. Palliativmedizin-spezifische Diagnosen und Symptome sowie Prozesse sind in den bestehenden Klassifikationssystemen aktuell nicht enthalten. Aus den bislang kodierten Diagnosen und Symptomen kann daher nicht hervorgehen, inwieweit die Verweildauer in einer Palliativereinrichtung tatsächlich angemessen ist. Eine differenzierende Modifikation des G-DRG-Systems durch die Einführung zusätzlich diskriminierender Parameter ist prinzipiell denkbar, aber bislang weder empirisch versucht worden, noch stehen in Deutschland verlässliche Daten zur Verfügung, die aus den bisher bestehenden Hinweisen auf Ursachen der Merkmalsstreuung innerhalb der Gruppe der Palliativpatienten ein tragfähiges Konstrukt für eine derartige Modifikation ableiten lassen.

Mit der Einführung der OPS 8–982 „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ wurde ein einfacher Ausweg aus dieser Situation versucht, indem palliativmedizinische Patienten identifizierbar gemacht wurden, um damit eine leistungsgerechtere Vergütung zu ermöglichen. 2007 ist der Schlüssel aufgrund der vom InEK kalkulierten gut drei Tage längeren Verweildauer dieser Patienten erstmals mit einem Zusatzentgelt (ZE 60) von ca. 1 100 € bewertet. Allerdings reicht diese OPS-Definition nicht aus, um trennscharf zwischen den verschiedenen Ebenen palliativer Betreuungsangebote zu unterscheiden: So lässt die Kodierung „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ keine Rückschlüsse darauf zu, ob diese Leistung von einer spezialisierten Palliativstation oder als zusätzliches therapeutisches Angebot in einer anderen (nicht palliativmedizinisch und -pflegerisch spezialisierten) Fachabteilung erbracht wurde oder ob eine kontinuierliche Mitbehandlung durch einen multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienst erfolgte. Dies hat zur Folge, dass die höhere Vorhaltung entsprechender Leistungsangebote einer spezialisierten Palliativabteilung oder eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes systematisch unterbewertet wird.

Unter diesen Voraussetzungen ist eine Kostenkalkulation spezialisierter stationärer Palliativversorgung aus den InEK-Daten daher hochproblematisch, denn die Voraussetzungen zur Kodierung der OPS 8–982 stellen nur den kleineren Teil der Voraussetzungen einer spezialisierten palliativmedizinischen und -pflegerischen Behandlung dar. Die InEK-Ergebnisse mischen also zwangsläufig die Leistungen und Kosten der spezialisierten Behandlung einer Palliativstation mit den Leistungen und Kosten einer eingeschränkten palliativmedizinischen und -pflegerischen Behandlung auf anderen Stationen, wenn diese die OPS-Kriterien erfüllen. Eine adäquate Vergütung ist damit weder für die eine noch für die andere Art der Behandlung gegeben.

13.2.4 Ansätze aus Australien

Die Problematik einer sachgerechten Vergütung palliativmedizinischer Leistungen ist kein spezifisches Problem des G-DRG-Systems, sondern wird auch international diskutiert. So wurde für das australische Vergütungssystem bereits 1996 eine große Studie zur Entwicklung einer Palliative Care Casemix Classification durchgeführt (Eagar et al. 1997), aus der die „Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (AN-SNAP)“ Klassifikation Version 1 für den Bereich Palliative Care entwickelt wurde. In dieser Klassifikation werden die Palliativpatienten nicht nach Diagnosen klassifiziert, sondern der Split erfolgt in einem ersten Schritt anhand von fünf Palliativ-Phasen (stabil, instabil, sich verschlechternd, terminal, hinterblieben) und in einem zweiten Schritt anhand der RUG-ADL Klassifikation (Resource Utilisation Groups – Activities of Daily Living) und ggf. noch des Alters (Eagar et al. 2004). Insgesamt werden damit für den stationären Bereich 11 Vergütungsklassen unterscheidbar.

Eine zweite Version der AN-SNAP-Klassifikation wird derzeit erarbeitet. Sie wurde für erforderlich gehalten, da es inzwischen einen höheren Anteil von Nicht-Tumor-Patienten gibt, da sich demographische Veränderungen ergeben haben und Kostenänderungen medikamentöser Therapien eingetreten sind (Green/Gordon 2007).

Diese v. a. problemorientierte AN-SNAP-Klassifikation ist für die Abbildung palliativmedizinischer Leistungen deutlich besser geeignet als die überwiegend diagnose- und prozedurenbezogene Einteilung des G-DRG-Systems. Die Übertragung auf deutsche Verhältnisse allein könnte die derzeitigen Finanzierungsprobleme spezialisierter Palliativeinheiten aber trotzdem nicht lösen, da auch mit der AN-SNAP-Klassifikation keine Unterscheidung verschiedener Behandlungslevel und keine Einbeziehung von Strukturkosten möglich ist.

13.2.5 Lösungsmöglichkeiten

Es ist eine der großen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems, eine medizinisch und menschlich angemessene Begleitung für schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre An- und Zugehörigen flächendeckend verfügbar zu machen. Palliativmedizin benötigt zwar wenige technische Hilfsmittel, sie wird aber wegen der notwendigen Personalressourcen üblicherweise als kostenintensiv eingeschätzt. Demgegenüber deuten internationale Studien aber darauf hin, dass ent-

sprechend spezialisierte Einheiten bei gleichzeitig verbesserter Versorgungsqualität zu einer Reduktion der Gesamt-Versorgungskosten in der letzten Lebensphase führen können (Davis et al. 2005; Smith et al. 2003).

Unter den bisherigen Vorgaben des G-DRG-Systems erscheint eine adäquate Finanzierung spezialisierter stationärer Palliativversorgung eher über die Anerkennung der spezialisierten Einheiten als besondere Einrichtung und eine individuell verhandelte Vergütung möglich. Spezialisierte Palliativstationen als abgeschlossene Einheiten eines Krankenhauses sollten deshalb bis auf Weiteres als besondere Einrichtung anerkannt werden. Anhand der Daten dieser Abteilungen wären dann – einen einheitlichen Standard vorausgesetzt – abgesicherte Kalkulationen einer sachgerechten Vergütung möglich.

Sobald das G-DRG-System die strukturellen Voraussetzungen spezialisierter stationärer Palliativversorgung aufnimmt und (anstelle einer überwiegend diagnose- und prozedurenbezogenen) eine problemorientierte Klassifizierung von Palliativpatienten ermöglicht, ist die angemessene Abbildung und Vergütung der stationären palliativmedizinischen Begleitung prinzipiell denkbar. Gleichzeitig muss dabei zwischen den verschiedenen Stufen dieser Behandlung differenziert werden, sodass neben den Palliativstationen auch eine adäquate Abbildung und Vergütung der „palliativmedizinischen Mitbehandlung“ durch multiprofessionelle palliativmedizinische Konsiliarteams umgesetzt wird. Eine entscheidende Herausforderung wird darin bestehen, den für die Palliativversorgung elementaren Behandlungsfaktor „Zeit“ hinreichend zu berücksichtigen.

Anders als die Palliativversorgung im Krankenhaus stellt die ambulante Versorgung von Palliativpatienten einen Schwerpunkt der jüngsten gesundheitspolitischen Aktivitäten dar; die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aktuell in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen werden im abschließenden Kapitel diskutiert.

13.3 Palliativversorgung im Fokus der Gesundheitspolitik: Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Mit der aktuellen Gesundheitsreform wurde in § 37b SGB V ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung verankert. Der Anspruch bezieht sich auf „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen“. Eingeschlossen sind sowohl ärztliche als auch pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination.

Diese gesetzlichen Neuerungen sind mit beachtlicher Geschwindigkeit realisiert worden und haben eine erhebliche Tragweite¹. Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- Die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Palliativversorgung ist über alle Akteure hinweg akzeptiert – von der Ärzteschaft über die Gesundheitspo-

¹ Der nachfolgende Abschnitt basiert teilweise auf Amelung et al. (2007).

litik bis hin zu den Vertretern der Krankenkassen. Seit langer Zeit wird aus den unterschiedlichsten Richtungen gefordert, die Versorgungsstrukturen zu verbessern.

- Die Ergebnisse bisheriger integrierter Versorgungskonzepte zur Palliativversorgung sind beeindruckend (z. B. das Brückenkonzept in Dresden, siehe Weatherly et al. 2007) und demonstrieren, dass sich mit überschaubaren Ressourcen sehr viel erreichen lässt. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Optimierung der Koordination und Kommunikation zwischen den Sektoren und Berufsgruppen der entscheidende Schlüssel zur Verbesserung der Patientenversorgung ist.
- Die Palliativversorgung ist eindeutig ein Bereich, in dem Wettbewerb angezeigt ist und es vielmehr konkreter Planungsansätze für definierte Regionen bedarf. Die integrierte Versorgung nach § 140a–d SGB V ist zwar in der Regel ebenfalls regional orientiert, aber ein Wettbewerbsinstrument – und dies bedeutet immer, dass es je nach Mitgliedschaft in einer Krankenkasse Zugangsbeschränkungen gibt, was per se für den Bereich Palliativversorgung nicht zielführend ist.

Mit der Festlegung eines Leistungsanspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung in § 37b des fünften Sozialgesetzbuches ist der Gesetzgeber dabei sehr weit gegangen und die maßgeblichen Akteure werden den gesetzlichen Anspruch nicht ignorieren können. Insofern ist davon auszugehen, dass bereits in den nächsten Monaten wesentliche Weichenstellungen erfolgen werden.

13.3.1 Risiken durch die aktuelle Gesetzgebung

Bei der berechtigten Freude über die sehr positive Entwicklung darf nicht außer Acht gelassen werden, dass erhebliche Gefahren in der Fehlnutzung der neuen Möglichkeiten bestehen. Vier Aspekte gilt es zu berücksichtigen:

- Nachdem endlich Fahrt aufgekommen ist, besteht jetzt die Gefahr des Stillstandes, da insbesondere die Kassen erst einmal abwarten könnten, wie die Regelungen konkret aussehen werden. Aufgrund der sehr schwierigen Situation, in der sich die Krankenkassen befinden, könnte dies in dem ausgesprochen komplexen und emotional belastenden Themenfeld möglicherweise durchaus willkommen sein. Es darf nicht ignoriert werden, dass aus Sicht der Krankenkassen die Palliativversorgung ein „undankbares“ Versorgungsfeld ist respektive als ein solches wahrgenommen wird. Dabei gilt es immer wieder zu verdeutlichen, dass eine gute Palliativversorgung eine elementare Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems ist und entgegen der häufig entgegengebrachten Argumentation nicht kostenintensiv ist (Jaspers/Schindler 2005; Davis et al. 2005; Schneider et al. 2005).
- Wenn erhebliche finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, entfachen sich erfahrungsgemäß immer Verteilungskämpfe und es gibt massive Begehrlichkeiten, die Ressourcen in die eine oder andere Richtung zu lenken. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass der Gesetzgeber „Neues Geld für neue Leistungen“ einfordert.
- Durch zu schnelles Wachstum kann es zu Qualitätsverlusten kommen. Auch wenn in den letzten Jahren in erheblichem Maße Qualifizierungsmaßnahmen

sowohl auf ärztlicher als auch auf Pflegeseite stattgefunden haben, können adäquate Strukturen nicht kurzfristig flächendeckend implementiert werden. Gerade vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung von gut messbaren Qualitätskriterien entscheidend.

- Es besteht eine erhebliche Gefahr eines destruktiven Wettbewerbs und einer damit einhergehenden Zerstörung der bereits aufgebauten Strukturen. Mit destruktivem Wettbewerb ist hier nicht primär ein – in gewissem Umfang grundsätzlich zu begrüßender – Preiswettbewerb gemeint, sondern der Aufbau von unnötigen Parallelstrukturen, in die die bestehenden unterschiedlichen Strukturen nicht adäquat eingebunden werden und effiziente Mindestgrößen nicht erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund gilt es, einige grundsätzliche Fragen für die Palliativversorgung zu klären:

- Welche Anforderungen sind an die Spezifizierung der Zielgruppen zu stellen (Morbidität, Versorgungsbedarf, Krankheitsstadien u. a.)?
- Welche neuen Leistungen sollen berücksichtigt werden? (Der Gesetzgeber hebt explizit hervor, dass neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen auch die Koordination berücksichtigt werden muss.)
- In welchem Rahmen sollen die Leistungen erbracht werden (Qualifikation der Mitarbeiter, Organisationsgrad und Qualitätsmanagement) und wie soll die Einbindung in die normale Regelversorgung (modulare Abstufung) organisiert sein?

Diese Fragen werden sich nicht im reinen Konsens beantworten lassen, da es schlicht um die Verteilung knapper Ressourcen geht und die unterschiedlichen Akteure aus ihren jeweiligen Perspektiven erhebliche Wachstumspotenziale und Bedrohungen sehen werden.

13.3.2 Strukturkomponenten einer zukunftsfähigen Palliativversorgung

Folgende Aspekte sind aus unserer Sicht besonders bedeutend, um die Palliativversorgung nachhaltig zu verbessern:

- Völlig unabhängig davon, ob man generell den so genannten Kassenwettbewerb befürwortet, plädieren wir für einheitliche, kassenübergreifende Lösungen. Hier können auch die Kassenärztlichen Vereinigungen eine wichtige und konstruktive Rolle übernehmen, den Prozess zu steuern.
- Es müssen generische Konzepte für die wichtigsten Versorgungskonstellationen (z. B. Agglomeration, Regelversorgung und unterversorgte Gebiete) definiert werden. Es geht dabei aber nur um die wesentlichen Eckpunkte, die in der jeweiligen lokalen Konstellation (gewachsene Strukturen, regionale Spezifika) angepasst werden müssen.
- Im Sinne des vom Gesetzgeber auch angedachten „competitive bidding“ sollte nicht grundsätzlich festgelegt werden, welcher Leistungsanbieter den jeweiligen Leistungsauftrag federführend erfüllt. An dem einen Standort mag es ein Krankenhaus sein, an einem anderen ein Hospiz oder eine Schwerpunktpraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum oder auch ein anderer Akteur.

Auch wenn die Chancen verlockend sind, sollte Qualität vor Geschwindigkeit gehen. Fehlende adäquate personelle Ressourcen führen in vielen Regionen dazu, dass ein schnelles Umsetzen nicht möglich ist. Gerade vor diesem Hintergrund sollte besser modular in kleinen Schritten vorgegangen werden und vor allem sichergestellt werden, dass jetzt ungeeignete Strukturen nicht aus Zeitdruck zementiert werden.

13.4 Literatur

- Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliative Medicine* 1998; 12: 417–27.
- Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliative Medicine* 2004; 18: 585–93.
- Amelung VE, Buser K, Schneider N. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Die Palliativversorgung – der große Gewinner. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2007; 8: 3.
- Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6: 714–24.
- Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Lagman RL, Harrison B, Rybicki L. The financial benefits of acute inpatient palliative medicine: an inter-institutional comparative analysis by all patient refined-diagnosis related group and case mix index. *The Journal of Supportive Oncology* 2005; 3: 313–6.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Definitionen (Stand: 31. Oktober 2003). Online verfügbar: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf>
- Diemer W, Meiering J, Burchert H. Palliative-Care-Teams vernetzen die palliativmedizinische Versorgung. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg). *Palliativmedizin im ambulanten Sektor*. Stuttgart, New York: Schattauer 2004; 80–95.
- DRG Research Group, Universitätsklinikum Münster. Analyse der Abbildung palliativmedizinisch behandelter Fälle im australischen AR DR System, Version 4.1. Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Münster 2002. Online verfügbar: http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/dr_ag_drg%20_gutachten.pdf
- Eagar K. The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP): report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study. Wollongong: Centre for Health Service Development, University of Wollongong 1997.
- Eagar K, Green J, Gordon R. An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. *Palliative Medicine* 2004; 18: 217–26.
- Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages. Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Berlin 2005 (Drucksache 15/5858).
- Ewers M, Schaeffer D. Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld 2003.
- Ewers M, Schaeffer D. Dying in Germany - consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *Journal of Public Health* 2007; online first: Springer-Verlag, DOI 10.1007/s10389-007-0099-z.
- Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS et al. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine* 2007; 21: 313–22.
- Green J, Gordon R. The development of Version 2 of the AN-SNAP casemix classification system. *Australian Health Review* 2007; 31: 68–78.
- Hearn J, Higginson I. Do specialist palliative care teams improve outcome for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine* 1998; 12: 317–22.

- Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin". Berlin 2005 (Kom.-Drs. 15/226).
- Müller-Busch H, Andres I, Jehser T. Wie viele Palliativstationen und Hospize brauchen wir in Deutschland? Zeitschrift für Palliativmedizin 2001; 2: 16–9.
- Radbruch L, Nauck F, Aulbert E. Grundlagen der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer 2007; 1–14.
- Roeder N, Klaschik E, Cremer M, Lindena G, Juhra C. DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar? Das Krankenhaus 2002; 12: 1000–4.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster 2005: DRG-Research Group.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen 2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster 2006: DRG-Research Group.
- Schaeffer D, Günnewig J, Ewers M. Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld 2003.
- Schindler T. Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006; 49: 1077–86.
- Schneider N, Amelung VE, Buser K. Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2005.
- Schneider N. Health care in seniority: crucial questions and challenges from the perspective of health services research. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39: 331–5.
- Schneider N, Dreier M, Amelung VE, Buser K. Analysen der Krankenhausaufenthalte von verstorbenen Krebspatienten unter regionalspezifischen Gesichtspunkten. Zeitschrift für Palliativmedizin 2006; 7: 25–30.
- Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. Journal of Palliative Medicine 2003; 6: 699–705.
- Wagner G, Abholz HH. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu dem Modellprojekt: „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“. Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf 2003.
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägél R, Amelung VE. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007.
- Wilmsen-Neumann J, Sandgathe-Husebo B, Husebo S. Palliativmedizin auch für die sterbenden Alten. Der Klinikarzt 2002; 31: 257–61.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff: 25.04.2007].

This page intentionally left blank

Teil IV

Krankenhauspolitische Chronik

(Kapitel 14)

This page intentionally left blank

14 Krankenhauspolitische Chronik: 2006 (August) bis 2007 (Juli)

Jutta Visarius und Andreas Lehr

I.

Die gesundheitspolitische Diskussion in der zweiten Jahreshälfte 2006 und den ersten vier Monaten 2007 war beinahe vollständig vom GKV-WSG, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz, dominiert. Der Kompromiss, der zwischen den Koalitionären auf Bundesebene einerseits und den A- und B-Ländern andererseits ausgehandelt worden war und in einen 600 Seiten dicken Gesetzentwurf mündete, erwies sich als brüchig und musste mehrere Male nachverhandelt werden. Nach hitzigen Debatten und großen Demonstrationen trat das Gesetz ohne große Widerstände in der Schlussphase am 1.4.2007 in Kraft.

Die ursprüngliche Absicht, eine „nachhaltige“ Finanzierungsreform zu verabschieden, konnte wegen „grundlegender Unvereinbarkeiten“ der Koalitionäre nicht realisiert werden. Übrig blieb das sogenannte Y-Modell, ein Teilmodell in einem Vorschaltgesetz für spätere Finanzierungsreformen mit Fonds und einheitlichem Beitragssatz für die GKV ab 2009, das es den Koalitionären ermöglicht, nach der nächsten Wahl entweder eine Bürgerversicherung oder eine Gesundheitsprämie zu beschließen und einzuführen – weiterhin Ziel der Koalitionäre, wie man auch den ersten Formulierungen der neuen Wahlprogramme entnehmen kann.

Was in dieser Stringenz niemand erwartet hatte – das GKV-WSG entpuppte sich als größte und umwälzendste Organisationsreform, die sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die private Krankenversicherung je erlebt hatten.

Und dies ist mit Sicherheit erst der Anfang. Der Wahlausgang der nächsten Bundestagswahl wird über das weitere Schicksal der GKV und das Überleben der PKV in ihrer heutigen Form entscheiden.

Schon jetzt zeichnen sich durch die Organisationsreform unübersehbar einerseits Zentralisierungstendenzen im Gesundheitswesen, Machtzuwachs der Politik und vor allem des BMG ab, andererseits werden Stück für Stück Wettbewerbshindernisse innerhalb des neuen Systems beseitigt. So entsteht ein staatlich streng reglementiertes und vom Staat steuerbares System mit hartem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern. Die alte, korporatistische Selbstverwaltung, wie man sie in den letzten Jahrzehnten kannte, wurde mit diesem Gesetz wenig feierlich zu Grabe getragen.

Der Widerstand aus dem System gegen dieses Gesetz war bis auf wenige Ausnahmen beinahe einhellig. Krankenkassen, PKV, DKG, Ärzteschaft inklusive Marburger Bund, aber auch der VKD, der VLK, ABDA und andere haben sich an diesem Widerstand mehr oder minder aktiv beteiligt.

Gemeinsame Pressekonferenzen und Geheimgespräche der sonst oft untereinander so konfliktfreudigen Selbstverwaltungspartner konnten aber nicht verhindern, dass der Spaltpilz, die kleinen Anreize, die von der Politik und dem BMG gesetzt wurden, bald Wirkung zeigten. Wie gehabt lobbyierte bald jeder wieder allein vor sich hin

in der Hoffnung auf einen eigenen kleinen Vorteil. So bröselte die „heilige gesundheitspolitische Allianz“ schnell auseinander und wurde immer schwächer, bis zuletzt jeder für sich selbst mehr oder weniger erfolgreich kämpfte. Für die Betroffenen zutiefst ärgerlich, lassen doch viele der kleinen Erfolge schon nach drei Monaten vermuten, dass es Pyrrhussiege waren.

Für die Krankenhäuser stand während des gesamten Protestes der Sanierungsbeitrag in Höhe von 500 Mio. €, das sind 1 % des Gesamtbudgets, im Vordergrund. Er konnte im parlamentarischen Verfahren durch einen Antrag der Koalitionsfraktionen auf 0,8 % des Gesamtbudgets verringert werden. Schon in einer frühen Phase der Gesetzgebung konnte die Krankenseite verhindern, dass sie auch noch die Hälfte einer Anschubfinanzierung in Höhe von insgesamt 500 Mio. € für von den Krankenhäusern ambulant zu erbringende hochspezialisierte Medizin leisten sollte. Aber auch die Verlängerung der Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung in Höhe von 500 Mio. € belastet das Krankenhausbudget. Dazu kommt noch die Erhöhung der Mehrwertsteuer in Höhe von ca. 500 Mio. € seit dem 1.1.2007, die Belastungen durch die neuen Tarifverträge, usw.

Mit dem Anziehen der Konjunktur und damit zusätzlicher Liquidität der Krankenkassen – so argumentiert die DKG – gebe es keine Begründung mehr für die Erhebung eines Sanierungsbeitrags, und sie fordert folglich seine Rücknahme. Ob sie mit diesem erneuten Vorstoß Erfolg haben werden, bleibt fraglich.

Das GKV-WSG bringt für die Krankenhäuser aber dauerhaft noch viele weitere Probleme mit sich. Mit der Öffnung der Vertragsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen – zunächst nur für besondere Versorgungsformen, die man aber am Horizont schon als regional organisierte Regelversorgung erspähen kann – werden sich die Verträge auch finanzwirksam differenzieren. Das heißt nicht, dass der Kontrahierungszwang gesetzlich vollständig aufgehoben werden muss, er wird einfach umgangen. Premiumverträge einzelner Kassen könnten zumindest bei elektiven Eingriffen zu einer Marktkonzentration mit Sonderkonditionen führen, durch die etliche andere Krankenhäuser in existentielle Schwierigkeiten geraten könnten.

Zumindest müssen sich die Krankenhäuser jetzt in erhöhtem Maß um diese Verträge bemühen, und damit wird sicherlich ein harter Preis-, aber auch Qualitätswettbewerb losgetreten. Dies könnte zwar einen neuen Schub für die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V auslösen – aber mit anderen Folgewirkungen, als manches Krankenhaus es sich erhofft hatte. Dagegen könnten die neuen Wahltarife der GKV in der wirtschaftlichen Bilanz der Krankenhäuser positiv ausschlagen. Allerdings wird mit der Zunahme der differenzierten Verträge nach § 140 und der Vielzahl der Wahltarife die konkrete Umsetzung für den Leistungserbringer Krankenhaus komplexer als jemals zuvor.

Erweitert wurden auch die Möglichkeiten für die ambulante Behandlung im Krankenhaus für hochspezialisierte Leistungen. Wie sich dies in der Praxis tatsächlich auswirkt, muss abgewartet werden.

Auch die Turbulenzen, in welche die PKV durch das GKV-WSG gestoßen wurde, könnten sich in den Krankenhäusern niederschlagen. Ob nun verfassungsrechtlich zulässig oder nicht – wenn der Basistarif, der den GKV-Leistungskatalog nachbilden soll, umgesetzt wird, könnten insbesondere geringer verdienende Beamte aus finanziellen Gründen in den Basistarif wechseln. Die Vergütung der PKV für die Krankenhäuser und auch die Privatliquidation mit den üblichen Abschlägen für

die Krankenhäuser könnten davon beeinträchtigt werden. Auch die demographische Entwicklung mit finanziellen Mehrbelastungen durch erhöhte Ausgaben wird über kurz oder lang bei der PKV durchschlagen, und auch dies wird Konsequenzen für den finanziellen Spielraum für die Leistungsvergütung nach sich ziehen.

Die Imponderabilien durch das GKV-WSG sind neben den direkten Auswirkungen für die Krankenhäuser also insgesamt eher größer als kleiner geworden.

II.

Eindeutig positiv für die Krankenhäuser zu bewerten sind die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1.1.2007 in Kraft getreten ist. Die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten, durch an das Krankenhaus angegliederte MVZs Fachärzte und damit „Zulieferer“ an das Krankenhaus zu binden, wurden erheblich erweitert. Auch eine bessere Auslastung teurer Geräte gegen Nutzungsentgelte der Fachärzte wird damit erleichtert.

Wie stark die Leistungsverchiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor aufgrund dieser, aber auch anderer Faktoren tatsächlich sind, kann zurzeit nur über Indikatoren abgeschätzt werden, weil keine validen Daten vorliegen. Ein Indikator für eine Verschiebung vom stationären zum ambulanten Sektor in der Onkologie ist z. B. die vermehrte Angabe von Zytostatika in Apotheken. Um exakte Aussagen machen zu können, müssten die Daten der Sektoren miteinander abgeglichen werden, was bisher nicht möglich war und vielfach wohl auch nicht gewollt ist. Dies wäre aber für eine Vielzahl von Planungen von entscheidender Bedeutung. Tendenzen zu einer Leistungsverchiebung in den ambulanten Sektor müssten unter Budgetbedingungen beider Sektoren auf die Dauer zu einer Budgetbereinigung führen, bei direkter Leistungsvergütung ohne Budgetrahmen fiel diese Notwendigkeit naturgemäß fort.

Zur Flexibilisierung der Sektoren gehört auch die Förderung statt Austrocknung des Belegarztsystems, besonders in ländlichen und unterversorgten Gebieten. Eine dauerhafte Lösung für das Problem der Honorierung der Belegärzte ist noch nicht gefunden. Dies soll erst mit der Vergütungsreform im ambulanten Sektor endgültig geklärt werden.

III.

Die Politik hat mit dem GKV-WSG Qualität und damit auch Qualitätssicherung zum entscheidenden Steuerungselement des neuen Wettbewerbssystems erklärt. Ob der Preiswettbewerb damit bedeutungslos wird, muss ernsthaft bezweifelt werden; er wird eher zunehmen. Dennoch müssen sich die Krankenhäuser dem demnächst härteren Qualitätswettbewerb stellen.

Um die Frage, wie und nach welchen Kriterien vergleichbare Qualität und unterschiedliche Formen von Qualität definiert werden, ob, wie und in welcher Form sie wann offengelegt wird – dazu hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG gewisse Vorgaben gemacht. Konkret entscheiden darüber, was Qualität ist, wird der GBA. Die entsprechenden Vorlagen sollen per Auftrag des GBA von einem neuen Qualitätsinstitut erarbeitet werden. Und schon am Punkt Qualitätsinstitut – noch nicht einmal an den Inhalten – entbrannte Anfang Mai auf einer großen Qualitätssicherungstagung des BMG ein erbitterter Streit, der weiter schwelt.

Krankenkassen, Bundesärztekammer und DKG betreiben als Gesellschafter gemeinsam die BQS GmbH und wollen diese zu dem neuen Qualitätsinstitut ausgebaut wissen. Die KBV soll in den Gesellschafterkreis aufgenommen werden. Das BMG dagegen will offensichtlich ein unabhängiges Institut – analog zu InEK oder IQWiG –, wie gesetzlich vorgegeben. Es stellt unter anderem auch die Frage nach der Institutionenidentität von Auftraggeber und Auftragnehmer in GBA und der BQS und verweist auf das Vergaberecht. Die entscheidende Frage ist: Wird die Selbstverwaltung es schaffen, diese alte Struktur und die damit verbundene Machthoheit in das neue System hinüberzuretten, oder wird sich das BMG mit seiner Vorstellung eines unabhängigen Instituts mit unabhängiger Wissenschaft à la InEK durchsetzen? Dies wird sich in den nächsten Monaten entscheiden.

Längst aber haben auch andere Player, z. B. AOK und Helios, die Qualitätssicherung weiterentwickelt. Sie haben Routinedaten der Versicherten längsschnittlich ausgewertet und können so nicht nur Strukturqualität, sondern Ergebnisqualität auch über einen längeren Zeitraum hinaus messen, bewerten und entsprechende Konsequenzen ziehen. Und es zeigt sich in den Diskussionen, dass eine Verknüpfung von Qualität und Preis sowohl von den Krankenkassen als auch den wettbewerbsstarken Krankenhäusern gewünscht wird. Preisdifferenzierungen könnten mit Qualitätsunterschieden verknüpft werden und nicht nur über die Veröffentlichung von Qualitätsberichten marktrelevant werden. Dieser Weg scheint unaufhaltsam vorgezeichnet und wird dann sicherlich auch marktrelevant werden.

IV.

Marktbegrenzungen im Krankenhaussektor wurden zum ersten Mal im April 2007 rechtswirksam. Die Rhön AG, die unter anderem eine Clusterbildungsstrategie verfolgt, unterlag in einem Rechtsstreit dem Bundeskartellamt beim Oberlandesgericht Düsseldorf. Dem Klinikkonzern wurde untersagt, zwei Kreiskliniken in Bad Neustadt und Mellrichstadt zu übernehmen. Mit dem Zusammenschluss würde Rhön eine marktbeherrschende Stellung in der Region erhalten, so der 1. Kartellsenat. Die Rhön AG hat Beschwerde beim Bundesgerichtshof eingelegt. Dieses Urteil zeigt, dass der Ausbreitung der privaten Klinikketten Grenzen gesetzt wird. Wie weit sich dies auf den Privatisierungsprozess, der noch nicht einmal in vollem Gange ist, auswirken wird, bleibt abzuwarten. Die DKG setzt sich dafür ein, dass diese Fragen sozialrechtlich und nicht kartellrechtlich geklärt werden.

V.

Der harte Arbeitskampf in den Krankenhäusern spielte nach der Sommerpause 2006 in der öffentlichen Wahrnehmung zu Recht kaum noch eine Rolle. Erwartungsgemäß mussten auch die kommunalen Kliniken vor dem Marburger Bund kapitulieren – der MB hatte sein Hauptkriegsziel, eigenständiger Tarifpartner zu sein, erreicht, musste allerdings erhebliche Abstriche bezüglich seiner Gehaltsforderungen machen.

Nachwehen, wie der Streit um die Oberarzteingruppierung, waren schmerzhaft für den MB und die Betroffenen, aber nicht mehr spektakulär. Die Auseinandersetzung, die auf einer äußerst merkwürdigen Praxis in den Kliniken, dem soge-

nannten Titularoberarzt ohne arbeitsrechtlich wirksame Ernennung und einer unterschiedlichen Tarifinterpretation beruhte, wird inzwischen über Gerichte ausgetragen, und einige Prozesse haben die Kläger mit Unterstützung des Marburger Bundes inzwischen auch gewonnen. In den folgenden Tarifverträgen wurde diese Interpretationslücke geschlossen. Mittlerweile werden in unterschiedlichen Bereichen beinahe ständig und ohne öffentliches Aufsehen neue Tarifverträge oder tarifvertragliche Regelungen abgeschlossen – ohne jedes Aufsehen, hier ist business as usual eingekehrt.

VI.

Auch die Telematik, politisch auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte fokussiert, war weitgehend aus dem Blick der Öffentlichkeit verschwunden, und man hätte den Eindruck haben können, alles läuft bestens oder still ruht der See. In Wirklichkeit braute sich unter der stillen Oberfläche einiges Unheil zusammen.

Die 10000er Tests liefen durchaus nicht so erfolgreich ab wie verkündet. In einigen Regionen stiegen die Ärzte einfach aus, die Tests waren reine Funktionstests der Karte im Terminal, keine Online-, sondern schlichte Offline-Tests mit Lichtbild. Hinter vorgehaltener Hand äußerten einige Kassen schon die Befürchtung, der Roll-out, so wie vom BMG geplant – ohne Online-Betrieb – könnte zu herber Verärgerung der Versicherten führen, da so für sie ein Mehrwert nicht zu erkennen sei. Nach ersten Boykottaufrufen im Januar durch den NAV-Virchow-Bund stand die Front der Ärzteschaft gegen die elektronische Gesundheitskarte auf dem Deutschen Ärztetag im Mai geschlossen. Neben der Sorge, dass durch einen Federstrich des Gesetzgebers die Patientendaten auf den Servern nicht mehr sicher sein könnten, stand die Verärgerung, dass die praktische Handhabung noch etwas umständlich sein wird und die Verärgerung über die Investitionskosten für die Praxen. Dahinter steht ebenso ein massiver politischer Protest, den auch die Krankenhausärzte mittragen.

Dieses Feld eignet sich für einen politischen Protest ausgezeichnet, ist doch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte das Prestigeprojekt der Bundesgesundheitsministerin und das industriepolitische Projekt der Regierung. Die Industrie hat inzwischen achtstellige Beträge in dieses Projekt investiert und ein return of invest ist bisher nicht abzusehen. Sie ist verärgert und will auch mit den Ärzten nicht mehr sprechen.

Im Rahmen der europäischen Präsidentschaft wurden feierlich Abkommen zur konkreten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Telematik und europäischen Projekten unterschrieben, die zunächst zu einer Notfall- und Stammdatennutzung der unterschiedlichen Karten, längerfristig zu einer europäischen Patientenakte und einer Telematikplattform führen sollen. Diese Bestrebungen auf europäischer Ebene werden seit mindestens 20 Jahren vorangetrieben, aber noch nie war man, was unterzeichnete Verträge angeht, so weit wie nach der deutschen Präsidentschaft. Dahinter steht nicht nur die praktische Nutzung, sondern auch eine Europäisierung der Gesundheitsversorgung z. B. mit Kompetenzzentren, aber auch ein industriepolitischer Aspekt. Die Märkte sollen jetzt von europäischen Konsortien erobert werden; besonders der amerikanische Markt hätte dem europäischen

Vorsprung kaum etwas entgegenzusetzen, und dann liegt der gesamte asiatische Markt wie ein Selbstbedienungsladen offen vor der Tür. Um hier die Federführung übernehmen zu können, müsste man das Projekt elektronische Gesundheitskarte aber zum Fliegen bringen, und da hapert es noch, auch wegen der Verweigerung der Ärzte.

Für die Krankenhäuser ist das eine schwierige Situation. Sie würden von einer festen Telematikplattform, auf der die Karten wie Memorysticks zum Datenaustausch oder als Schlüssel zum Datenzugang dienen, von den Leistungserbringern am meisten profitieren. Eine integrierte, interdisziplinäre Regelversorgung, auch nur regional organisiert, ist ohne telematische Verbindung untereinander nur rudimentär umsetzbar. Und hier schließt sich der Kreis.

VII.

Das für den Berichtszeitraum wichtigste Thema für die Krankenhäuser – deshalb ein Schwerpunkt des diesjährigen Krankenhaus-Reports – spielte politisch im Berichtszeitraum lange eine völlig untergeordnete Rolle: der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Das BMG in Vorbereitung des Rahmens hatte sich über Monate erstaunlich zurückgehalten. Nur auf einigen Fachtagungen wurden Überlegungen und Fragen vorgestellt, die aber keine verbindliche Aussage zuließen, wie sich das BMG positioniert.

Ende Januar 2007 stellte die DKG ihren grundsätzlichen Ansatz, ein Evolutionskonzept vor:

- Sicherstellung der stationären Versorgung als öffentliche Aufgabe
- Planungskompetenz weiterhin bei den Ländern in Form von Standort- und Fachgebietplanung, Erhaltung des Kontrahierungszwangs
- Ende der Grundlohndeckelung, Ende des Gesamtbudgets und Investitionsfinanzierung, IGEL-Leistungen mit freier Preisfestsetzung in der stationären Versorgung
- Ja zum Wettbewerb um Qualität und Leistung, aber kein Preiswettbewerb, feste Preise, regelmäßig vom InEK überprüft
- Keine Anwendung des Kartellrechts, Lösung im Sozialrecht
- Öffnungsregelungen auch für die Zukunft, Sonderregelungen für Innovationen, belegärztliche Vergütung im Krankenhaus, Erweiterung des Spektrums für teilstationäre Leistungen
- Festpreissystem, Festhalten an der Relation, offene Haltung zur bundeseinheitlichen Regelung, Festhalten am Jahresbudget, Akzeptanz der Abstufung, Mindererlösregelung
- Monistik ja, aber mit Lösung für Investitionsstau, Einsteuerung der Mittel in das Finanzierungssystem der GKV, freie, investive Einsetzung der angesparten Mittel.

Für die Sondergesundheitsministerkonferenz zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausvergütung am 8. März 2007 hatte eine Länderarbeitsgruppe einen Vorbericht erarbeitet. Man fand keine Einigung. Die Länder – auch quer durch die Lager A- und B- Länder – haben zu divergierende Vorstellungen und Interessen.

Ergebnis der Konferenz – es wurde wieder eine Arbeitsgruppe beauftragt, dieses Thema für die nächste reguläre GMK im Juli 2007 vorzubereiten.

Im Mai fanden bei den Krankenkassen gemeinsam mit der PKV die abschließenden Sitzungen für ein Krankenhausfinanzierungskonzept statt. Am Schluss divergierten auch hier die Positionen so weit, dass nur der VdAK, die Knappschaft, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und der PKV-Verband sich auf ein gemeinsames Papier einigen konnten:

1. Wettbewerb und Vertragsrecht

- Beibehaltung kollektivvertraglicher Regelungen für stationäre Kernleistungen
- Schiedsstellenfähige Vereinbarungsmöglichkeit der Bundesebene zur Benennung von Leistungskomplexen, die individual-vertraglich geregelt werden
- Ausbau individueller vertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten für ein ergänzendes oder substitutives Leistungsangebot (innerhalb des Geltungsbereichs der Krankenhausplanung)
- Möglichkeit des Abschlusses von kassen(arten)spezifischen Versorgungsverträgen mit begrenzter Vertragsdauer.

2. Mengenregulierung

- Berücksichtigung Fallzahlentwicklung bei Landesbasisfallzahlentwicklung
- Dynamischer Erlösrahmen für jedes Krankenhaus, über Art und Umfang der Leistungen krankenhausspezifische Verhandlungen, Vereinbarung Preiskomponente auf Landesebene
- Mengenregulierung durch Mehr- oder Mindererlöse
- Symmetrische Karenzintervalle für Nichtanwendung der Ausgleichsregelungen auf Vereinbarungsweg
- Bereiche der Direktabrechnung in budgetäre Vergütung überführen.

3. Finanzierungsträgerschaft

- Beibehaltung duale Finanzierung, weil verlässliche Refinanzierung nicht gesichert
- Abschaffung Art. 14 GSG, Investitionskostenzuschlag für die neuen Bundesländer.

4. Krankenhausplanung

- Definition und Vorgabe qualitativer, struktureller bzw. prozessorientierter Voraussetzungen auf Bundesebene, Möglichkeit landesspezifischer Ausprägung
- Planvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen für örtliche Vertragsparteien
- Im Rahmen Budget-/Entgeltverhandlungen Rahmenvorgaben auf einzelne Standorte im Detail spezifizieren.

5. Weiterentwicklung Entgeltsystem im DRG-Bereich

- Realisierung 100% Grundansatz
- Vorgabe restriktiver Regelungen für besondere Einrichtungen
- Übergangsweise Individuallösungen nur noch in eng und klar begrenzten Ausnahmebereichen.

6. Weiterentwicklung Entgeltsystem im Psychriatriebereich

- Kurzfristige Einführung landeseinheitlicher tagesbezogener Entgelte
- Vorgabe von Relativgewichten tagesbezogener Pflegesätze
- Überführung integrierte Versorgung in Regelversorgung
- Mittel- bis langfristige Schaffung von Jahreskontingenten für Hochverbrauchspatienten bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Behandlungsformen
- Sektorübergreifendes Gesamtbudget mit Teil der ambulanten Versorgung.

7. Preissystem

- Bundeseinheitlicher Basisfallwert als Richtwert für Landesbasisfallwertverhandlungen
- Umstellung auf Höchstpreise.

8. Versorgungsstrukturen

- Ambulante Behandlung durch Fachärzte (des KH, Belegärzte/niedergelassene Fachärzte), eindeutige Zuordnung Behandlungscoordination
- Sicherstellung in unterversorgten Gebieten durch Möglichkeit der ambulanten fachärztlichen Behandlung im „Fachärztlichen Gesundheitszentrum“.

9. Beitragssatzstabilität

- Landes- oder bundesweites Ausgabenbudget mit entsprechenden Ausgleichsmechanismen bei Mehr- oder Mindererlösen
- Veränderungsrate dauerhaft auf die Versichertenzahl beziehen.

10. Qualität und Transparenz

- Belastbarere QS-Verfahren, Kombination aus Routine- und Erhebungsdaten, verbesserte Abgleich- und Prüfroutinen
- Verstärkte Nutzung von Routinedaten – Beitrag zum Bürokratieabbau, Entfernung qualitätsunkritischer Module, Aufnahme anderer Indikationen
- Aufhebung Hindernisse Schnittstellen durch Gesetzgeber, Ermöglichung von Longitudinalbetrachtung
- Ausbau Qualitätsberichte, Einbringung Einzelergebnisse der Kostenträger in bilaterale Beziehungen
- Verpflichtende Verwendung der Daten der externen Qualitätssicherung in Qualitätsberichten.

Das schon Mitte März veröffentlichte AOK-Konzept, unter der Überschrift „Elektiv wird selektiv¹“, unterscheidet sich davon in etlichen Punkten:

- Konvergenz vollenden – bis zur Erreichung einheitlicher Landesbasisfallwerte aller Krankenhäuser
- Neuordnung Krankenhausplanung, da der Krankenhausplan die Vergütung nicht mehr sichert, Modelle für Investitionsfinanzierung und Verwendung von Landesfördermitteln, Bedarf an wettbewerbskonformen selektiven Verträgen,

¹ Siehe den Beitrag von Leber et al. in diesem Band.

zuverlässiger Rechtsrahmen für Verträge mit Krankenkassen und Harmonisierung mit vertragsärztlicher Versorgung

- Abschied vom monolithischen Budget – mehrere unterschiedlich regulierte Budget- und Erlösbereiche, für Notfallbereiche traditionell planerische Instrumente, für elektive Leistungen kassenspezifische Verträge, Abgrenzung durch Zuordnung DRGs und Einsatz eines Rettungstransports
- Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen, einheitliche Vorgaben zum Leistungsvolumen, in Region vertraglich vereinbart; wollen Versicherte anderes Krankenhaus – Sondertarif oder Übernahme der Kostendifferenz
- Ausschreibung elektiver Leistungen synchron oder optional; wenn kein selektiver Rabattvertrag, gilt Kollektivvertrag
- Neue Rolle der Bundesländer – planerische Funktion bei Notfallversorgung, darauf Konzentration der Fördermittel, weder an Investitionen noch an Bett gekoppelt; wenn Versorgung nach Landesbasisfallwert nicht sichergestellt, dann nur Sicherstellungszuschlag, wenn durch Ausschreibung festgestellt, dass kein anderes Haus Leistung zum Landesbasisfallwert erbringt, Länderdefinition der Regionen für elektive Leistungen, Überwachung der Krankenkassen zur Einhaltung der bundesweiten Vorgaben für elektive Leistungen
- Abstimmung ambulanter Krankenhausleistungen mit vertragsärztlicher Versorgung, Ersetzung unbegrenzter extrabudgetärer Abrechnungsgarantie durch vereinbarte Leistungsmengen, hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen – kollektivvertragliches System, ambulante OPs selektivvertraglich
- Wettbewerbsstärkung – durch Gesetzgeber Öffnung kollektivvertraglicher Budgets zugunsten selektivvertraglicher Optionen.

In den Iden des Juni folgte der Paukenschlag. Im Vorfeld der GMK versandte das BMG einen „Diskussionsentwurf für Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ an die Länder:

1. Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems

- Bundeseinheitliche Definition und Kalkulation
- Im Zeitraum von zehn Jahren Ersetzung der Landesbasisfallwerte durch Bundesbasisfallwert, gesetzliche Vorgabe von Konvergenzschritten und spätere direkte Vereinbarung
- Möglichkeit für Einzelverträge mit einzelnen Krankenhäusern, zumindest bei planbaren und hochspezialisierten Leistungen, gesetzliche Vorgabe gesonderter Katalog auf Bundesebene, von Selbstverwaltung weiterentwickelt, Einzelverträge regeln Preis und Qualität der Leistungen, Landesbasisfallwert kann unterschritten werden (Höchstpreissystem), Krankenhaus und Krankenkassen entscheiden, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig), wenn kein selektives Kontrahieren, dann Vergütung nach Landesbasisfallwert, keine Budgetvereinbarungen, keine Mehr- oder Mindererlösausgleiche
- Für alle nicht im Katalog enthaltenen und planbaren Leistungen verhandeln die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich
- Patient/innen-Wahlfreiheit beim Krankenhaus, Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen, durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter Krankenhäuser zu bewegen

- Qualität der Leistungen mit Indikatoren risikoadjustiert, bewertet, Ergebnisse vergleichbar gemacht und allgemeinverständlich veröffentlicht – Schwerpunkt: Ergebnisqualität.
- 2. Entwicklung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische Leistungen**
- Gesetzlicher Auftrag an psychiatrische Krankenhäuser zur Entwicklung eines tagesbezogenen pauschalierten Vergütungssystems, Ausgangsgrundlage Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen.
- 3. Krankenhausplanung**
- Sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung durch die Länder, an Kenndaten orientierte Rahmenplanung
 - Zulassung aller Plankrankenhäuser bleibt unberührt
 - Pflicht-Budgetverhandlung für katalogisierte planbare und hochspezialisierte Leistungen wird aufgehoben, Verhandlungen für diese nur mit entsprechenden Vertragskrankenhäusern; diese Leistungen werden zum Landesbasisfallwert abgerechnet, wenn in Nicht-Vertragskrankenhäusern angefallen.
- 4. Monistische Finanzierung**
- Abbau des Investitionsstaus
 - Überführung der Investitionsfinanzierung ab 2009 in einem Übergangszeitraum von 10 bis 15 Jahren auf monistische Finanzierung
 - Über DRG-Fallpauschalen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen
 - Finanzielle Entlastung der Länder durch Kompensation/Ausgleich – Föderalismuskommission II.

Dieser Diskussionsentwurf war offensichtlich nicht mit den Regierungsfractionen abgestimmt und hat dort für einiges Missfallen gesorgt – ohne dass diese allerdings schon eigenständige Konzepte entwickelt hätten und dagegen setzen konnten.

Das BMG hat mit diesem harmlos als „Diskussionsentwurf für Eckpunkte“ deklarierten Papier klare Marken gesetzt, wo es hingehen soll. Dies ist umso bedeutsamer, da sich die Länder auf der GMK am 5. Juli wieder auf keine gemeinsame Position einigen konnten und den Tagesordnungspunkt noch einmal vertagt haben. Die Grundlage für alle weiteren Auseinandersetzungen und Verhandlungen wird damit der BMG-Diskussionsentwurf sein. Es ist schwierig zu prognostizieren, ob und wie das BMG es schaffen wird, einen Konsens mit den Regierungsfractionen und den untereinander in Sachen ordnungspolitischer Rahmen völlig zerstrittenen Ländern herzustellen, insbesondere in den Punkten selektives Kontrahieren, Monistik, Bundesbasisfallwert und neue Krankenhausplanung, oder ob es auf einen Minimalkonsens hinausläuft.

Auch die Krankenhäuser, die keine homogene Interessensgemeinschaft sind, dürften in den strittigen Punkten zumindest teilweise unterschiedliche Interessen verfolgen. Das könnte dazu führen, dass die DKG es schwer haben wird, stringent zu lobbyieren, was es dem BMG wiederum erleichtern könnte, seine Ziele zu verfolgen.

Das BMG hat deutlich gemacht, dass es vor allem das schon seit Jahren unge löste Problem der Investitionskostenfinanzierung anpacken will. Für die Länder

geht es nicht nur um ihren eigenen Einflussbereich Krankenhausplanung und duale Finanzierung, sondern auch um die unterschiedlichen Interessen der Krankenhäuser in ihren Ländern.

Zum Ende des Berichtszeitraums ist also noch nicht klar abzuschätzen, wie der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung nach 2009 aussehen wird. Sicher ist, dass sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland bei grundlegenden Veränderungen, auch wenn sie über zehn Jahre gestreckt werden, zusätzlich zu den bestehenden Trends durch neue gesetzliche Rahmen, durch Privatisierung und Marktkonzentration noch stärker verändern wird.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
19. Juli 2007	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses	Qualität, Qualitätssicherung	Der GBA beschließt, die Errichtung des Qualitätsinstituts zur Messung und Darstellung der Qualität der medizinischen Versorgung (§ 137 a SGB V) europaweit auszu-schreiben. Damit wird das entsprechende Vergabeverfahren nach Einschätzung des GBA-Vorsitzenden Rainer Hess in jedem Fall erst bis zum Juni 2008 abgeschlossen sein.
12. Juli 2007	Informationspapier des BMG	Investitionskosten / Monistik	Das BMG streut ein Informationspapier, das einen besonderen Schwerpunkt auf das Problem der Investitionskosten legt. Die Kritik der Länder an den Vorstellungen des BMG wird in diesem Papier scharf zurückgewiesen: „Das BMG will verlässliche Finanzstrukturen und gute Qualität durch ein wettbewerblich ausgerichtetes System. Die Länder müssen ihre Hausaufgaben machen. Das verlangen die Bürgerinnen und Bürger. Diese erwarten zu Recht, dass sich ihre Gesundheitspolitiker konstruktiv an der Schaffung des neuen ordnungspolitischen Rahmens zur KH-Finanzierung beteiligen. Die Krankenhäuser müssen in ihre eigene Zukunft investieren können, um leistungsfähig zu bleiben. Ein ‚Weiter so‘ zu Lasten der Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Finanzierung der notwendigen Investitionen darf es nicht geben.“
9. Juli 2007	Interview von Frank Ulrich Montgomery im Online-TV des forum für gesundheitspolitik	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	In einem Interview erklärt Montgomery, dass der Protest der Ärzte gegen die elektronische Gesundheitskarte auch ein Protest gegen die Ärztepolitik der Gesundheitsministerin sei, der kaum besser angesiedelt sein könnte als an diesem Prestigeobjekt von Ulla Schmidt. Aber auch die mangelnde Sicherheit der Daten sei ein Problem, man habe gerade erlebt, dass jetzt auch die Mautdaten von den Sicherheitsbehörden ausgewertet würden, obwohl die Politik früher zugesichert habe, dass dies nicht geschehen würde. Man könne sich auf Zusicherungen der Politik nicht verlassen.
5. Juli 2007	Pressehintergrundgespräch der BÄK, der DKG, des VdAK und der BQS	Qualitätssicherung – GKV-WSG	Die BQS und ihre Gesellschafter positionieren sich noch einmal öffentlich für die BQS als neues Qualitätsinstitut. Man wolle keinen Qualitäts-TÜV und keine TÜV-Methoden, die dann veröffentlicht würden. Franz Knieps habe im Mai mit seiner Behauptung, die BQS sei abhängig, alles aus dem Zusammenhang gerissen. Die inhaltliche Schiene bestimme der GBA, umgesetzt würde das in der BQS. Es gebe keine inhaltliche Abhängigkeit von den Trägern. Die BQS würde alles tun, um das sicherzustellen. Es sei ein Jahr Zeit, die Dinge in die Wege zu leiten, sie habe externen Sachverstand hinzugezogen und würde jetzt klarstellen, was man tun müsse, um die Unabhängigkeit zu gewährleisten. Qualitätssicherung müsse von den Betroffenen akzeptiert werden, sonst führe es zu Ausweichstrategien. Die Politik wolle den Systemwechsel. Es sei geplant, die KBV in den Gesellschafterkreis aufzunehmen, andere werde man beteiligen, aber nicht als Gesellschafter aufnehmen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
5. Juli 2007	Pressehintergrundgespräch der BÄK, der DKG, des VdAK und der BQS	Qualitätssicherung – GKV-WSG	<p>Martin Walger, DKG: Die Aufgabentrennung von GBA und Institut müsse gewährleistet sein, das sei eine Frage des „Wie“. An den Vorarbeiten für Vergabeverfahren werde mit Hochdruck gearbeitet.</p> <p>In der Diskussion zeigt sich, dass die Institutsfrage eskalieren könnte, bis hin zur Drohung mit dem Boykott der Qualitätssicherung durch die Ärzteschaft.</p>
5. Juli 2007	Präsentation des TK-online-Klinikführers der Techniker Krankenkasse	Transparenz und Qualität im Wettbewerb	<p>Die TK stellt einen Online-Führer auf ihrer Webseite ein. Sie will damit für die Versicherten Transparenz in die „unübersichtliche Kliniklandschaft“ bringen.</p> <p>Basis des Führers ist eine Versichertenbefragung, kombiniert mit Kondensaten der BQS-Daten.</p> <p>Abgerundet wird der Führer durch ein 1 300 Stichworte umfassendes Glossar, um die Fachsprache allgemeinverständlich zu erschließen. Bisher sind nur die größten 20 Metropolregionen abgebildet.</p>
4. Juli 2007	GMK zum ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhausfinanzierung nach 2009	Ambulant/ Stationär – DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Länder können sich nicht auf eine gemeinsame Linie einigen.</p> <p>A- und B-Länder kommen schon in der Vorphase auf keinen gemeinsamen Nenner, die Lager sind in sich nicht geschlossen, es dominieren einzelne Länderinteressen.</p> <p>Damit liegt die Initiative beim Bund, das BMG will im Herbst einen Gesetzentwurf vorlegen.</p> <p>Vieles deutet dann auf ein Vermittlungsverfahren hin.</p> <p>In der offiziellen Pressemitteilung der GMK heißt es: „Die Gesundheitsministerkonferenz hat darüber beraten, welche Prinzipien der Krankenhausfinanzierung nach Auslaufen der derzeitigen Regelungen im Jahr 2009 zugrunde gelegt werden sollen. Sie hat dazu den bei der Sonderkonferenz im März angeforderten Zwischenbericht der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Kenntnis genommen. Im September soll dazu in Stuttgart ein Expertenhearing stattfinden. Die Ergebnisse sollen in den Gesetzentwurf mit einbezogen werden. Der abschließende Bericht der AOLG soll bis Ende des Jahres vorliegen. Die Auswertung des Gutachtens des Sachverständigenrates soll in den Bericht einfließen.“</p>
3. Juli 2007	Vorstellung Sachverständigengutachten im BMG	Planung und Finanzierung	<p>Ein umfangreiches Kapitel des Gutachtens beschäftigt sich mit dem Krankenhauswesen unter den Gesichtspunkten Planung und Finanzierung. Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur noch Krankenhaus-Rahmenplanung mit weitgehender Autonomie der Krankenhäuser. • Sukzessiver Übergang zur Monistik, Investitionskosten direkt an das DRG-System gekoppelt und von den Krankenkassen finanziert. • Weiterentwicklung des DRG-Systems als Festpreissystem auf Grundlage Landesbasisfallwerte, Preiswettbewerb mit selektiven Verträgen zunächst nur im Bereich der elektiven Leistungen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Juni 2007	Bericht der Bundesärztekammer	Privatisierung Krankenhäuser	<p>Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer, in einer Pressekonferenz:</p> <p>Der Vorstand habe zu dieser Thematik im Januar 2006 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die den vorliegenden Bericht erstellt habe. Die wichtigsten „Feststellungen“ seien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Private Investoren seien ebenso wie andere Träger willkommen. Wettbewerb tue gut, aber auch Trägerpluralität sei gut – regionale Monopole würden abgelehnt, die Anwendung des Kartellrechts sei richtig. 2. Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips sei öffentlichen und kirchlichen Häusern schwer gefallen – Private hätten ihre Chancen genutzt, es sei ein bleibendes Verdienst, dass sie eine Reihe von gefährdeten Häusern gerettet hätten. 3. Kirchliche und Öffentlich-Rechtliche hätten die Methoden der Privaten übernommen, sie agierten mittlerweile wie private – die gute Organisation sei auch aus ärztlicher Sicht zu begrüßen. 4. Die humanitäre Zielsetzung müsse aber bleiben. Patienten seien als Partner zu begreifen, man dürfe sie nicht in den Schraubstock betriebswirtschaftlicher Rationalität zwingen. Ärztliche Hilfe sei immer individuell, nicht industriell. 5. Die BÄK habe Aufträge zur Versorgungsforschung ausgeschrieben, mit denen die Auswirkungen unterschiedlicher Träger auf die Versorgung zu untersuchen seien. Herausforderung: Kenndaten nicht nur in wirtschaftlicher Perspektive zu erheben.
27. Juni 2007	Gerichtsentscheidungen zum Tarifstreitpunkt Oberarztengruppierung	Entgelt Krankenhausärzte	<p>Das Arbeitsgericht Kassel verhilft im Streitfall um die Vergütung von Oberärzten dem MB zu einem juristischen Erfolg. Es urteilt, dass dem klagenden Arzt laut Ärzte-Tarifvertrag des MB die Oberarztvergütung zustehe.</p> <p>Die VKA sieht in diesem Urteil keine grundsätzliche Bedeutung, der Fall sei atypisch, da das Krankenhaus dem Arzt nach Inkrafttreten des Tarifvertrages die Funktion eines Oberarztes übertrage. Somit unterscheide sich der Kasseler Oberarzt von zahlreichen Alt-Oberärzten, denen bereits vor Inkrafttreten des Tarifvertrages lediglich der Titel „Oberarzt“ verliehen worden sei.</p> <p>Den nächsten gerichtlichen Erfolg erzielt der MB am 9.7.07 in Aachen:</p> <p>Die Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen muss nach der erstinstanzlichen Entscheidung des Arbeitsgerichtes Aachen dem Leiter der „Prämedikationsambulanz“ rückwirkend zum 1.7.06 das Gehalt des Oberarztes nach dem Tarifvertrag für Ärzte nebst fälliger Zinsen zahlen. Das Gericht hatte bei seiner Entscheidung keinerlei Zweifel, dass der Kläger die oberärztlichen Tätigkeitskriterien des Tarifvertrages für Ärzte auch tatsächlich erfüllt.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
18. Juni 2007	Das BMG versendet den „Diskussionsentwurf – Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ an die Länder. Auch die Verbände positionieren sich.	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Länder zeigen sich völlig überrascht vom Vorstoß des BMG, hatten sie doch erwartet, dass zumindest die Anhörung im September in Stuttgart abgewartet wird.</p> <p>Die Verbände, wie die Ersatzkassen und die PKV, die AOK und die Privatkliniken zeigen deutlich Flagge.</p> <p>Bei den Ländern ist nach wie vor keine gemeinsame Position in Sicht.</p> <p>Die Länder kritisieren die Ankündigung des Bundes, dass das BMG schon im Herbst mit der Ausarbeitung des Gesetzentwurfs beginnen werde und deshalb an einer Positionierung der Länder schon auf der Juli-GMK interessiert sei. Dies gelte z. B. für die Frage, inwieweit sich die Länder für mehr Wettbewerb aussprechen würden.</p> <p>Die Länder fühlen sich vom BMG unter Druck gesetzt.</p>
15./16. Mai 2007	Amtscheffkonferenz der Bundesländer	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	In einer Protokollnotiz der Amtscheffkonferenz wird vereinbart, dass im Bericht für die GMK noch keine inhaltlichen Bewertungen enthalten sein sollen. Man wolle die Anhörung der Kostenträger und Leistungserbringer am 20. September in Stuttgart abwarten.
15. Mai 2007	Eröffnung des Deutschen Ärztetages in Münster – Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher geplanten Form vehement ab. Das Arzt-Patienten-Verhältnis werde durch die Speicherung sensibler Patientendaten auf zentralen Rechnern schwer beschädigt. „Der Zugriff auf die Daten und deren Missbrauch durch Dritte sind nicht sicher zu verhindern.“ Praxisabläufe würden erheblich behindert, und man fürchte, dass die Kosten auf Patienten und Ärzte abgewälzt würden.
15. Mai 2007	Reaktion der Krankenkassen auf die Erklärung der Ärzte	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung appellieren an die Ärzte, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nicht zu blockieren. Sie sehen die gemeinsame Erklärung der Ärzte als Versuch an, Druck auf die Kostenträger bei den Verhandlungen zur Finanzierung der Erstausrüstung der Praxen auszuüben. KBV und BÄK hätten bei allen Verhandlungen mit am Tisch gesessen. Die vorgetragenen Argumente gegen die Einführung der eGK seien nicht stichhaltig.
8. Mai 2007	Gemeinsame Erklärung der Ärzteverbände	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	<p>Vor dem Ärztetag äußert die Deutsche Ärzteschaft öffentlich Bedenken gegen die Einführung der e-card. Die Vertraulichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung sei nicht gewährleistet, der Nutzen für Patienten und Ärzte nicht klar. Die ersten Ergebnisse aus den Testregionen ließen befürchten, dass der Einsatz der e-card zu nicht akzeptablen Belastungen und Störungen in der Versorgung führen würde. Die Ärzte dürften nicht auf den Kosten sitzenbleiben.</p> <p>Das Thema elektronische Gesundheitskarte wird zu einem Hauptthema des Deutschen Ärztetages, auf das sich alle Verbände eingeschworen haben.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
8. Mai 2007	Gemeinsame Erklärung der Ärzteverbände	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	<p>Die gemeinsame Erklärung der deutschen Ärzteschaft ist unterzeichnet von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsverband deutscher Internisten • Bundesärztekammer • Deutscher Hausärzterverband • Gemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände • Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland • Kassenärztliche Bundesvereinigung • Marburger Bund • NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.
2./3. Mai 2007	Tagung des BMG: Förderung der medizinischen Qualitätssicherung und Ergebnisse des Modellprogramms des BMG und 2. Nationale Qualitätskonferenz des GBA	Qualitätssicherung – GKV-WSG	<p>Inhaltlich bringt die Konferenz nur wenig Neues, sie war eher eine Präsentation, eine Nabelschau des schon Erreichten. Aber die weiter bestehenden Konflikte des BMG mit der Selbstverwaltung auf dem Feld der Qualitätssicherung wurden offen ausgetragen und entzündeten sich an dem im GKV-WSG vom Gesetzgeber festgeschriebenen neuen Qualitätsinstitut.</p> <p>Rainer Hess stellt als Vorsitzender des GBA die Konfliktlinien dar. Gesetzliche Anforderung sei, dass die fachliche Unabhängigkeit der Bewerber bei Ausschreibungen gewährleistet sein müsse. Der GBA könne seine eigenen Organisationsstrukturen nicht verändern. Sie spielten aber bei der Vergabe eine Rolle. Die Frage stelle sich, ob z. B. die BÄK weiterhin Gesellschafter der BQS sein könne. Zudem müssten die Beteiligten gleichartig beteiligt sein. Interessenkonflikte müssten offen gelegt werden, und es dürfte keine Begrenzung auf einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung geben. Gäbe es keine geeigneten Bewerber, müsse man eine eigene Stiftung wie das IQWiG ins Auge fassen.</p> <p>Hans Theo Riegel als Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der BQS, die die Rolle des Qualitätssicherungsinstituts übernehmen will, macht deutlich, dass nach Auffassung der Gesellschafter die BQS alle Voraussetzungen erfülle und Kompetenz und Erfahrung besitze. Es gehe jetzt darum, eine Lösung zu finden, damit die BQS weitermachen könne. Die Trägerschaft werde überbewertet, sei historisch gewachsen, gewährleistet fachliche Unabhängigkeit. Auch finanziell sei die BQS unabhängig, die Gesellschafter müssten aber auf die Kosten achten. Die Träger säßen auch im GBA, und das garantiere die Umsetzung.</p> <p>Franz Knieps vertritt die Rechtsauffassung des BMG. Eine Vielzahl von Akteuren ringe um Einfluss, sie seien aber nicht bereit zur Kommunikation. Die BQS sei nicht gesetzlich verankert, habe aber hervorragende Arbeit geleistet. Probleme seien die Finanzierung der BQS und die Institutionenidentität mit dem GBA. Ob die BÄK Mitgesellschafter sein könne, werde zu klären sein.</p> <p>Der Gesetzgeber verlange ausdrücklich, dass bestehende Institutionen genutzt würden, aber auch, dass die Handelnden frei von Interessenskollisionen und weisungsunabhängig seien. Das werde eine schwierige Gratwanderung für die machtbewussten Akteure.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
2./3. Mai 2007	Tagung des BMG: Förderung der medizinischen Qualitätssicherung und Ergebnisse des Modellprogramms des BMG und 2. Nationale Qualitätskonferenz des GBA	Qualitätssicherung – GKV-WSG	Die hitzige Diskussion, die auf die Statements folgt, macht deutlich, mit welcher Härte die Auseinandersetzung geführt wird und wie weit die Positionen unvereinbar auseinander liegen.
17. April 2007	Deklaration über europäische Zusammenarbeit	Telematik	In einer Deklaration auf der eHealth-Konferenz 2007 in Berlin wird die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der europaweiten elektronischen Gesundheitsdienste vereinbart: Organisation, Schaffung innovativer elektronischer Gesundheitsdienste, Verbindung von Standardisierung und Sicherheit der elektronischen Gesundheitsdienste, Einbeziehung und Unterstützung der im Bereich elektronische Gesundheitsdienste tätigen Wirtschaftszweige. Praktisch beginnen England, Frankreich, Schweden, die Niederlande, Tschechien und Deutschland mit einem EU-Projekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.
26. März 2007	MB – VKA – TdL Streit um Auslegung Tarifverträge, Oberarztengruppierung	Entgelt Krankenhausärzte	Nach Angaben des MB sorgen zahlreiche Krankenhäuser mit einer "bewusst falschen" Umsetzung des arzt spezifischen Tarifvertrages für erheblichen Unmut unter den Ärztinnen und Ärzten. Offensichtlich als Retourkutsche auf die Ärztestreiks des vergangenen Jahres würden etliche Klinikarbeitsgeber bei der Tarifvertragsumsetzung „im großen Stil“ Oberärzte zu Fachärzten herabstufen. „Die Klinikarbeitsgeber prellen etliche Oberärzte um Teile ihres Gehalts, indem sie sie eine Stufe niedriger in die Entgeltgruppe für Fachärzte einordnen“, erklärt MB Hauptgeschäftsführer Armin Ehl. Die VKA weist die Kritik zurück – der Streit kann nicht beigelegt werden und führt zu Gerichtsprozessen, in denen jeweils die Merkmale der faktischen ärztlichen Tätigkeit mit dem tariflich vereinbarten Profil des Oberarztes abgeglichen werden.
23. März 2007	Pressegespräch AOK-BV und Helios Kliniken – Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten	Qualitätssicherung	Das Projekt QSR, ein Gemeinschaftsprojekt der AOK und Helios, wurde 2002 gestartet. Das WIdO, das FEISA-Institut (Universität Magdeburg) und die Helioskliniken haben einen Bericht erarbeitet. QSR nutzt die Abrechnungsdaten der AOK ab 1998 und die OPS-Angaben, Angaben über Verweildauer und Entlassungsart und Administrationsdaten, um Ergebnisqualität zu messen. Ausgewählt wurden die zehn häufigsten Tracer, es wurden Qualitätsindikatoren festgelegt.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
23. März 2007	Pressegespräch AOK-BV und Helios Kliniken – Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten	Qualitätssicherung	<p>Der QSR-Bericht enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tracerspezifische QSR-Ergebnisindikatoren, • Follow-up-Informationen, • risikoadjustierte Kennzahlen. <p>Durch QSR können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen überprüft werden, wie die, ob Reha die Pflegebedürftigkeit vermindert sowie • die Qualität einzelner Leistungserbringer, • die Qualität von Behandlungsketten, • die Ergebnisse von unterschiedlichen Behandlungsverfahren beurteilt werden. <p>Revisionsraten, langfristige Ergebnisse, Risikokonstellationen und Effekte werden sichtbar. Auch die Qualität von medizintechnischen Produkten kann überprüft werden.</p> <p>Anhand der großen Fallzahlen können Fragen der Versorgungsforschung ohne riesige multizentrische Studien und Register beantwortet werden – also ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung. Kliniken wissen erstmals, welche Ergebnisse sie haben.</p> <p>Wulf-Dietrich Leber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mache man das GKV-weit, dann könne der BQS-Aufwand eingespart werden. • Man könne auch die Daten des DRG-Instituts auswerten. • Die DKG habe massive Vorbehalte gegen die Routinedatenauswertung. Die Debatte müsse im GBA geführt werden. • QSR sei auch wichtig für den Wettbewerb. Die AOK könne fragen, wie gut welche Klinik ihre Versicherten versorgt, und dann den richtigen Partner auswählen. <p>Im nächsten Jahr sollen auch Daten für die Patienten herausgegeben werden.</p> <p>Ziel: transparent machen, für selektive Verträge nutzen und Antwort auf die Frage geben: Mit welchen Kliniken kann man vernünftige Versorgung schaffen?</p>
12. März 2007	Pressegespräch KBV und Sana-Kliniken – Kooperation mit den Sana-Kliniken – Resümee und Ausblick	Kooperationen	<p>Nach einem Jahr Vereinbarung zwischen der KBV und Sana wird eine positive Bilanz gezogen: IT, Gesundheitszentren, flächendeckende übergreifende Versorgung, auf die regionale Ebene transferiert, und etliche Projekte laufen bereits.</p> <p>Die Kooperation wird fortgeführt.</p>
8. März 2007	Sondergesundheitsministerkonferenz zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in Stuttgart	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Zur Vorbereitung der Konferenz haben die Arbeitsgruppe Krankenhauswesen und die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden einen Bericht (November 2006) und einen ergänzenden Bericht (Dezember 2006) vorgelegt. Bericht und Ergänzungsbericht sind im Wesentlichen eine Übersicht der Varianten der politischen Gestaltungsmöglichkeiten.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
8. März 2007	Sondergesundheitsministerkonferenz zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in Stuttgart	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Beschlussvorlage ist umstritten, den A-Ländern zu wenig wettbewerbsorientiert. Sie schreiben kurzfristig ein eigenes Positionspapier.</p> <p>Ergebnisse der Sonder-GMK: Unter dem Druck, eine gemeinsame Linie finden zu müssen, gehen A- und B-Länder aufeinander zu, ohne eine dezidierte Einigung zu finden. Die Formulierungen der umstrittenen Punkte wie Planung, Wettbewerb und Monistik zeigen dies deutlich.</p> <p>Der Beschluss kommt auch deshalb kaum über die Beibehaltung des Status quo hinaus.</p> <p>Perspektivisch soll ein bundesweiter Basisfallwert die Grundlage des Preissystems bilden, zuvor müssten allerdings die Erfahrungen der Landespreise ausgewertet werden. Auch über Monistik als „möglicher Alternative“ zur dualen Finanzierung könne erst nach weiterer Prüfung entschieden werden.</p> <p>Auf Grundlage dieses Beschlusses sollen die Fachbeamten der Länder bis Ende des Jahres einen erneuten Bericht vorlegen, einen Zwischenbericht bis zur nächsten, regulären GMK im Juli 2007.</p> <p>Die weitergehende Initiative der A-Länder ist nicht mehrheitsfähig.</p>
1. März 2007	Veröffentlichung des BMG	Finanzierung – Sanierungsbeitrag GKV-WSG	<p>Mit einer Pressemitteilung veröffentlicht das BMG das Finanzergebnis für das Jahr 2006. Die wichtigsten Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,73 Mrd. Euro Überschuss im Jahr 2006, etwas mehr als im Vorjahr (1,67 Mrd. Euro). • Arzneimittelparagesetz (AVWG) und steigende Beitragseinnahmen hätten gewirkt. • Die Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenanstieg habe sich immer mehr geschlossen, im 4. Quartal 2006 nur noch plus 2,6 zu plus 0,5%. Differenz im 1. Quartal 2006 noch 4,8%. • Ende 2005 Netto-Verschuldung der GKV: 0,4 Mrd. Euro; Ende 2006: positiver Vermögensbestand 1,3 Mrd. Euro. Damit gute Voraussetzungen für weitere Entschuldung. • Zuwachsraten auch im Krankenhausbereich abgeflacht (auf 2,7% im 4. Quartal). <p>Die DKG reagiert prompt: „Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen sind viel geringer gestiegen als die Koalition zur Begründung der Sanierungsabgabe der Krankenhäuser angenommen hatte. Die amtliche Statistik belegt jetzt, dass die Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser auf einer nicht zutreffenden Annahme beschlossen wurden. Die Rechtfertigung für den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von 380 Mio. Euro ist damit noch vor Inkrafttreten des Reformgesetzes endgültig entfallen.“</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
22. Feb. 2007	Gemeinsame Pressekonferenz der DKG, des VdAK, der BÄK, des Deutschen Pflegerats und der KTQ: „KTQ vergibt das 500. Zertifikat – Zukunft der Qualitätssicherung in den Kliniken“	Qualitätssicherung	Georg Baum: KTQ, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, ein gemeinsames Projekt der Selbstverwaltung, sei ein großer Erfolg. Es sei anwendbar für Häuser mit 50 Betten, für Universitätsklinika und alle Fachrichtungen, kein abstraktes technisches Verfahren, von Praktikern für Praktiker entwickelt. Es gehe über den Krankenhausbereich hinaus und sei auch in Reha und Praxen anwendbar. KTQ sei kein einmaliges Marketingereignis, sondern strukturierte Qualitätssicherung, die immer weiterentwickelt werden müsse, und gehe über die Vorgaben des Gesetzgebers hinaus. Mische sich der GBA noch weiter ein, werde KTQ sich noch weiter im Zusätzlichen engagieren. Günter Jonitz: KTQ sei ein Lernprozess nach innen, eine Führungsmethode. Es gebe inzwischen eine internationale Nachfrage.
12. Feb. 2007	Start der Kampagne des Marburger Bundes „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ mit Ursula von der Leyen	Arbeitsbedingungen – Tarifauseinandersetzungen	Von der Leyen: <ul style="list-style-type: none"> • 65 % der Medizinstudenten weiblich • Verlust von qualifizierten Arbeitskräften • Nur 7 % der Krankenhäuser haben betriebseigene Kindergärten – ein Standortvorteil • Bei Facharztmangel Voraussetzungen für Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein entscheidender Erfolgsfaktor • Investitionen brächten positive Rendite. Montgomery: Kampagne für vernünftige Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur für Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wichtig sind elektronische Erfassungssysteme, damit Teilzeit Teilzeit bleibe. Familienfreundlichkeit als entscheidendes Kriterium für die Rekrutierung von Arbeitskräften.
7. Feb. 2007	Aufruf zum Boykott der Einführungstests durch den NAV-Virchow-Bund	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Begründung für den Aufruf zum Boykott der eGK: <ul style="list-style-type: none"> • Unkalkulierbare Kostenentwicklung • Fehlende Datensicherheit • Reines Prestigeprojekt für die Industrie – nur interessiert an satten Gewinnen • Datenhoheit Patienten nicht gesichert • Arzt-Patienten-Verhältnis gefährdet.
2. Feb. 2007	Bundestag verabschiedet GKV-WSG Bundesrat – Inkrafttreten	GKV-WSG	Mit 378 zu 206 Stimmen wird der Gesetzentwurf angenommen. Es gibt aus den Reihen der Koalition 43 Neinstimmen (23 Union, 20 SPD) und 8 Enthaltungen. 22 Abgeordnete (18 von Union und SPD) nehmen an der Abstimmung nicht teil. Der Bundesrat stimmt dem Gesetz am 16.2. zu, es tritt am 1.4.07 in Kraft. Die Kritik aus dem Krankenhausbereich hält an.
19. Jan. 2007	Pressegespräch des GBA	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116 b SGB V Qualitätssicherung – Mindestmengen	Öffnung beschlossen für Hämophilie und pulmonale Hypertonie. Aus der Öffnung herausgenommen wurde das McLeod-Syndrom, weil dies nach neuen Erkenntnissen nur stationär behandelt werden kann.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
19. Jan. 2007	Pressegespräch des GBA	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116 b SGB V Qualitätssicherung – Mindestmengen	<p>Bei diesen Entscheidungen hat die Frage der Konzentration der Behandlung auf bestimmte, höchst qualifizierte Zentren eine wichtige Rolle gespielt. Weil dies problematisch ist, hat man sich auf Mindestmengen geeinigt. Mindestmengen zur Qualitätssicherung, das wird allen Beteiligten immer deutlicher, sind nur ein Hilfsmittel zur Qualitätssicherung, das aber wissenschaftlich auf tönernen Füßen steht.</p> <p>Mit dem GKV-WSG wird die Situation in mancher Hinsicht einfacher, weil die Öffnungskompetenz auf die Landesplanungsbehörden übergehen soll, die entscheiden müssen, welche Krankenhäuser oder welche Krankentypen geöffnet werden sollen.</p> <p>Die Vertreterin der DKG, Nicole Schlottmann, wehrt sich massiv gegen das neue Qualitätsinstitut. Die BQS habe weltweit die besten Daten.</p>
16. Jan. 2007	Pressekonferenz – Abschluss des Konzerntarifvertrags der Helios Kliniken und verdi.	Arbeitszeit / Entgelt / Tarifaueinander-setzungen	<p>Erster bundesweit gültiger Tarifvertrag von verdi mit einem Klinikkonzern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrifft 14.000 Mitarbeiter, 24 Kliniken eingeschlossen, nach und nach weitere 31 und die Tochterunternehmen • Rehakliniken bisher ausgeklammert • Arbeitszeit Ärzte 40 Stunden, nichtärztliche Beschäftigte 38,5 Stunden West, 40 Stunden Ost • Höchstarbeitszeit pro Tag zehn Stunden • Maximale Wochenarbeitszeit 64 Stunden • 2x12 Stunden Schichten möglich, nicht mehr als vier pro Woche, innerhalb zwei Wochen nicht mehr als acht • Opt out bis zu 60 Stunden, wenn über 40 Stunden hinaus Bereitschaftsdienst • Bei nichtärztlicher Vergütung bis Ende 2008 Angleichung Ost an West • Anerkennung PJ-Zeit • PJ-Vergütung 400 € • Finanzielle Anreize für Fort- und Weiterbildung • Zuschuss für Kinderbetreuung bis zu 100 € im Monat zwei Jahre lang • Höhere Vergütung für Assistenzärzte als im öffentlichen Dienst, Fachärzte wie im öffentlichen Dienst, Chefarztstellvertreter unter dem öffentlichen Dienst • Oberarztproblematik ungeklärt • Laufzeit 18 Monate.
10. Jan. 2007	Änderungsanträge der Koalition	GKV-WSG	<p>In mehreren Paketen bringt die Koalition Änderungen in die Ausschussberatungen ein. Besonders krankenhaushausrelevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Rehabilitation, Ausweitung und Pflichtleistung • Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln im Rahmen klinischer Prüfungen • Modifikation Integrierte Versorgung • Finanzierung elektronische Gesundheitskarte, Betrieb der Telematikinfrastruktur • Neuorganisation Gemeinsamer Bundesausschuss • Neufassung Ambulante Versorgung Krankenhaus (§ 116b) • Neufassung Qualitätssicherung • Absenkung Sanierungsbeitrag Krankenhäuser • Belegärztliche Vergütung.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
14. Dez. 2006	Tarifvertrag MB – Helios Kliniken	Tarifaufeinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	MB und Helios Kliniken vereinbaren den ersten bundesweit gültigen arzt-spezifischen Tarifvertrag im privaten Krankenhausbereich. Frank Ulrich Montgomery bezeichnet den Abschluss als weiteren wichtigen tarifpolitischen Schritt der Ärztegewerkschaft. Als positive Errungenschaft betont er die erstmalige Bezahlung der Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ).
11. Dez. 2006	Offizieller Start der 10.000er-Testphase	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	In der Region Flensburg erhalten 10.000 Versicherte die ersten eGK. Mit 25 Ärzten und zwei Krankenhäusern wird die Karte mit Lichtbild getestet. Dies sind keine Online-, sondern reine Offline-Tests.
21. Nov. 2006	Gemeinsame Pressekonferenz des VdAK, des IKK-BV, der KBV, der DKG und des PKV-Verbandes	GKV-WSG	Die Allianz gegen die Gesundheitsreform stellt eine Mängelliste vor. Bei den Anhörungen sei deutlich geworden: Niemand wolle diese Reform, aber in der gesetzlichen Umsetzung wären erhebliche Mängel, auch verfassungsrechtlicher Art: <ul style="list-style-type: none"> • Regelungen zur Kasseninsolvenz • Regelungen zu den Nichtversicherten • Zusatzbeitrag • Pfändung – Pfändungsgrenze • Finanzautonomie der Kassen reiche nicht zur Verhinderung von Insolvenz • Unvereinbar mit Sozialrecht • Leistungsbeschränkung bei Folgekosten – Einführung des Verschuldungsprinzips • Behandlungspflicht verfassungswidrig • Unwandlung GBA rechtswidrig • Vergütungsregelungen utopisch • Zweimalige Abstaffelung • Krankenhaussonderabgabe • Regelungen Krankenhausapotheke • Basistarif • Portabilität PKV. <p>Zentrale Vorwürfe: Verstaatlichung und Unpraktikabilität, Kommissariatssystem.</p> <p>Die Fundamentalopposition bleibt erhalten, aber die Berliner Allianz beginnt, Nachbesserungsarbeiten einzufordern.</p>
7. Nov. 2006	EU-Ministerrat der Arbeitsminister	Arbeitszeit	Die EU-Arbeitsminister einigen sich erneut nicht auf eine Reform der Arbeitszeitregelung. Bezüglich des Opt-outs kann kein Kompromiss zwischen den Befürwortern und Gegnern gefunden werden. U. a. Frankreich und Italien bestehen auf einem konkreten Enddatum für das Auslaufen des Opt-outs.
6. Nov. 2006	Gemeinsame Pressekonferenz der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der KBV und der DKG	GKV-WSG	GKV, KBV und DKG, alle Mitunterzeichner der Berliner Erklärung gegen die Gesundheitsreform, signalisieren der Öffentlichkeit, dass sie gemeinsam kämpfen werden. Die vorgetragenen Positionen sind bekannt, es ist mehr das Signal gemeinsamen Vorgehens, das Stärke demonstrieren soll. Allerdings fehlen etliche Unterzeichner der Berliner Erklärung auf dem Podium dieser Pressekonferenz.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Okt. 2006	Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) 2./3. Lesung Bundestag 2. Durchgang Bundesrat Inkrafttreten zum 1.1.07 1. Lesung GKV-WSG	Liberalisierung ärztliche Tätigkeit / ambulanzstationär / integrierte Versorgung	Mit einer Reihe weiterer Änderungsanträge wird das VÄndG verabschiedet. Die letzten Auseinandersetzungen beziehen sich auf die Entschuldungsregelungen bzw. das GKV-WSG. In der Folge billigt der Bundesrat das Gesetz, es tritt wie geplant zum 1.1.07 in Kraft. Ebenfalls am 27.10. findet die 1. Lesung des GKV-WSG statt
25. Okt. 2006	Pressekonferenz der DKG zum anstehenden Kabinettsbeschluss	GKV-WSG	Die DKG zeigt sich enttäuscht von der Gesundheitsreform und übt herbe Kritik: „Für das System ist das ein Tag der Trauer“. Es würden neue Verschiebebahnhöfe geschaffen. Die Steuerzuschüsse, die nun zurückgenommen würden, wären zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen gedacht gewesen und das bei steigenden Einnahmen aus der Tabaksteuer. Krankenhäuser seien nicht Sanierungsmasse für den Bundeshaushalt. Die Krankenhäuser lehnten den Fonds grundsätzlich ab, er steigere nur den bürokratischen Aufwand und löse kein Problem. Eine jährliche Beitragsfestsetzung führe zu permanenter Kostendämpfung, Kassenwettbewerb zu Leistungsverweigerungswettbewerb, Selbstverwaltungsstrukturen würden zerschlagen, demnächst Staatskommissare entscheiden. Der Verbotsvorbehalt werde fallen, die Leistungserbringer geschwächt. Forderungen der DKG: <ul style="list-style-type: none"> • Rücknahme der Kürzungen des Krankenhausbudgets in Höhe von 500 Mio. €. • Steuerzuschuss an GKV um erwartete Erhöhung des Steueraufkommens anheben. • Die aus dem Gesundheitswesen fließende erhöhte MwSt. in das Gesundheitswesen zurückfließen lassen.
18./23. Okt. 2006	Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) Anhörungen Gesundheitsausschuss Bundestag	Liberalisierung ärztliche Tätigkeit / ambulanzstationär / integrierte Versorgung	Mit einem umfangreichen Änderungspaket gehen die Beratungen zum VÄndG in die abschließenden parlamentarischen Beratungen. Strittig sind vor allem Regelungen, die als Vorschaltregelungen zum GKV-WSG beschlossen werden sollen, insbesondere zur Entschuldung der Krankenkassen. Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung wird um ein Jahr (2008) verlängert. Mit einem weiteren Änderungsantrag wird der Gesetzentwurf als zustimmungsfrei deklariert.
13. Okt. 2006	Neuer Streit um Tarifvertrag Unikliniken	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	Die Redaktionsverhandlungen um den Tarifvertrag MB/Unikliniken verlaufen konfliktiv. Nach einem Möllring-Interview seien die Redaktionsverhandlungen gescheitert. Hauptknackpunkt sei, so der Marburger Bund, die Bezahlung der beschlossenen Arbeitszeiterhöhung von 38,5 auf 42 Wochenstunden. Montgomery droht mit erneuten Arbeitskämpfmaßnahmen an Unikliniken. Ende Oktober legen MB und TdL ihren Redaktionsstreit bei.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
13. Okt. 2006	GKV-WSG Gemeinsame Erklärung der Verbände	GKV-WSG	Die Spitzenverbände der Krankenkassen und weite Teile der Leistungserbringer boykottieren die kurzfristig angesetzte Anhörung zum Referentenentwurf im BMG.
12. Okt. 2006	Rechtsverordnung des BMG – Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Diese Verordnung ist eine Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie legt die Einbeziehung von Komponenten und Einrichtungen, Spezifikationen, Betriebsverantwortung und einen Migrationsplan fest, der die genauen Abläufe, ihre Umgebung und die jeweiligen Eckdaten exakt beschreibt.
11. Okt. 2006	Investitionsstau – Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE	DRGs – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>In der kurzen Antwort beschreibt das BMG die nächsten notwendigen Schritte in der Krankenhauspolitik, auch mit Blick auf die Sondergesundheitsministerkonferenz am 8. März in Stuttgart.</p> <p>Deren Themen werden umrissen:</p> <p>Finanzierung Betriebskosten, Finanzierung der Investitionsfinanzierung, Krankenhausplanung, Sicherstellungsauftrag.</p> <p>Die Frage nach dem Investitionsstau wird nicht beantwortet, die Bundesregierung sei dafür nicht zuständig.</p> <p>Kommentar der Fraktion DIE LINKE: „Die Bundesregierung lässt sich leider nicht dazu herab, auf die Frage nach der Höhe der angestauten Investitionskosten einzugehen. Auch hinsichtlich einer zukünftigen monetarischen Finanzierung geht die Bundesregierung davon aus, dass die Krankenkassen für die zusätzliche Belastung eine Kompensation erhalten müssten. Allerdings lässt der antwortende Parlamentarische Staatssekretär des BMG offen, in welchem Umfang und durch wen das geschehen soll.“</p>
28. Sep. 2006	DRG-Katalog für 2007 – Informationsveranstaltung der DKG	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	DKG, Spitzenverbände der GKV und PKV-Verband einigen sich auf die maßgeblichen Bausteine des Fallpauschalensystems für 2007 – auf der Basis des InEK-Vorschlags. Erneut ist also keine Ersatzvornahme des BMG nötig.
15. Sep. 2006	BKK zur Onlineprüfung der Versichertenstammdaten	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Einen wichtigen Schritt in Richtung schnelle Datenübertragung bei der Gesundheitskarte meldet der BKK-Bundesverband: Informationen des Versicherten wie Name, Geburtsdatum, Krankenkasse oder Versicherten- bzw. Zahlungstatus – kurz die Versichertenstammdaten – können innerhalb weniger Sekunden online überprüft werden.
6. Sep. 2006	Koalition verschiebt Inkrafttreten GKV-WSG	GKV-WSG	<p>Aufgrund der heftigen Proteste verlängert die Koalition die Beratungen und verschiebt den Termin des Inkrafttretens vom 1.1. auf den 1.4.07. Die Krankenhausthemen spielen allerdings bei den scharfen Auseinandersetzungen um das GKV-WSG bis zum Schluss kaum eine Rolle.</p> <p>Verhandelt wird lange Zeit nur auf Basis „nicht mit der Leitung des BMG abgestimmter“ Arbeitsentwürfe, die sukzessive weiterentwickelt werden. Erst am 12.10. wird offiziell ein Referentenentwurf verschickt.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
1. Sep. 2006	BMG veröffentlicht Finanzergebnis für 1. Halbjahr 2006	Finanzierung	Das BMG verwendet auch die sich abflachende Ausgabensteigerungsrate der Krankenhäuser zur Rechtfertigung des „Sanierungsbeitrags“: „Auch bei den Krankenhäusern hat sich der hohe Zuwachs von 5,8 Prozent aus dem 1. Quartal abgeflacht und lag im 1. Halbjahr noch bei 4,4 Prozent. Vorschnelle Schlussfolgerungen, die den Anstieg bei den Krankenhausaussgaben auf die Einführung der Fallpauschalen zurückzuführen, sind sicherlich fehl am Platz. Gleichwohl ist nach Zuwachsraten von jeweils deutlich über 3 Prozent in 2005 und über 4 Prozent im 1. Halbjahr 2006 die mit der Gesundheitsreform vorgesehene Absenkung der Landes-Basisfallwerte um 1 Prozent im Jahr 2007 ein Sparbeitrag der Krankenhäuser erforderlich, um die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren.“
17. Aug. 2006	VKA und Marburger Bund einigen sich – Ende der Streiks in kommunalen Krankenhäusern	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	Nach acht Wochen Streik setzt der MB auch gegen die VKA einen arzt spezifischen Tarifvertrag durch. Unmittelbar nach diesem Tarifabschluss kündigt der MB an, jetzt mit den privaten und freigemeinnützigen Kliniken arzt spezifische Tarifverträge abschließen zu wollen.
17. Aug. 2006	Gesundheitsreform 2007 1. Arbeitsentwurf für GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	GKV-WSG	Mit der in die Öffentlichkeit gelangten 1. Fassung zur gesetzestechnischen Umsetzung der Eckpunkte beginnen heftigste Auseinandersetzungen mit fast allen Betroffenen. Die Gesundheitsreform erhält den Namen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“. Hauptkritikpunkte von Krankenhauseite: <ul style="list-style-type: none"> • Pauschaler Budgetabzug von 1 Prozent • Keine Überwindung der Sektorengrenzen, auch nicht in der Integrierten Versorgung • Entmachtung der Gremien der Selbstverwaltung • Keine dauerhafte Lösung der Einnahmeproblematik, bürokratischer Gesundheitsfonds.
3. Aug. 2006	Initiative der Privatkliniken zur Sicherstellung der belegärztlichen Versorgung im DRG-System	Ambulant/Stationär – DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	Das Thema Vergütung der Belegärzte und Belegarztvergütung im DRG-System wird virulent. In einigen Regionen, die auf belegärztliche Versorgung angewiesen sind, droht die belegärztliche Versorgung auszulaufen.
31. Juli 2006	Marburger Bund verschärft Streiks in kommunalen Krankenhäusern Tarifverhandlungen der VKA mit ver.di – wieder ein Abschluss ohne den MB	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	Die VKA verhandelt unter Geheimhaltung mit ver.di und dem dbb. Der Marburger Bund bleibt außen vor. Ähnliches hat schon die TdL getan. Dies hat seinerzeit die Streiks an den Universitätskrankenhäusern eher noch verschärft. Auch an den kommunalen Krankenhäusern wird dies nicht zu einer Entspannung der Streiksituation beitragen, sind doch die meisten Ärzte im Marburger Bund und nicht bei ver.di organisiert. Schon am 1. August kommen die Verhandlungen zu einem Abschluss, den der MB vehement ablehnt. Die Streiks eskalieren weiter.

This page intentionally left blank

Teil V

Daten und Analysen

(Kapitel 15–19)

This page intentionally left blank

15 Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz

Jörg Friedrich, Gregor Leclerque und Katrin Paschen

Abstract

Im Rahmen der G-DRG-Einführung wurde mit der sogenannte Konvergenzphase eine Übergangsperiode vorgesehen, an deren Ende idealtypischerweise eine landeseinheitliche Vergütungshöhe für DRG-Entgelte umgesetzt ist. Als Folge einer Budgetumverteilung zwischen den Krankenhäusern eines Bundeslandes nähern sich die hausinternen Basisfallwerte der Krankenhäuser kontinuierlich an den jeweiligen Landesbasisfallwert an. Der vorliegende Beitrag untersucht ausgehend vom Basisjahr 2004, wie weit dieser Konvergenzprozess bis 2006 bereits fortgeschritten ist und ob die tatsächliche Entwicklung der idealtypischen Vorstellung entsprochen hat. Tatsächlich ist festzustellen, dass die Konvergenz der hausindividuellen BFW gegen die LBFW vorangeschritten ist. Allerdings folgt die Annäherung auf der Ebene des Einzelhauses nicht notwendigerweise der idealtypischen Vorgabe, sondern unterliegt auch anderen Einflussfaktoren, wie z. B. den jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen. Dabei überwiegt die Zahl der Krankenhäuser, die im Lauf der Zeit von der BFW-Angleichung profitieren. Zudem lässt sich für das Jahr 2006 zeigen, dass der Konvergenzprozess nicht aufkommensneutral erfolgt ist.

In the context of the G-DRG introduction, the so-called convergence phase is a period of transition which is to result in uniform DRG payments for each federal state. As a consequence of a re-distribution of budgets between the hospitals of a federal state, hospital-specific base rates continuously approach the base rate of the respective state. Starting from the year 2004, the article examines how the convergence process has progressed until 2006 and whether the actual development corresponded to the conception. The convergence of the hospitals' individual base rates has indeed progressed toward the base rates of the federal states. However, the approximation does not necessarily follow the ideal default on the level of the individual hospital, but is subject to other factors as well, such as the annual revisions of the G-DRG catalogue. It can be stated that the greater number of hospitals profit from the adjustment of base rates in the course of time. Besides, it can be shown for the year 2006 that the sum of gains outweighs the sum of losses, resulting in an increase of the overall hospital budget.

15.1 Einführung

Mit dem Fallpauschalengesetz wurde im Jahr 2001 der Grundstein für eine grundlegende Umgestaltung der Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland gelegt. Vorrangiges Instrument ist die Einführung von DRGs zum Zwecke der Einzelfallvergütung wie auch der Budgetfindung. Seit Januar 2003 rechnen die ersten Kliniken ihre Leistungen mit DRGs ab. Ab 2004 wurde die Anwendung für alle Krankenhäuser verpflichtend.¹

Auf diese Weise ist eine gemeinsame Klassifikation in Verbindung mit einem einheitlichen Maßstab für einen Großteil der erbrachten stationären Leistungen entstanden. Dies ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass gleiche Leistungen perspektivisch auch gleich vergütet werden können, mit der Konsequenz, dass Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Leistungserbringern verbessert werden.

Dieser einheitliche Maßstab drückt sich in den Bewertungsrelationen (BR) oder auch Relativgewichten je DRG aus, die als ein Ergebnis der jährlichen Überarbeitung des G-DRG-Systems durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert werden.² Der Casemix (CM) stellt die Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses bzw. eines Landes dar und repräsentiert das Leistungsvolumen bewertet nach dem jeweils gültigen G-DRG-Katalog. Maßgeblich für die Vergütung des Einzelfalls ist der Basisfallwert (BFW) des Krankenhauses, der sich aus dem DRG-Budget eines Krankenhauses geteilt durch dessen Casemix berechnet. Ein überdurchschnittlicher Basisfallwert ist somit ein Indikator für ein unwirtschaftlich hohes Budget im entsprechenden Krankenhaus, für unterdurchschnittliche gilt dies invers. Diese Deutung setzt voraus, dass das jeweils verwendete G-DRG-System den Aufwand der Leistungen sachgerecht abbildet.

Der Umstieg auf das neue Finanzierungssystem war in den ersten Jahren für die Krankenhäuser budgetneutral. Mit dem Jahr 2005 begann der Einstieg in die Konvergenzphase bis 2009, in der sich die Budgets der einzelnen Krankenhäuser schrittweise dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert (LBFW) annähern. In der Folge kommt es auf Landesebene zu einer Umverteilung von Budgetanteilen von Krankenhäusern mit einem überdurchschnittlichen Basisfallwert hin zu solchen Einrichtungen mit unterdurchschnittlichem Preisniveau.

Nach einer kurzen Einführung in die Mechanismen der Budgetkonvergenz untersucht der vorliegende Beitrag deren Auswirkungen auf die vereinbarten Budgets der betroffenen Krankenhäuser für die Jahre 2004 bis 2006. Dabei werden auch die Teile des Krankenhausbudgets berücksichtigt, die nicht von der Konvergenz betroffen sind. Gleiches gilt für Einflussfaktoren jenseits des gesetzlich vorgeschriebenen Konvergenzmechanismus.

¹ Geregelt in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der tatsächliche Umstieg auf eine Abrechnung nach DRGs erfolgt erst nach Abschluss einer Budgetvereinbarung nach § 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG). Für 1 586 KH ist dies bis Dezember 2004 gelungen. Im Januar 2004 lag die Zahl noch bei 1 059.

² Siehe Beitrag Röder et al. in diesem Band.

15.2 Der Mechanismus der Budgetkonvergenz

Für DRG-Krankenhäuser sind im Rahmen der Budgetverhandlungen als ein zentrales Element einer Vereinbarung die amtlichen Formulare gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) auszufüllen: Die „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB).³ Der Mechanismus der Budgetkonvergenz ist dort im Formular B2 abgebildet.⁴ Kernelement ist die Gegenüberstellung des bestehenden Ausgangsbudgets des Krankenhauses mit einem errechneten Zielbudget.

Der wichtigste Bestandteil dieses Zielbudgets berechnet sich aus dem vereinbarten Casemix für DRG-Leistungen multipliziert mit dem gültigen Landesbasisfallwert. Dabei sind auch die Leistungen für Überlieger am Jahresbeginn sachgerecht zu berücksichtigen, deren tatsächliche Vergütung auf Basis des G-DRG-Katalogs des Vorjahres erfolgt. Diese Summe wird um das vereinbarte Budget für bundesweit einheitlich bepreiste Zusatzentgelte aufgestockt. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Leistungen für hochspezialisierte Leistungen, die bezüglich ihres Volumens bislang noch von nachrangiger Bedeutung sind, sowie Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Das gegenübergestellte Krankenhausbudget beschränkt sich entsprechend auf die genannten Budgetpositionen.⁵

Der aus der Gegenüberstellung des tatsächlichen Budgets mit dem Zielbudget resultierende Differenzbetrag wird Jahr für Jahr um einen vorgegebenen Anteil abgeschmolzen. Bezogen auf die Gesamtkonvergenz in Höhe von 100% betragen die Anteile 15% im Jahr 2005, in den Jahren 2006, 2007 und 2008 jeweils 20% und schließlich 2009 die verbliebenen 25%.⁶

Krankenhäuser oberhalb des Landesbasisfallwerts geben folglich in der Konvergenzphase Budgetanteile ab und werden daher im Weiteren als „Verlierer“ bezeichnet. Krankenhäuser, die während der Konvergenzphase hinzugewinnen, werden im Weiteren mit „Gewinner“ umschrieben. Verlierer erhalten vor und während der Konvergenzphase für eine identische Leistung eine höhere Vergütung als die Gewinner. Ihre Verliererposition bezieht sich also auf den Vergleich mit ihrer eigenen Situation vor der Konvergenzphase. Gegenüber den übrigen stationären Leistungserbringern sind sie bezüglich der Vergütungshöhe im Vorteil.

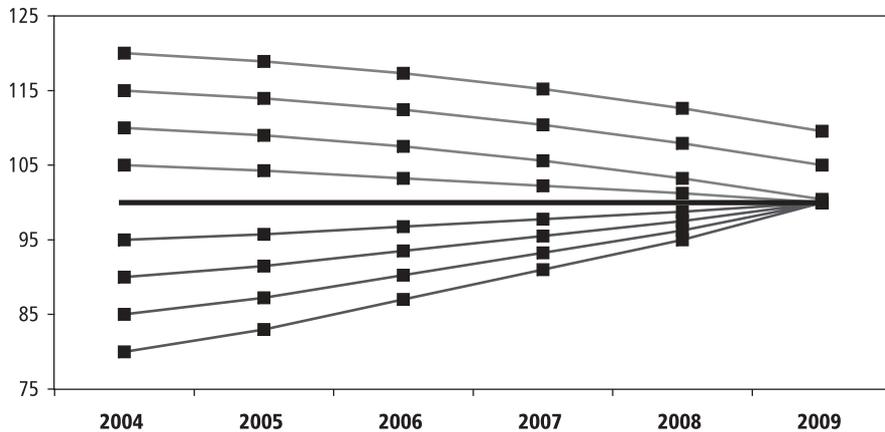
3 Die AEB umfasst nicht das gesamte Budget eines Krankenhauses. Unberücksichtigt bleiben z. B. Investitionskosten, Leistungen in psychiatrischen Fachabteilungen, ambulante Operationen nach §115b SGB V, Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP) sowie zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen, welche allesamt gesondert finanziert werden und nur in Teilen budgetiert sind.

4 Die ausgeschriebene Bezeichnung des Formulars B2 lautet: „Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2005“.

5 Der Zielwert, und damit die Konvergenz, berücksichtigt demnach nicht alle Budgetpositionen, die über die AEB erfasst werden. Unberücksichtigt vom Konvergenzprozess bleiben tages- oder fallbezogene Sonstige Entgelte, Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG, ein großer Teil der teilstationären Leistungen, Besondere Einrichtungen sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Diese werden bezüglich ihrer Vergütungshöhe auch weiterhin hausindividuell vereinbart.

6 Bezogen auf die jeweilige jährliche Differenz betragen die Prozentsätze 15% im Jahr 2005, 23,5% 2006, 30,8% 2007 und 44,4% 2008. Geregelt in § 4 Abs. 5 KHEntgG.

Abbildung 15–1

Idealtypische Darstellung der Konvergenz von Basisfallwerten gegen den LBFW, indexiert auf 2004

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Aus der Berechnungsmechanik erschließt sich die außerordentlich hohe Bedeutung der jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen auf den Konvergenzprozess. Werden die Leistungen eines einzelnen Krankenhauses im Rahmen einer Revision deutlich aufgewertet oder partizipiert diese Einrichtung überdurchschnittlich an neu eingeführten bundeseinheitlichen Zusatzentgelten, so steigt auch das Zielbudget entsprechend an. Somit könnte diese Einrichtung ohne Leistungsveränderungen von einem Konvergenzverlierer zum Gewinner werden und umgekehrt.

Bei der Berechnung der Budgetanpassung ist die Obergrenzenregelung zu beachten, welche die Budgetminderung der Verlierer auf folgenden Anteil des Budgets begrenzt: 1% im Jahr 2005, 1,5% im Jahr 2006, 2% im Jahr 2007, 2,5% im Jahr 2008 und 3% im Jahr 2009.⁷ Verlierer, die aufgrund der Obergrenzenregelung vor einer kompletten Umsetzung der Konvergenzschritte bewahrt werden, werden im Weiteren als „Geschonte“ bezeichnet. Eine spiegelbildliche Regelung, welche Zuwächse für die Gewinner begrenzt, existiert nicht.

Da geschonte Krankenhäuser oberhalb des Landesbasisfallwerts nicht den gesamten Konvergenzschritt umsetzen, Budgeterhöhungen aber komplett realisiert werden, muss die Summe der geschätzten Schonbeträge, die in Folge der Obergrenze bei den Geschonten verbleiben, bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden. In der Folge wird der LBFW nach unten korrigiert, damit der Saldo aus positiven und negativen Budgetanpassungen ausgeglichen wird. Anderenfalls würden die Konvergenzgewinner in der Summe mehr Budgeterhöhung erhalten, als den Verlierern abgezogen wird.⁸

⁷ Geregelt in: § 4 Abs. 6 KHEntgG.

⁸ Siehe Günster (2005).

Abbildung 15–1 illustriert den idealtypischen Verlauf der Konvergenzphase mit der Annäherung der hausindividuellen BFW gegen den LBFW, an dessen Ende aufgrund der Obergrenzenregelung nicht alle Krankenhäuser den Landesbasisfallwert erreicht haben werden. Unter Fortschreibung der 1 654 für das Jahr 2006 vorliegenden Vereinbarungen lägen ca. 200 Krankenhäuser 2009 weiterhin oberhalb des LBFW.

Zentrale Annahmen sowohl dieser Schätzung als auch der idealtypischen Darstellung in Abbildung 15–1 gehen an der Realität vorbei: Die Landesbasisfallwerte, das G-DRG-System sowie die vereinbarten Leistungsvolumina werden nämlich jeweils als konstant unterstellt. Tatsächlich aber verändern sich diese für die Konvergenz wichtigen Determinanten im Zeitverlauf, sodass in der Folge der reale Verlauf vom idealtypischen abweicht. Die Auswirkungen dieser Veränderungen werden in den folgenden Kapiteln näher untersucht.

15.3 Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

15.3.1 Datenbasis

Die hier vorliegenden Analysen basieren auf den Vereinbarungs-AEBs der Jahre 2004, 2005 und 2006 für diejenigen 1 487 Krankenhäuser, die über den gesamten Zeitraum beobachtet werden konnten. Diese Zahl entspricht ca. 94 % derjenigen Häuser, die bis Mai 2005 auf die DRG-Abrechnung umgestiegen und im gesamten Zeitraum als eingeständige Einrichtung am Markt präsent, also nicht von Fusionen, Marktzu- oder -abgang betroffen waren.

15.3.2 Gewinner und Verlierer der Konvergenz

Im Jahr 2005 zählte mit 53,3 % die Mehrzahl der betrachteten 1 487 Einrichtungen zu den Konvergenzgewinnern. Sie erhielten eine positive Budgetanpassung von insgesamt 183,2 Mio Euro, während die Verlierer der Budgetkonvergenz des Jahres 2005 insgesamt 179,1 Mio Euro Budget abgeben mussten. Knapp die Hälfte (48,6 %) der Verlierer wurde aufgrund der Obergrenzenregelung von der kompletten Umsetzung des Konvergenzschrittes verschont. Ohne die Obergrenzenregelung hätten sie bei identischem Landesbasisfallwert weitere 85,5 Mio Euro Budgetabsenkung hinnehmen müssen (Tabelle 15–1).

Im Folgejahr ist der Anteil der Gewinner auf 59,4 % angestiegen, während der Anteil der geschonten Einrichtungen an den Verlierern auf 42,1 % zurückging. Dies ist eine Folge der geänderten Obergrenzenregelung: Während 2005 die maximale Budgetabsenkung auf 1 % beschränkt war, stieg diese Grenze im Jahr 2006 auf 1,5 %. Somit sank die Wahrscheinlichkeit, dass die Obergrenze überhaupt greift. Greift sie jedoch, ist die negative Budgetanpassung naturgemäß größer und der Schonbetrag entsprechend kleiner als bei einer geringeren Obergrenze. Der Schonbetrag sank entsprechend gegenüber 2005 um 9,7 Mio Euro auf 75,8 Mio Euro. Aus geringeren Schonbeträgen resultieren wiederum auch höhere Landesbasisfall-

Tabelle 15–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte 2005 und 2006

Anteile der Krankenhäuser			
	Gewinner	Verlierer	davon: geschont
2005	53,3%	46,7%	48,6%
2006	59,4%	40,6%	42,1%
Budgetanpassung			Schonbetrag
2005	183,2 Mio €	–179,1 Mio €	84,5 Mio €
2006	323,5 Mio €	–187,0 Mio €	75,8 Mio €
Simulation: Anteile der Krankenhäuser bei LBFW o. Obergrenzenregelung			
2005	63,2%	36,8%	–
2006	65,3%	34,7%	–

Krankenhaus-Report 2007

Wido

werte. Je höher das Niveau des LBFW ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verlierer unter die Obergrenzenregelung fällt.

Während 2005 der Saldo aus positiven und negativen Budgetanpassungen mit 4,0 Mio Euro sehr gering ausfiel, standen den 187,0 Mio Euro Budgetabsenkung der Verlierer 2006 323,5 Mio Euro Budgeterhöhung seitens der Konvergenzgewinner gegenüber. Der Differenzbetrag von 136,5 Mio Euro kommt einem Mittelzufluss von 0,3% des Gesamtbudgets gleich. Zumindest für die hier beobachteten 1 487 Krankenhäuser lässt sich feststellen, dass die Landesbasisfallwerte im Vorfeld überhöht vereinbart wurden. Ob der Mittelzufluss dauerhaft bei den Krankenhäusern verbleibt, hängt allerdings von zukünftigen Berichtigungen und Ausgleichen der Landesbasisfallwerte ab.

Die sachgerechte Berücksichtigung der Obergrenzenregelung führt zwangsläufig zu einer Absenkung des Landesbasisfallwerts, mit der Konsequenz, dass der Anteil der Gewinner ceteris paribus kleiner wird. In den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte werden die berücksichtigten Korrekturen festgehalten, daher lässt sich nicht nur der vereinbarte Wert ohne Berücksichtigung der Obergrenzenregelung, sondern auch deren Auswirkungen auf die Gewinner- und Verliererquoten ermitteln: Demnach wären ohne Obergrenzenregelung im Jahr 2005 63,2% (statt 53,3%) der beobachteten Einrichtungen in den Genuss einer Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz gekommen. Dies entspräche 148 zusätzlichen Gewinnern, alle übrigen Gewinner hätten wegen des höheren LBFW eine größere Budgeterhöhung erhalten. Die geschonten Einrichtungen hätten allerdings im Gegenzug den kompletten Konvergenzschnitt vollziehen müssen. Für das Jahr 2006 wäre die Gewinnerquote von 59,4% auf 65,3% gestiegen, was 88 zusätzlichen Budgetgewinnern gleichkäme.

15.3.3 Abstand zum LBFW

Für die Definition, ob es sich auf Einzelhausebene um Konvergenzgewinner oder -verlierer handelt, ist das Vorzeichen der Budgetanpassung im jeweiligen Jahr entscheidend, nicht jedoch die Höhe. Im Folgenden sollen die betrachteten Kranken-

Tabelle 15–2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

Gruppe	2005			Weiterentwicklung 2006		
	Anzahl KH	durchschn. Bettenzahl	Grenzen der Positionierung gegen-über LBFW 2005	davon: Statuswechsler von 2005 nach 2006	entspricht	Annäherung an den LBFW in 2006
V5	139	302	–12,1 %	3	2,2%	75,5 %
V4	139	378	–7,9%	8	5,8%	71,9%
V3	139	429	–4,8%	18	12,9%	79,9%
V2	139	370	–1,8%	44	31,7%	75,5%
V1	139	373	0,0%	79	56,8%	72,7%
G1	158	293	0,0%	42	26,6%	41,8%
G2	159	297	2,5 %	11	6,9%	47,2 %
G3	158	270	5,5 %	3	1,9%	57,6 %
G4	159	256	9,5 %	4	2,5%	71,7 %
G5	158	152	15,7 %	1	0,6%	85,4 %
Verlierer	695	370		152	21,9%	75,1 %
Gewinner	792	253		61	7,7%	60,7 %
Gesamt	1 487	308		213	14,3%	67,5 %

Krankenhaus-Report 2007

Wido

häuser gegenüber dem jeweiligen Landesbasisfallwert des Jahres 2005 positioniert werden. Zu diesem Zweck wird die aus einer angenommenen „Spontankonvergenz“ resultierende prozentuale Budgetanpassung berechnet, also aus der sofortigen Konvergenz ohne die gesetzlich festgeschriebenen Angleichungsschritte.⁹ 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.¹⁰

Auf Basis dieser Positionierung werden zehn Gruppen gebildet, die im Weiteren näher untersucht werden sollen. Bei diesen Gruppen handelt es sich um die Gewinnerquintile mit den Bezeichnungen G1–G5 und die Verliererquintile V1–V5. Die Ordnungszahl an letzter Stelle gibt den relativen Abstand zum jeweiligen LBFW wieder: Je größer dieser Wert, desto größer ist deren Abstand. Bei der Gruppe V5 handelt es folglich um die 20% der Verlierer des Jahres 2005, die am weitesten vom LBFW entfernt lagen. Diese Krankenhäuser hätten bei Spontankonvergenz im Jahr 2005 mindestens 12,1% ihres Budgets abgeben müssen (Tabelle 15–2). Die Gruppe V1, die

9 Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“ / B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“.

10 An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

dem LBFW am nächsten liegende Gruppe der Verlierer, befindet sich in einem Korridor zwischen 0,0% und 1,8% oberhalb des LBFW.

Die Distanz der Konvergenzgewinner zum Landesbasisfallwert ist etwas größer als die der Verlierer: Die entfernteste Gruppe G5 hätte bei Spontankonvergenz im Jahr 2005 mindestens 15,7% mehr DRG-Budget erhalten.

In Tabelle 15–2 ist ersichtlich, dass es sich bei den Verlierern des Jahres 2005, nach denen hier die Gruppen geschnitten wurden, nach Bettenzahlen um die im Durchschnitt größeren Einrichtungen handelt. Eine Darstellung nach Budgetvolumen stützt diese Aussage und findet sich in Abschnitt 15.4.1. Im Budgetjahr 2006 finden sich zunehmend größere Einrichtungen unter den Konvergenzgewinnern.¹¹

15.3.4 Statuswechsler

In der beobachteten Gruppe wechseln 213 Einrichtungen vom Jahr 2005 nach 2006 ihren Status zwischen Budgetgewinner und -verlierer; das entspricht 14,3%. Diese werden im Weiteren als „Statuswechsler“ bezeichnet. Die Zahl der Verlierer des Jahres 2005, die im Folgejahr eine Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz erhielten, übersteigt die Zahl der Krankenhäuser mit umgekehrter Entwicklung. Der größte Teil dieser Statuswechsler befindet sich erwartungsgemäß in einem Korridor mit relativer Nähe zum LBFW, allerdings ist auch zu beobachten, dass Einrichtungen aus den entferntesten Gruppen V5 und G5 im Folgejahr ihren Status verändern (Tabelle 15–2).

Betrachtet man das Gesamtergebnis aus Budgeterhöhungen und -reduktionen für die einzelnen Krankenhäuser über die beiden Jahre 2005 und 2006, so stellt sich die Gruppe der Statuswechsler, die zunächst Budget abgeben und dann 2006 zugewinnen, über zwei Jahre als Budgetgewinner dar. Dieses Ergebnis liegt auch in der Veränderung der Konvergenzschritte zwischen den beiden Jahren begründet. Im ersten Jahr als Verlierer mussten diese Einrichtungen 15% des Anpassungsschrittes umsetzen und wurden ab einer Obergrenze von 1% geschont. Im Folgejahr können sie dagegen 23,5% der rechnerisch positiven Budgetanpassung realisieren.

Für die Statuswechsler in die andere Richtung resultiert in der Zweijahresbetrachtung eine negative Budgetanpassung aus der Konvergenz. Im ersten Jahr als Gewinner realisieren sie nur 15% des rechnerischen Anpassungsbetrags, im folgenden Jahr geben sie aber 23,5% ab. Zudem greift die Obergrenzenregelung der maximalen Budgetreduzierung erst bei 1,5%.

Somit entspricht der bisherige Verlauf der Konvergenzphase nicht dem Idealbild, in dem ein Konvergenzverlierer seinen Status bis zum Erreichen des LBFW beibehält. Vielmehr gibt es zahlreiche Einflussfaktoren auf die Budgetentwicklung, die es ermöglichen, den Status zu wechseln. Einige davon werden im Weiteren noch näher untersucht werden.

¹¹ Siehe Krankenhaus-Directory im Krankenhaus-Report 2006 im Vergleich zu dieser Ausgabe sowie Friedrich et al. (2007).

15.3.5 Annäherung an den Landesbasisfallwert 2006

Das Idealbild der Konvergenzphase in Abbildung 15–1 suggeriert eine stetige Annäherung an den Landesbasisfallwert. Tatsächlich lässt sich für 67,5% der hier untersuchten Krankenhäuser feststellen, dass sie im Jahr 2006 näher am LBFW lagen als im Vorjahr, 32,5% haben sich dagegen vom LBFW entfernt (Tabelle 15–2).

Besonders auffällig ist die Weiterentwicklung der Gruppen G1 und G2, also derjenigen Gewinner des Jahres 2005 mit relativer Nähe zum Landesbasisfallwert. Von diesen Krankenhäusern hat sich bei deutlich mehr als der Hälfte die Distanz zum Landesbasisfallwert vergrößert.

15.4 Allgemeine Budgetentwicklung

15.4.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

Für alle betrachteten Einrichtungen ist über den Zeitraum von 2004 bis 2006 eine positive Budgetentwicklung für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte von +4,0% festzustellen.¹² Mit Ausnahme der Gruppe V5 im Wechsel von 2005 nach 2006 ist für alle Gruppen in allen Perioden ein Budgetanstieg zu verzeichnen. Dass dieser für Verlierer geringer ausfällt als für Gewinner, liegt in der Logik der Konvergenz begründet (Tabelle 15–3).

Budgetzuwächse bei Konvergenzverlierern resultieren z.B. aus der BAT-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.¹³ Vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Konvergenzverlierern definitionsgemäß um Einrichtungen handelt, die sich nach Abbildung im aktuellen G-DRG-System als unwirtschaftlich darstellen, ist die Vereinbarung dieser budgeterhöhenden Einflüsse nicht unumstritten.¹⁴

Zudem besteht im Rahmen der AEB die Möglichkeit, Leistungsveränderungen budgetwirksam umzusetzen. Deren Beitrag auf die allgemeine Budgetentwicklung sowie den Konvergenzprozess wird im Weiteren noch detaillierter ausgeführt.

Nicht zuletzt haben die Veränderungen der Landesbasisfallwerte von 2005 nach 2006 einen Einfluss auf die allgemeine Budgetentwicklung. 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

12 Bei den hier dargestellten Budgetinformationen handelt es sich um die Werte ohne Ausgleich für die Abweichungen der Ist-Erlöse vom vereinbarten Budget aus Vorperioden. Zu hier nicht berücksichtigten Budgetpositionen siehe Fußnote 3.

13 Geregelt in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntG und § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V. Die Vereinbarungen BAT-Ost-West-Angleichung lagen für 2006 bei maximal 1% bezogen auf die Gesamtkosten. Die Veränderungsrate lag für 2006 bei 0,63%.

14 Vgl. die Beschlüsse der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen Berlin vom 13.04.2006 sowie der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen in Hessen vom 29.01.2007.

Tabelle 15-3

Budgets für die Vergütung nach DRG, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach Konvergenzverlierern und -gewinnern (V5 bis G5)

	Budgets für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte					
	absolut (in Mio €)			Veränderung (in %)		
	2004	2005	2006	2005 zu 2004	2006 zu 2005	2006 zu 2004
V5	4 189,9	4 212,2	4 208,3	0,5	-0,1	0,4
V4	5 566,9	5 573,5	5 647,7	0,1	1,3	1,5
V3	6 104,9	6 103,2	6 164,3	0,0	1,0	1,0
V2	4 890,2	4 951,7	5 042,2	1,3	1,8	3,1
V1	4 586,9	4 662,0	4 734,5	1,6	1,6	3,2
G1	3 832,0	3 924,0	4 023,5	2,4	2,5	5,0
G2	3 795,5	3 930,0	4 119,4	3,5	4,8	8,5
G3	3 484,4	3 556,2	3 703,5	2,1	4,1	6,3
G4	3 182,4	3 295,3	3 436,9	3,5	4,3	8,0
G5	1 657,3	1 732,8	1 864,3	4,6	7,6	12,5
Verlierer	25 338,7	25 502,6	25 796,9	0,6	1,2	1,8
Gewinner	15 951,7	16 437,8	17 147,5	3,0	4,3	7,5
Summe	41 290,4	41 940,4	42 944,4	1,6	2,4	4,0

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

ohne Leistungsveränderungen) und aus budgetwirksamen Leistungsveränderungen auf die hausindividuellen Vereinbarungen bereits bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts korrekt prognostiziert wurden.

Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit zwischen den Perioden wurden die Budgets der Jahre 2004 und 2005 um solche Budgetanteile bereinigt, die in den Folgejahren aus der AEB-Systematik ausgegliedert wurden. Diese Teilbudgets werden im folgenden Kapitel im Detail aufgeschlüsselt.

15.4.2 Budgetbereinigungstatbestände

Mit dem Einstieg in die Konvergenzphase im Jahre 2005 wurden die AEB-Budgets um solche Bereiche bereinigt, die nicht an der Konvergenz über den Landesbasisfallwert teilnehmen sollen. Dabei handelt es sich insbesondere um die Budgets für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung, um Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte sowie für die Aufnahme von Begleitpersonen.¹⁵ Wäre dies nicht erfolgt, würde bei zwei Einrichtungen mit identischem Leistungsgerüst diejenige Einrichtung in der Konvergenz unwirtschaftlicher erscheinen, die z. B. eine Ausbildungsstätte betreibt. Um die Vergleichbarkeit der Budgets über alle drei Jahre herzustellen, wurden diese Budgetbereinigungen auch für die jeweiligen Vorjahre vorgenommen. Somit beschreiben die oben genannten Werte durchgängig die Bud-

¹⁵ Geregelt in § 4 Abs. 4 (KHEntgG).

Tabelle 15-4

**Berücksichtigte Budgetbereinigungstatbestände für die Gewinner- und Verliererquin-
tile; absolut (in Mio €) und als Anteil am Gesamtbudget (in %)**

	Zuschlagsbudgets		Ausbildung		Leistungsverlagerungen			
	2005	2005	2005	2005	2005	2006	2006	2006
V5	22,2	0,5%	71,4	1,7%	25,2	0,6%	15,9	0,4%
V4	28,0	0,5%	101,0	1,8%	29,0	0,5%	11,8	0,2%
V3	27,4	0,4%	110,7	1,8%	6,2	0,1%	11,9	0,2%
V2	25,5	0,5%	92,8	1,9%	13,0	0,3%	5,0	0,1%
V1	20,3	0,4%	96,0	2,1%	6,9	0,1%	1,7	0,0%
G1	18,7	0,5%	83,6	2,1%	6,2	0,2%	3,9	0,1%
G2	17,8	0,5%	76,6	1,9%	7,2	0,2%	4,3	0,1%
G3	14,8	0,4%	78,2	2,2%	6,8	0,2%	2,6	0,1%
G4	14,4	0,4%	75,1	2,3%	6,9	0,2%	4,1	0,1%
G5	5,8	0,3%	33,7	1,9%	2,7	0,2%	1,8	0,1%
Verlierer	123,3	0,5%	471,9	1,9%	80,4	0,3%	46,2	0,2%
Gewinner	71,4	0,4%	347,1	2,1%	29,8	0,2%	16,8	0,1%
Summe	194,7	0,5%	819,0	2,0%	110,2	0,3%	63,0	0,1%

Krankenhaus-Report 2007

Wido

gets exklusive dieser Zu- und Abschläge. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt in der Folge in Form von Zuschlagsbudgets, die zusätzlich neben den hier beschriebenen existieren. Im Jahr 2005 wurden mit 194,7 Mio Euro ca. 0,5% der Budgets für die Zuschlagsbudgets Zentren/Schwerpunkte und Begleitpersonen ausgliedert, mit 818,9 Mio Euro weitere 2,0% für die Vergütung der Ausbildung und Ausbildungsstätten (Tabelle 15-4).

Zudem wurden Verlagerungen in andere Leistungsbereiche vereinbart. Dabei handelt es sich i. d. R. um die Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Operationen bzw. konservative ambulante Behandlungen. Zumindest für den Bereich der ambulanten Operationen gilt, dass große Teile der ausgegliederten Leistungen auch danach in den entsprechenden Krankenhäusern erbracht werden. Über Art und Höhe dieser Budgets liegen allerdings keine Informationen vor. Diese Leistungsverlagerungen wurden ebenfalls für die vorangegangenen Budgetjahre herausgerechnet; die Vergütung erfolgt für die Leistungsbereiche, die weiterhin am Krankenhaus erbracht werden, über separate Budgets. Im Jahr 2005 wurden mit 110,2 Mio Euro ca. 0,3% des Budgets zur Erbringung in anderen Leistungsbereichen ausgliedert und im Jahr 2006 mit 62,9 Mio Euro weitere 0,1%.

Diese Budgetpositionen existieren additiv zu den hier dargestellten und entwickeln sich nach der Ausgliederung aus dem AEB-Budget unabhängig von der Budgetkonvergenz im DRG-Bereich weiter.

15.4.3 Leistungsveränderungen

Im Rahmen der Budgetverhandlungen besteht die Möglichkeit, Leistungsveränderungen budgetwirksam zu vereinbaren. Diese Veränderungen haben einen starken Einfluss auf den Konvergenzmechanismus. Dies liegt darin begründet, dass vereinbarte Mehrleistungen in das Leistungsgerüst – und damit in den Zielwert der Budgetkonvergenz – zu 100 % eingehen, in das Krankenhausbudget vor Konvergenz aber nur anteilig. Die anteilige Anrechnung auf das Krankenhausbudget steigt während der Konvergenzphase an: 21,2 % in 2005, 34,7 % in 2006, 49,4 % in 2007 und 64,0 % in 2008 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts.

Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 BR, so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 21,2\%$ (2005).¹⁶ Steigt der Casemix stärker als das Budget, so sinkt der hausindividuelle BFW vor Konvergenz. Und damit ändert sich auch der Abstand zum LBFW mit den entsprechenden Wirkungen auf die Budgetanpassung im Konvergenzprozess.¹⁷ Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs wirkt genau entgegengesetzt.

Für die hier betrachteten Einrichtungen ist von 2005 nach 2006 festzustellen, dass der Anteil der Krankenhäuser mit vereinbarter Leistungssteigerung von 39,9 % auf 54,9 % anstieg (Tabelle 15–5). Die in den Jahren 2005 und 2006 vereinbarten Leistungserweiterungen entsprechen +0,4 % bzw. +0,7 % des Gesamtbudgets. In absoluten Zahlen war dies ein Anstieg von 183,4 Mio Euro im Jahr 2005 auf 299,7 Mio Euro im Jahr 2006, was einem Zuwachs von 63,4 % entspricht. Der zusätzlich vereinbarte Casemix blieb dagegen von 2005 nach 2006 mit –0,2 % nahezu konstant. Die ansteigende Budgetwirksamkeit der Mehrleistungen von 21,2 % in 2005 auf 34,7 % in 2006 zeigt hier Wirkung. Vor dem Hintergrund der weiter steigenden Anrechnungsquoten bis 2009 ist eine steigende Dynamik in diesem Bereich wahrscheinlich.

Die Budgetverlierer vereinbaren ihre positiven Leistungsveränderungen später als die Gewinner. Während der Anteil der Verlierer mit vereinbarten Leistungssteigerungen von 37,0 % in 2005 auf 58,6 % in 2006 anstieg, veränderte sich die Quote für die Gewinner von 42,4 % auf 51,8 % langsamer. Neben einer Vielzahl von Parametern, die bei einer Entscheidung für oder gegen die Vereinbarung von Mehrleistungen zu beachten sind, unterscheiden sich Gewinner und Verlierer in der Höhe ihres BFW. Da Mehrleistungen mit dem LBFW bewertet werden, ist dies für Gewinner vergleichsweise attraktiver, weil deren BFW definitionsgemäß unterhalb des LBFW liegt. Damit konnte die verglichen mit 2006 niedrigere Budgetanrechnungsquote von 21,2 % in 2005 in Teilen kompensiert werden.

Eine ungleiche Verteilung der vereinbarten Mehrleistungen zwischen Gewinnern und Verlierern wirkt auch auf die Spreizung zwischen den BFW: Vereinbaren Gewinner Leistungssteigerungen in einem größeren Maße als Verlierer, so nimmt die Spreizung zu, weil die BFW der Gewinner stärker fallen als die der Verlierer.

¹⁶ Geregelt in § 4 Abs. 4 (KHEntgG).

¹⁷ Das 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.

Tabelle 15–5

Vereinbarte Leistungsveränderungen 2005 und 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile

	Vereinbarte Leistungsveränderung				Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungsveränderung	
	Absolut (in Mio €)		Anteil am Budget (in %)		(in %)	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
V5	-9,3	24,3	-0,2	0,6	23,7	48,2
V4	36,1	50,3	0,6	0,9	35,3	59,0
V3	19,6	37,6	0,3	0,6	38,8	63,3
V2	24,5	44,0	0,5	0,9	44,6	58,3
V1	19,1	26,5	0,4	0,6	42,4	64,0
G1	21,0	29,4	0,5	0,7	41,8	58,2
G2	22,0	31,2	0,6	0,8	49,7	57,9
G3	13,4	26,7	0,4	0,8	39,9	53,8
G4	23,8	26,9	0,7	0,8	45,3	54,1
G5	13,4	2,9	0,8	0,2	35,4	34,8
Verlierer	89,9	182,6	0,4	0,7	37,0	58,6
Gewinner	93,5	117,1	0,6	0,7	42,4	51,8
Summe	183,4	299,7	0,4	0,7	39,9	54,9

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Umgekehrt ist die Spreizung rückläufig, da die BFW der Gewinner schwächer fallen als die der Verlierer.

15.4.4 Budgetverteilung

Bei der Betrachtung der Verteilung des Budgets auf die Bereiche DRG, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte ist erwartungsgemäß festzustellen, dass der überwiegende Anteil auf die über DRGs vergüteten Leistungen entfällt. Dieser war von 2004 bis 2006 leicht rückläufig, nämlich von 97,6% auf 96,1%. Für die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 sank der Anteil folgerichtig stärker als bei den Gewinnern, da auf diesen Budgetbereich die Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert originär wirkt (Tabelle 15–6).

Bei sonstigen Entgelten handelt es sich um Leistungen, die das InEK im G-DRG-Katalog des jeweiligen Jahres zwar eindeutig definiert hat und die somit auch von der Grouper-Software ermittelt werden, für die aber keine bundesweiten Bewertungsrelationen kalkuliert wurden bzw. werden konnten. Die Gründe können in einer zu niedrigen Fallzahl bzw. fehlender Kostenhomogenität in der Kalkulationsstichprobe liegen.¹⁸ Zudem finden sich hier die Leistungen für die Ausnahmebereiche der besonderen Einrichtungen und teilstationären Behandlungsformen, allerdings nicht für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Aufgrund der

18 Vgl. InEK (2004), S. 15.

Tabelle 15–6

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2004 bis 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

	DRG			Sonstige Entgelte			Zusatzentgelte		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
V5	96,1	94,1	93,6	3,0	3,6	3,5	0,9	2,3	2,9
V4	96,3	94,1	93,6	2,7	3,6	3,5	1,0	2,3	2,9
V3	96,7	94,4	94,5	2,4	2,8	2,3	1,0	2,7	3,2
V2	98,0	96,3	96,3	1,4	2,1	1,8	0,5	1,6	2,0
V1	97,6	96,4	96,6	1,9	2,3	1,8	0,4	1,3	1,5
G1	98,9	97,7	97,6	0,9	1,5	1,4	0,3	0,8	1,0
G2	98,6	97,7	97,8	1,2	1,6	1,3	0,2	0,8	0,9
G3	98,5	97,8	98,0	1,3	1,4	1,1	0,2	0,8	0,9
G4	99,1	98,4	98,5	0,7	0,9	0,7	0,2	0,7	0,8
G5	97,6	97,2	97,5	2,1	2,1	1,7	0,3	0,7	0,8
Verlierer	96,9	95,0	94,9	2,3	2,9	2,6	0,8	2,1	2,5
Gewinner	98,6	97,8	97,9	1,2	1,4	1,2	0,2	0,7	0,9
Summe	97,6	96,1	96,1	1,8	2,3	2,0	0,6	1,6	1,9

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

fehlenden bundesweiten Bewertungsrelationen sind alle sonstigen Entgelte in ihrer Höhe hausindividuell zu vereinbaren. Sie können sowohl als tagesgleiches Entgelt als auch in Form einer Fallpauschale vereinbart werden und nehmen nicht an der Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert teil.

Der budgetmäßige Anteil der sonstigen Entgelte am Gesamtvolumen der Leistungen stieg von 2004 nach 2005 insgesamt von 1,8% auf 2,0% an. Dieser Gesamtanstieg geht maßgeblich auf die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 zurück, die schon 2004 mit im Schnitt 2,3% einen größeren Anteil an sonstigen Entgelten aufwiesen als die Gewinner mit 1,2%. Bei den Mitgliedern der Gruppen V1–V5 entwickelte sich dieser Anteil auf 2,6% in 2006, während er bei den Gewinnergruppen G1–G5 im Mittel bei 1,2% verblieb.

Aufgrund der jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen variieren Art und Umfang der sonstigen Entgelte. Im Wechsel von 2005 nach 2006 konnte ein Großteil der teilstationären Dialysen aus dem Budgetbereich der sonstigen Entgelte erfolgreich hin zu einer Vergütung nach DRGs überführt werden. Diese G-DRG-Katalogänderung hat entsprechende Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Budgets für sonstige Entgelte ab 2006 und deren Anteil am Gesamtbudget. Betrachtet man die relativen Veränderungen der Budgets für sonstige Entgelte von 2005 nach 2006, so sanken diese um –11,7%; für den Gesamtzeitraum 2004–2006 ist aber immer noch eine Steigerung um 12,7% festzustellen. Unter Ausschluss der teilstationären Dialysen zeigt sich eine Budgetentwicklung für sonstige Entgelte von +6,9% von 2005 nach 2006 und von +40,8% im Zweijahresvergleich 2004–2006 (Tabelle 15–7).

Tabelle 15–7

Sonstige Entgelte mit und ohne teilstationäre Dialysen 2004 bis 2006

	absolut (in Mio €)			Veränderung (in %)		
	2004	2005	2006	2005 zu 2004	2006 zu 2005	2006 zu 2004
inkl. teilstationäre Dialyse	770,0	982,4	867,7	27,6	-11,7	12,7
exkl. teilstationäre Dialyse	616,0	811,4	867,3	31,7	6,9	40,8

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Bei Zusatzentgelten handelt es sich um solche Leistungen, die additiv zu einer DRG oder einem sonstigen Entgelt abgerechnet werden können. In diesem Pool finden sich zum einen solche Leistungen, die vom InEK im G-DRG-Katalog des jeweiligen Jahres eindeutig definiert und mit einem bundeseinheitlichen Preis versehen werden. Da sie in der Zielwertberechnung für die Budgetkonvergenz im Formular B2 der AEB Berücksichtigung finden, erfolgt für diese Leistungen eine Konvergenz gegen einen bundeseinheitlichen Preis und nicht gegen den Landesbasisfallwert. Im Pool finden sich allerdings auch Zusatzentgelte, die vom InEK zwar definiert, aber nicht kalkuliert wurden und die wie die fall- und tagesbezogenen sonstigen Entgelte individuell zu vereinbaren sind. Gleiches gilt auch für Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen (HSL). Alle hausindividuellen Zusatzentgelte sind von der Budgetkonvergenz grundsätzlich ausgenommen.

Mit der im Zeitverlauf steigenden Zahl an definierten Zusatzentgelten in den G-DRG-Katalogen¹⁹ ist auch ein Anstieg des vereinbarten Budgetvolumens für diesen Entgeltbereich zu erwarten. Tatsächlich haben sich die vereinbarten Teilbudgets für Zusatzentgelte der hier untersuchten Krankenhäuser (Tabelle 15–6) im Zeitverlauf von 2004 bis 2006 mit einer Steigerung von 0,6 % auf 1,9 % des Gesamtbudgets um 1,3 Prozentpunkte oder 238,3 % mehr als verdreifacht, und zwar von 236,5 Mio auf 799,9 Mio Euro. Dabei ist der größere Teil auf den Wechsel von 2004 auf 2005 zurückzuführen, für den ein Anstieg um 178,8 % zu verzeichnen ist. Aber auch beim Übergang in das Jahr 2006 ist die Budgetentwicklung von +21,3 % sehr dynamisch.

Die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 weisen bereits 2004 mit im Schnitt 0,8 % einen größeren Anteil an Zusatzentgelten auf als die Gewinner mit 0,2 %. Die Mitglieder der Gruppen V1–V5 entwickelten diesen Anteil auf 2,5 % im Jahr 2006, in den Gewinnergruppen G1–G5 stieg der Wert im Mittel auf 0,9 % (Tabelle 15–6).

Die folgende Darstellung folgt nicht mehr der Logik von Entgeltarten, sondern der Art der Teilnahme an der Budgetkonvergenz. Das DRG-Budget entwickelt sich im Rahmen der Konvergenz in Abhängigkeit vom Landesbasisfallwert. Sein Anteil am Gesamtbudget ist von 97,6 % in 2004 auf 96,1 % in 2006 leicht rückläufig (Tabelle 15–8).

Der Anteil der Zusatzentgelte, die mittels eines bundeseinheitlichen Preises an der Budgetkonvergenz beteiligt sind, stieg in der Summe von 0,2 % auf 1,2 %. Hier

19 Vgl. Heimig (2004) und Heimig (2005) sowie Beitrag Roeder et al. in diesem Band.

Tabelle 15–8

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %) 2004 bis 2006

	Konvergenz gegen Landesbasisfallwert			Konvergenz gegen bundesweiten Preis			Keine Konvergenz: hausindividuelle Preise		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
V5	96,1	94,1	93,6	0,2	1,4	1,7	3,7	4,5	4,7
V4	96,3	94,1	93,6	0,2	1,4	1,8	3,6	4,5	4,6
V3	96,7	94,4	94,5	0,2	1,7	1,9	3,1	3,9	3,5
V2	98,0	96,3	96,3	0,2	1,0	1,2	1,8	2,7	2,5
V1	97,6	96,4	96,6	0,2	0,9	1,0	2,2	2,7	2,4
G1	98,9	97,7	97,6	0,1	0,5	0,7	1,0	1,8	1,7
G2	98,6	97,7	97,8	0,1	0,6	0,6	1,3	1,8	1,6
G3	98,5	97,8	98,0	0,1	0,6	0,7	1,4	1,6	1,4
G4	99,1	98,4	98,5	0,1	0,5	0,6	0,8	1,1	0,9
G5	97,6	97,2	97,5	0,1	0,5	0,5	2,3	2,3	2,0
Verlierer	96,9	95,0	94,9	0,2	1,3	1,6	2,9	3,7	3,5
Gewinner	98,6	97,8	97,9	0,1	0,5	0,6	1,3	1,7	1,5
Summe	97,6	96,1	96,1	0,2	1,0	1,2	2,3	2,9	2,7

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

sind für die Verlierergruppen V1–V5 stark überdurchschnittliche Anteile festzustellen. Ein hoher Anteil dieser Zusatzentgelte sichert trotz der Konvergenz gegen einen bundesweit gültigen Preis ein entsprechend höheres Budget, als wenn diese Leistungen nicht vereinbart worden wären. Denn die Vereinbarung von Zusatzentgelten als isolierter Vorgang hat keinen Einfluss auf die Höhe des Casemixes, der multipliziert mit dem Landesbasisfallwert die wichtigste Determinante des Zielbudgets im Rahmen der Budgetkonvergenz darstellt. Mit steigendem Volumen an Zusatzentgelten steigt in der Folge auch das Zielbudget. Für Konvergenzverlierer resultierte hieraus eine geringere Budgetminderung. Für die Konvergenzgewinner führten höhere Anteile an Zusatzentgelten zwar auch zu einem höheren Zielbudget und damit zu einer größeren Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz. Hier ist allerdings zu vermuten, dass deren Gestaltungsdruck aufgrund ihres Status geringer ausgeprägt ist. Zudem sind die im Durchschnitt kleineren Einrichtungen der Konvergenzgewinner vermutlich nicht im selben Umfang in der Lage, die spezialisierten Leistungen, die über Zusatzentgelte abgebildet werden, anzubieten.

Der Anteil der Budgetposten, die aufgrund einer hausindividuellen Vereinbarung nicht an der Budgetkonvergenz teilnehmen, stieg von 2,3% in 2004 auf 2,7% in 2006. Dass sich auch für diesen Bereich ein überdurchschnittlicher Anteil in den Verlierergruppen V1–V5 findet, ist ebenfalls folgerichtig. Das Bestreben, Budgetanteile aus der Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert zu Gunsten einer hausindividuellen Preisgestaltung auszugliedern, ist naturgemäß bei Einrichtungen, die bei der Abbildung im DRG-Budget als unwirtschaftlich gelten, entsprechend stärker ausgeprägt als bei solchen Krankenhäusern, die mit einer Budgeterhöhung im Rah-

men der Konvergenz rechnen können. Aber auch hier gilt, dass den im Durchschnitt größeren Einrichtungen in den Verlierergruppen V1–V5 größere Möglichkeiten zu unterstellen sind, Leistungsbereiche wie besondere Einrichtungen oder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzubieten als den vergleichsweise kleineren Einrichtungen in den Gewinnergruppen.

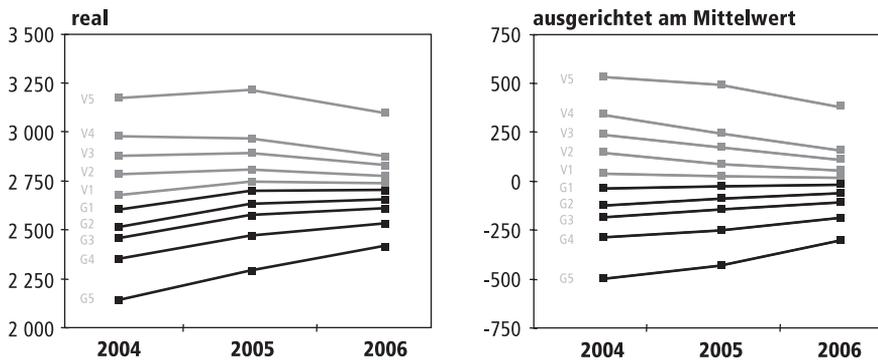
15.5 Entwicklung der Basisfallwerte

Es wurde bereits festgestellt, dass die Konvergenz auf Einzelhausebene nicht immer dem idealtypischen Bild der Abbildung 15–1 folgt. Betrachtet man die Entwicklung der Basisfallwerte ohne Ausgleiche auf Ebene der zehn untersuchten Gruppen im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass die Spannweite zwischen den BFW der Gruppen V5 und G5 deutlich sank.²⁰ Betrug die Differenz zwischen V5 und G5 2004 noch 1 031 Euro, so war sie 2006 bereits auf 683 Euro gesunken (Tabelle 15–9).

Abbildung 15–2 illustriert den Verlauf der Basisfallwerte auf zwei Arten. Die rechte Darstellungsform orientiert sich durch die Herausrechnung von Niveaufeffekten an der idealtypischen, während die linke den realen, wenngleich bereinigten Verlauf wiedergibt.²¹ Dass die Niveaus von 2004 nach 2005 zunächst deutlich an-

Abbildung 15–2

Bereinigte Basisfallwerte ohne Ausgleiche für die untersuchten Gruppen, links real, rechts ausgerichtet am Mittelwert (V1, G1)



Krankenhaus-Report 2007

WlD0

20 Auch hier handelt es sich um den Wert ohne Ausgleiche für die Abweichungen der Ist-Erlöse vom vereinbarten Budget aus Vorperioden.

21 Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit zwischen den Perioden wurden die im Abschnitt 15.4.2 „Budgetbereinigungstatbestände“ genannten Korrekturen auch für die Berechnung der BFW herangezogen. Für Leistungsverlagerungen (B2 Position 5) gelingt dies allerdings nicht, da in den AEB-Unterlagen keine entsprechenden Leistungsvolumina dokumentiert sind, sondern nur der monetäre Ausgliederungsbetrag. Ohne Informationen über das ausgegliederte Leistungsvolumen lässt sich der BFW nicht um diesen Effekt bereinigen.

Tabelle 15–9

Spannweite der BFW zwischen den Gruppen V5 und G5 2004 bis 2006

	absolut (in €)			Veränderung von 2004 nach 2006 (in €)
	2004	2005	2006	
BFW	1 031	921	683	– 348
o. Konvergenz m. Leistungsveränderungen	1 031	1 034	948	– 83
o. Konvergenz o. Leistungsveränderungen	1 031	943	893	– 138

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

stiegen, im Wechsel von 2005 nach 2006 aber konstant blieben, ist maßgeblich auf die Umstellung der InEK-Verfahren zur Normierung des G-DRG-Systems zurückzuführen.²²

Die beobachtete rückläufige Spannweite zwischen den BFW der Gruppen V5 und G5 während der Konvergenzphase entspricht den Erwartungen. Um den Einfluss der vereinbarten Leistungsveränderungen und der G-DRG-Katalogrevisionen näher zu bestimmen, werden in zwei Berechnungsschritten zunächst die Auswirkungen der Budgetkonvergenz und dann zusätzlich die der vereinbarten Leistungsveränderungen aus den BFW eliminiert (Tabelle 15–9).

Dabei zeigt sich, dass auch ohne die Effekte der gesetzlich vorgegebenen Budgetkonvergenz eine Annäherung der BFW zu beobachten ist, wenngleich auch deutlich schwächer ausgeprägt. Die Spannweite sank zwischen den Gruppen V5 und G5 im betrachteten Zeitraum um –83 Euro von 1 031 Euro auf 984 Euro. Allerdings ist auch festzustellen, dass die Spannweite von 2004 nach 2005 zunächst zunimmt.

Nach Herausrechnung der Effekte aus vereinbarten Leistungsveränderungen konvergieren die BFW wieder durchgängig und in der Summe deutlicher: Die Spannweite zwischen den Gruppen V5 und G5 reduziert sich nun von 1 031 Euro auf 893 Euro. Dieser Rückgang der Spreizung um –138 Euro ist eine Anhaltzahl für die unterstützenden Wirkungen der G-DRG-Katalogrevisionen auf den Konvergenzprozess. Die Katalogänderungen im Zeitverlauf entlasten die Verlierer, indem sie deren Leistungen tendenziell aufwerten und damit ihr Zielbudget erhöhen.²³ In der Folge reduzieren sich sowohl deren Abstand zum LBFW wie auch die negative Budgetanpassung. Für die Konvergenzgewinner gilt dies andersherum; sie werden wegen der tendenziellen Abwertung ihres Leistungsvolumens durch die Katalogwechsel belastet.

Die ungleiche Verteilung der vereinbarten Mehrleistungen zwischen Gewinnern und Verlierern wirkt dagegen in Richtung einer stärkeren Spreizung, also gegen die Konvergenz der Basisfallwerte. Setzte sich der von 2005 nach 2006 festzustellende Trend fort, dass Verlierer einen späteren Zeitpunkt für die Vereinbarung von Mehrleistungen wählen, könnte sich dieser Effekt umkehren.

22 Vgl. Leber/Wolff (2007), S. 60, InEK (2005), S. 14, Heimig (2004), Folie 10 sowie Heimig (2005), Folien 51–56.

23 Vgl. Heimig (2004), Folie 116, sowie Heimig (2005), Folie 121.

15.6 Fazit

Im Ergebnis ist festzustellen, dass mit Einstieg in die Konvergenzphase die Mehrzahl der betroffenen Krankenhäuser von der Budgetumverteilung profitiert. Zudem steigt der Anteil der Gewinner im Zeitverlauf an. Die Krankenhaus-Basisfallwerte als Indikatoren für das hausindividuelle Preisniveau verhalten sich erwartungsgemäß und nähern sich aneinander an. Zwar sind alle Häuser gleichermaßen dem Konvergenzmechanismus unterworfen, dessen Effekte können aber auf Ebene der Einzelhäuser durch andere Einflussfaktoren kompensiert werden. Vereinbarte Leistungsveränderungen und G-DRG-Katalogrevisionen sind wichtige Ursachen dafür, dass Krankenhäuser häufig nicht dem idealtypischen Verlauf der Konvergenz folgen. Dieser Umstand erschwert die Vereinbarung sachgerechter Landesbasisfallwerte, bei denen alle Entwicklungen auf Einzelhausbene im Vorfeld geschätzt werden müssen. Der unausgeglichene Saldo aus den Anpassungsbeträgen des Jahres 2006 ist ein Indiz dafür, dass dies nicht immer gelingt. Den gleichen Restriktionen unterliegen auch Prognosen über die Situation zum Ende der Konvergenz.

Von der insgesamt positiven Budgetentwicklung profitieren die Konvergenzgewinner naturgemäß überproportional. Aber auch die Gruppen der Budgetverlierer weisen fast durchgängig positive Veränderungsraten ihrer Budgets auf. Erst mit dem Wechsel von 2005 nach 2006 ist für die Gruppe der dem LBFW entferntesten Verlierer eine Budgetreduzierung festzustellen. Dies ist auch eine Folge der stetig steigenden Anpassungsschritte und der rückläufigen Schutzmechanismen aus der Obergrenzenregelung.

Bei der Verteilung der Teilbudgets zeichnet sich trotz erfolgreicher Überführung vormals hausindividuell zu vereinbarenden Leistungen in den G-DRG-Katalog eine deutliche Vergrößerung DRG-fremder Budgetanteile ab. Der bundesweite Anteil von Zusatz-, insbesondere aber der von sonstigen Entgelten ist in der vorliegenden Untersuchung unterschätzt, da solche Einrichtungen unberücksichtigt bleiben, die als besondere Einrichtung ausschließlich hausindividuelle Entgelte vereinbaren und somit von den Wirkungen der Konvergenz gänzlich befreit sind.

Eine vertiefende Analyse zur Rolle der Landesbasisfallwerte im Kontext der allgemeinen Budgetentwicklung steht derzeit noch aus. Überdies existieren seit 2005 weitere Budgetpositionen, die unabhängig von den Regeln der Budgetkonvergenz in der Folge eine eigene Dynamik entwickeln werden. Hierbei ist sowohl an Budgetposten zu denken, die aus dem Budget ausgegliedert wurden – wie beispielsweise die Ausbildungsvergütung – als auch an solche, die neu hinzugekommen sind, namentlich die Zuschläge für die Abschaffung des AIP und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Mit verbesserter Datenlage können hierzu Analysen folgen, welche das Gesamtbild komplettieren.

15.7 Literatur

- Carter GM, Newhouse JP, Relles DA. Has DRG Creep Crept Up? Decomposing the Case Mix Index Change Between 1987 and 1988. R-4098-HCFA/ProPAC, 1991.
- 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.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. f&w 04/2007; 425–7.
- Fischer W. Grundzüge von DRG-Systemen. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer 2001; 13–31.
- Günster C, Mansky T, Repschläger U. Das deutsche DRG-Entgeltsystem. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004; 43–67.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg), Bonn 2005.
- Heimig, F. „G-DRGs2005“ Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig, F. „G-DRGs2006“ Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- InEK. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr 2005. Teil I Projektbericht. Siegburg den 12. Dezember 2004.
- InEK. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr 2006. Teil I Projektbericht. Siegburg den 20. Dezember 2005.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum G-DRG-System 2007. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft 2007; 47–83.
- Krankenhaus-Report 2006. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser im Jahr 1 der Budgetkonvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 365–434.

16 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2005

Ute Bölt

Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik für das Berichtsjahr 2005 zusammen. Die Krankenhausstatistik ist eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Dargestellt werden die Ergebnisse zu den Grunddaten (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal, Patientenbewegungen) und den Kostendaten (Personal- und Sachkosten) der Krankenhäuser. Die erstmalig für das Berichtsjahr 2005 veröffentlichte fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) wird, wie die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten sowie die Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 17–19).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2005. The survey is carried out annually since 1991 and provides an overview of the structural and financial development of German hospitals and rehabilitation facilities, their organisational units, staff and equipment and the services rendered. The DRG statistics, which was published for the first time for the year 2005, as well as the diagnosis statistics for hospital patients and the data on rehabilitation facilities can be found in extra chapters (see chapter 17–19).

16.1 Vorbemerkung

16

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

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; ab Berichtsjahr 2005 wird die Fachserie 12 um die Reihe 6.4 (DRG-Statistik) erweitert. Seit dem Berichtsjahr

Darüber hinaus wurden für das Berichtsjahr 2005 erstmalig Ergebnisse der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (Diagnosis Related Groups Statistic – DRG) veröffentlicht. Die DRG-Statistik ergänzt 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 Diagnosen der Krankenhauspatienten erfolgt in Kapitel 17.

Rechtsgrundlage ist die 1990 in Kraft getretene und im Jahr 2001 erstmalig novellierte Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung war erforderlich geworden, um die Erhebung an veränderte Gegebenheiten im Bereich der stationären Versorgung anzupassen.² Im ersten Berichtsjahr (1990) beschränkte sich die Erhebung im Rahmen der Grunddaten auf die sachliche Ausstattung und die Patientenbewegungen im Krankenhaus (ohne Personal) sowie auf die Kostendaten im früheren Bundesgebiet. 1991 wurden erstmalig auch Personaldaten erhoben und die neuen Bundesländer in die Erhebung mit einbezogen.

Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 17 im Krankenhaus-Report 2006 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Zudem werden Ergebnisse zu den im Zuge der Novellierung der Rechtsgrundlage in die Erhebung neu aufgenommenen Merkmalen präsentiert. Dazu gehören z. B. die ambulanten Operationen und die Differenzierung der Rechtsform bei Krankenhäusern öffentlicher Träger.

An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2005 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 16.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 16.3). Dabei wird auf die sachliche, personelle und fachlich-medizinische Ausstattung der Krankenhäuser eingegangen. Im Weiteren werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen präsentiert (Abschnitt 16.4). Abschließend werden die im Zusammenhang mit der Krankenhausleistung entstandenen Kosten (Abschnitt 16.5) dargestellt.

2002 werden die Fachserien ausschließlich digital und kostenlos beim Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes (<http://www.destatis.de/publikationen>) veröffentlicht. Die Grund- und Kostendaten für die Jahre 1990 bis 1998 stehen als PDF-Datei zur Verfügung, die Berichtsjahre ab 1999 wahlweise im Format PDF oder Excel.

2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland S, Rosenow C. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer 2005; 291–310.

16.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2005³, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, bietet Tabelle 16–1⁴. Die kompletten Ergebnisse für die Jahre 1995–2005 finden sich im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 16-a und 16-b). Zu den grundlegenden Kennzahlen von Krankenhausleistungen gehören auf der Angebotsseite die Anzahl der Einrichtungen, Betten und Beschäftigten. Unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme stellen die Anzahl der vollstationären Krankheitsfälle und die durchschnittliche Verweildauer wesentliche Kennzahlen dar. Sie werden ergänzt durch die Höhe der bereinigten, d. h. um die Aufwendungen für nicht stationäre Leistungen geminderter Kosten.

Um einen Eindruck von der kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklung der einzelnen Indikatoren zu gewinnen, wird der Überblick um einen Vorjahres-, 5- und 10-Jahres-Vergleich erweitert. Ergänzend stellt Abbildung 16–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

16.3 Die Ressourcen der Krankenhäuser

Das Angebot der Krankenhäuser setzt sich aus einer sachlichen, einer personellen und einer fachlich-medizinischen Komponente zusammen. Die sachliche Ausstattung wird neben der Einrichtungszahl vor allem durch die Anzahl der aufgestellten Betten sowie die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 16.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe 16.3.2). Aussagen über die Verteilung der Ressourcen nach Disziplinen sind auf Basis der Bettenzahl nach Fachabteilungen möglich. Besondere Bedeutung kommt im dienstleistungsorientierten Krankenhausbetrieb der personellen Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu. Darüber hinaus stellen Krankenhäuser wichtige Arbeitgeber im Gesundheitswesen dar und fungieren als Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe (siehe 16.3.3).

16.3.1 Sachliche Ausstattung

Die Anzahl der Krankenhäuser war auch im Jahr 2005 weiter rückläufig. Am 31.12.2005 gab es mit 2 139 Krankenhäusern in Deutschland 27 Einrichtungen (1,2%) weniger als ein Jahr zuvor. Gegenüber 1995 ging die Zahl der Krankenhäuser um 186 (8%) zurück. Nicht nur infolge von Schließungen, auch durch die

3 Erstmals sind (mit Ausnahme der Länderergebnisse für Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) in den erhobenen Grunddaten die Zahl der Krankheitsfälle sowie der Berechnungs- und Belegungstage für gesunde Neugeborene enthalten. Dies wirkt sich auch auf die durchschnittliche Verweildauer und Bettenauslastung aus. Die Zahl der gesunden Neugeborenen sowie der Berechnungs- und Belegungstage ist näherungsweise aus der Diagnosestatistik ermittelbar.

Die Ausführungen dieses Kapitels basieren auf den in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 veröffentlichten Daten (einschließlich gesunder Neugeborener).

4 Die Veränderungsraten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 16-1
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser

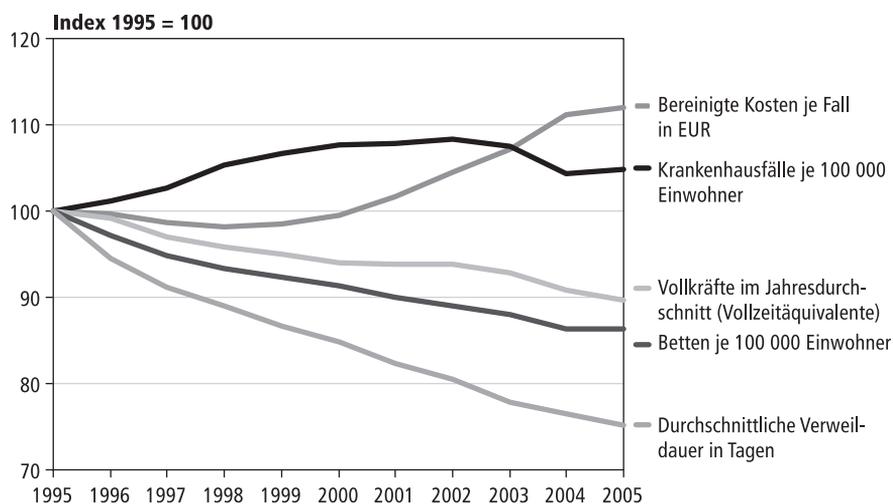
Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr			Veränderung 2005 gegenüber		
	2005	2004	2000	2004	2000	
	Anzahl					
Krankenhäuser	2 139	2 166	2 242	2 325	2 325	-8,0
Aufgestellte Betten						
– Anzahl	523 824	531 333	559 651	609 123	609 123	-1,4
– je 100 000 Einwohner	635	644	681	746	746	-1,4
Krankenhaushfälle						
– Anzahl	16 873 885	16 801 649	17 262 929	15 931 168	15 931 168	0,4
– je 100 000 Einwohner	20 462	20 365	21 004	19 509	19 509	0,5
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	144 576	146 746	167 789	182 627	182 627	-1,5
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	8,6	8,7	9,7	11,4	11,4	-1,9
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	75,6	75,5	81,9	82,1	82,1	0,2
Personal						
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	1 070 655	1 079 831	1 108 646	1 161 863	1 161 863	-0,8
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	796 097	805 988	834 585	887 564	887 564	-1,2
darunter: – Ärztlicher Dienst	121 610	117 681	108 696	101 590	101 590	3,3
– Nichtärztlicher Dienst	674 488	688 307	725 889	785 974	785 974	-2,0
darunter: – Pflegedienst	302 346	309 510	332 269	350 571	350 571	-2,3
– med.-techn. Dienst	122 810	123 465	123 852	124 503	124 503	-0,5
– Funktionsdienst	84 283	84 257	82 399	81 195	81 195	0,0
Bereinigte Kosten in 1 000 EUR	56 732 375	56 126 142	51 603 471	47 846 070	47 846 070	1,1
Bereinigte Kosten je Fall in EUR	3 362	3 341	2 989	3 003	3 003	0,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser
 Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 16–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser 1995–2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

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 524 000 Krankenhausbetten gab es rund 7 500 Betten (1,4%) weniger als im Vorjahr. Im Vergleich zu 1995 mit 609 000 nachgewiesenen Krankenhausbetten entspricht dies einem Bettenabbau um 14%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Bettendichte je 100 000 Einwohner verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2005 durchschnittlich 635 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung; das sind neun Betten (1,4%) weniger als 2004 und 111 Betten (14,8%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Demgegenüber blieb die Krankenhausedichte im Vergleich zum Vorjahr unverändert bei 2,6 Krankenhäusern je 100 000 Einwohner (Tabelle 16–2).

Im Ländervergleich ist die Krankenhausedichte in den neuen Bundesländern mit gerade mal zwei Krankenhäusern je 100 000 Einwohner auffällig niedrig; in Brandenburg liegt die Einrichtungsdichte sogar bei nur 1,8 Krankenhäusern. Mehr als doppelt so viele Krankenhäuser wie Brandenburg weist Schleswig-Holstein (3,7 je 100 000 Einwohner), das Land mit der höchsten Krankenhausedichte, auf.

Mit Ausnahme Bayerns, wo im Vergleich zum Vorjahr 400 Krankenhausbetten (+0,5%) mehr gezählt wurden, setzte sich der Trend zum allgemeinen Bettenabbau auch im Jahr 2005 unvermindert fort und die Zahl der aufgestellten Betten sank um bis zu 3,6% (Bremen). Gemessen an der Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner erhöhte sich die Bettendichte lediglich in Bayern (0,3%) geringfügig.

Tabelle 16-2
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Ländern 2005

Bundesland	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung ¹⁾		Fallzahl ¹⁾ je 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer ¹⁾	
	2005 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 in %	Veränderung zum Vorjahr	2005 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 in Tagen	Veränderung zum Vorjahr in %
Deutschland	2 139	-1,2	635	-1,4	75,6	0,2	20 462	0,5	8,6	-1,9
Baden-Württemberg	305	-3,5	572	-1,8	73,8	-0,6	17 969	0,5	8,6	-3,2
Bayern	385	-0,5	643	0,3	74,1	0,1	20 911	1,9	8,3	-1,8
Berlin	71	-	600	-1,0	80,6	-0,2	21 038	2,6	8,4	-3,9
Brandenburg	47	-	602	-0,4	79,9	1,0	20 207	2,1	8,7	-1,8
Bremen	14	-	854	-3,7	75,8	-0,1	29 097	-0,0	8,1	-4,1
Hamburg	52	10,6	661	-3,1	78,7	4,2	22 093	-2,2	8,6	2,9
Hessen	175	1,7	609	0,0	73,2	-0,1	19 401	0,3	8,4	-0,7
Mecklenburg-Vorpommern	34	-	597	-0,8	81,1	1,5	22 398	3,5	7,9	-3,0
Niedersachsen	204	-1,0	552	-3,0	77,9	0,3	18 222	-1,4	8,6	-1,6
Nordrhein-Westfalen	444	-2,6	705	-2,3	74,6	-0,1	21 523	-1,4	8,9	-1,3
Rheinland-Pfalz	97	-1,0	631	-0,7	72,3	0,4	20 132	1,0	8,3	-1,5
Saarland	26	-	694	-0,1	79,4	-0,4	24 472	0,1	8,2	-0,8
Sachsen	85	-1,2	644	-2,6	79,0	2,3	21 399	3,8	8,7	-4,2
Sachsen-Anhalt	50	-2,0	690	-0,1	77,5	0,1	22 717	1,1	8,6	-1,4
Schleswig-Holstein	104	-1,0	574	-0,5	77,0	-0,2	18 877	-0,1	8,5	-0,9
Thüringen	46	-8,0	709	0,1	75,8	0,5	22 669	3,1	8,7	-2,7

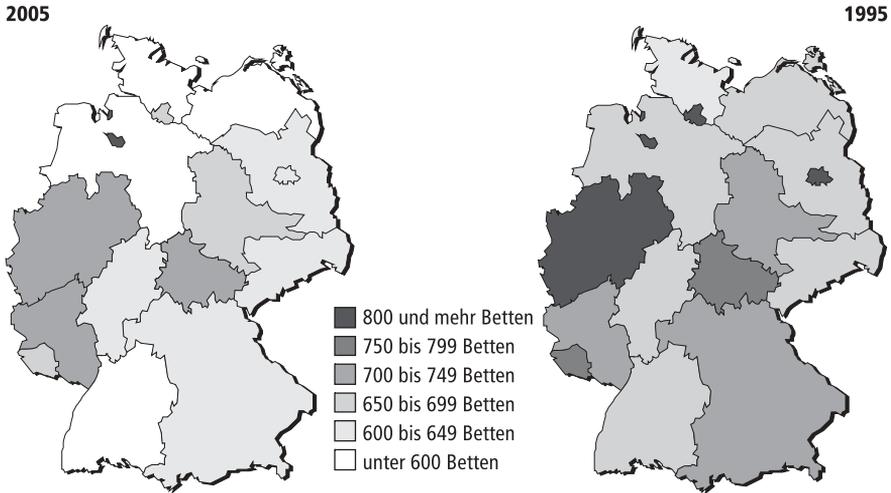
¹⁾ Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage enthalten seit 2002 Stundenfälle. Dies hat auch Auswirkungen auf die Kennziffern, die auf Basis dieser beiden Maßzahlen ermittelt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 16–2
Bettendichte im Ländervergleich 1995 und 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Mit durchschnittlich 854 Betten je 100 000 Einwohner verfügte Bremen im Jahr 2005 weiterhin über die höchste Bettendichte, gefolgt von Thüringen (709 Betten) und Nordrhein-Westfalen (705 Betten). Abbildung 16–2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung im Vergleich zu 1995 (siehe auch Zusatztabelle 16-c im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de). Den stärksten Rückgang innerhalb der vergangenen zehn Jahre verzeichnete Berlin. Dort lag die Bettendichte im Jahr 2005 um 38,3% unter der von 1995.

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 (20 462 Fälle) liegende Anzahl der Krankenhausfälle (29 097 je 100 000 Einwohner) deutlich. Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote⁵ getroffen werden (siehe Tabelle 16–3). Werte über 100% besagen, dass die Krankenhäuser eines Bundeslandes mehr Patienten behandelten, als Patienten des jeweiligen Bundeslandes in vollstationärer Behandlung waren. Dies ist insbesondere bei den Stadtstaaten der Fall. So verfügten die Krankenhäuser Bremens 2005 mit 137,5% über die höchste Versorgungsquote,

5 Die Versorgungsquote in der Krankenhausstatistik wird auf Basis der durchschnittlichen Anzahl vollstationär belegter Betten pro Tag ermittelt. Weil für jeden vollstationären Patienten pro Tag, den er in der Einrichtung verbringt, ein Bett belegt wird, kann ein Tag mit einem belegten Bett gleichgesetzt werden. Die Summe der Berechnungs- und Belegungstage wird – jeweils für Wohn- und Behandlungsort – durch die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr dividiert. Aus der Relation zwischen den belegten Betten nach Wohn- und Behandlungsort ergibt sich die Versorgungsquote.

Tabelle 16-3
Versorgungsquote nach Ländern 2005

Bundesland	Wohnort des Patienten	Behandlungs-ort des Patienten	Absolute Differenz	Versorgungs- quote	Anteil im eigenen Land behandelter Patienten
				Anzahl belegter Betten pro Tag ¹⁾	
Deutschland	398 776	400 113	X	X	X
Baden-Württemberg	44 820	46 091	1 272	102,8	95,0
Bayern	58 498	59 663	1 165	102,0	96,7
Berlin	15 067	16 386	1 318	108,7	94,5
Brandenburg	13 730	12 450	-1 281	90,7	84,0
Bremen	3 132	4 307	1 175	137,5	89,7
Hamburg	7 379	8 983	1 604	121,7	87,9
Hessen	28 079	27 597	-482	98,3	89,8
Mecklenburg-Vorpommern	8 576	8 473	-103	98,8	93,9
Niedersachsen	37 406	35 312	-2 094	94,4	87,7
Nordrhein-Westfalen	95 300	95 281	-18	100,0	96,8
Rheinland-Pfalz	19 814	19 003	-810	95,9	85,2
Saarland	5 799	5 955	156	102,7	92,2
Sachsen	21 661	21 801	140	100,6	96,0
Sachsen-Anhalt	13 975	13 623	-353	97,5	92,3
Schleswig-Holstein	12 818	12 499	-320	97,5	86,6
Thüringen	12 720	12 689	-31	99,8	92,2

¹⁾ Durchschnittliche vollstationäre Bettenbelegung pro Tag.
Berechnung: Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage dividiert durch die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr.

X = Kombination nicht sinnvoll bzw. nicht möglich.

Quelle: Diagnosen der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

gefolgt von Hamburg (121,7%) und Berlin (108,7%). Entsprechend niedrige Versorgungsquoten wiesen die Krankenhäuser der angrenzenden Flächenstaaten auf. In Brandenburg betrug sie 90,7% und in Niedersachsen 94,4%.

Ergänzend zur Einzugsgebietsstatistik lässt sich der Anteil der Patienten, die sich im eigenen Land behandeln ließen, ermitteln. Die Patienten aus Nordrhein-Westfalen (96,8%) blieben wie die aus Bayern (96,7%) für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung bevorzugt im eigenen Land. Demgegenüber suchten die Patienten aus Brandenburg (84,0%) und Rheinland-Pfalz (85,2%) am häufigsten Krankenhäuser in anderen Bundesländern auf.

Die anhand der Anzahl der aufgestellten Betten bestimmte Krankenhausgröße ist ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft. Im Jahr 2005 verfügte ein Krankenhaus wie im Vorjahr über durchschnittlich

245 Betten. Damit lag die durchschnittliche Krankenhausgröße im Vergleich zu 1995 um 17 Betten niedriger.

Nicht alle Krankenhaustypen sind vom allgemeinen Rückgang der Einrichtungszahlen betroffen. Die Anzahl kleiner Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten stieg sogar von 319 (13,7%) im Jahr 1995 auf 400 (18,7%) im Jahr 2005. Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe zeigt sich, dass es zwar mehr kleine Krankenhäuser gibt, deren durchschnittliche Größe jedoch immer weiter abnimmt. Mit 18 Betten verfügte ein Krankenhaus dieser Größenklasse im Durchschnitt über sechs Betten weniger als 1995. Um 21,8% zugenommen hat auch die Zahl der Krankenhäuser mittlerer Größe (500-600 Betten). Diese Zunahme ist möglicherweise auf die Fusion von Einrichtungen zurückzuführen, die nach dem Zusammenschluss einer höheren Größenklasse zuzuordnen sind.

Der Anteil sehr großer Krankenhäuser (800 und mehr Betten) ging innerhalb der letzten zehn Jahre geringfügig zurück, und zwar von 4,3% auf 3,9%; dabei blieb die Durchschnittsgröße der Krankenhäuser in dieser Größenklasse mit 1 214 Betten nahezu konstant (1995: 1 199). Trotz des Rückgangs der Einrichtungszahlen standen in den sehr großen Einrichtungen 19,5% aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,4% aller Betten. Tabelle 16-4 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen nach Krankenhausgröße und macht u. a. deutlich, dass die durchschnittliche Bettenauslastung mit zunehmender Krankenhausgröße tendenziell steigt, die durchschnittliche Verweildauer dagegen sinkt.

Die durchschnittliche Bettenauslastung⁶ stieg bezogen auf alle Krankenhäuser von 75,5% in 2004 auf 75,6 im Jahr 2005 geringfügig an. Laut etlichen Krankenhausplänen der Länder gilt eine Bettenauslastung von i. d. R. 85% als Normgröße, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.⁷ Die Abweichung von Soll und Ist im Jahr 2005 entspricht rund 58 000 Krankenhausbetten. Die geringste Bettenauslastung (65,5%) hatten kleine Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten aufzuweisen, die höchste (79,2%) sehr große Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings variiert die Bettenauslastung zwischen den Fachabteilungen zum Teil sehr deutlich (siehe 16.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankenhausträger vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 1995 bis 2005 um 186 Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 161 (+39,4%) auf 570 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (-13,3%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (-22,7%). Abbildung 16-3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztable 16-e im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Offenbar besteht zwischen Träger- und Größenstruktur ein enger Zusammenhang. Während sich z. B. sehr große Universitätskliniken in öffentlicher Trägerschaft befinden, werden kleine Schönheitskliniken eher von privaten Trägern be-

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 Nach § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Tabelle 16-4
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2005

Bettengrößenklasse/ Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Betten- auslastung ¹⁾		Fallzahl ¹⁾		Fallzahl ¹⁾ je 100 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer ¹⁾		
	2005	in %	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	in %	2005	in %	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	in %	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005
Krankenhäuser insgesamt	2 139	-1,2	523 824	-1,4	635	-1,4	75,6	0,2	16 873 885	0,4	20 462	0,5	8,6	-1,9	
KH bis 49 Betten	400	2,6	7 258	3,4	9	3,5	65,5	-2,7	196 064	-7,6	238	-7,5	8,9	8,6	
KH mit 50 bis 99 Betten	269	-1,1	19 514	-1,9	24	-1,9	72,4	-4,5	505 363	-3,8	613	-3,8	10,2	-2,9	
KH mit 100 bis 149 Betten	291	-2,0	35 639	-2,0	43	-1,9	72,4	0,2	987 739	2,8	1 198	2,8	9,5	-4,7	
KH mit 150 bis 199 Betten	230	-5,7	39 732	-5,7	48	-5,6	72,0	-0,0	1 238 459	-2,0	1 502	-1,9	8,4	-4,1	
KH mit 200 bis 299 Betten	334	-4,0	80 655	-4,3	98	-4,2	74,3	0,7	2 502 669	-2,4	3 035	-2,4	8,7	-1,5	
KH mit 300 bis 399 Betten	225	-2,2	77 055	-2,5	93	-2,4	75,5	0,9	2 453 007	-0,7	2 975	-0,6	8,7	-1,2	
KH mit 400 bis 499 Betten	135	3,1	59 885	2,8	73	2,9	76,0	1,0	1 881 077	4,0	2 281	4,1	8,8	-0,4	
KH mit 500 bis 599 Betten	106	0,0	58 268	0,1	71	0,2	76,3	-0,6	2 023 965	3,1	2 454	3,1	8,0	-3,7	
KH mit 600 bis 799 Betten	65	3,2	43 867	3,9	53	3,9	77,5	0,4	1 492 144	6,1	1 809	6,1	8,3	-2,0	
KH mit 800 und mehr Betten	84	-1,2	101 951	-2,0	124	-1,9	79,2	0,3	3 593 400	-0,9	4 358	-0,9	8,2	-1,1	
Öffentliche Krankenhäuser	751	-3,7	273 721	-2,5	332	-2,4	77,3	0,6	9 027 425	-0,2	10 947	-0,2	8,6	-1,9	
- in privatrechtlicher Form	332	15,7	116 475	16,9	141	16,9	76,2	0,5	4 041 520	19,9	4 901	20,0	8,0	-2,3	
- in öffentlich rechtlicher Form	419	-15,0	157 246	-13,2	191	-13,1	78,1	0,9	4 985 905	-12,2	6 046	-12,1	9,0	-0,4	
- rechtlich unselbständig	279	-24,8	90 344	-24,9	110	-24,8	77,7	1,4	2 754 013	-24,9	3 340	-24,9	9,3	1,2	
- rechtlich selbständig	140	14,8	66 902	9,9	81	10,0	78,6	-0,2	2 231 893	11,1	2 706	11,1	8,6	-1,5	
Freigemeinnützige Krankenhäuser	818	-1,6	184 752	-2,4	224	-2,4	73,8	-0,6	5 877 903	-1,3	7 128	-1,2	8,5	-2,0	
Private Krankenhäuser	570	2,7	65 351	6,6	79	6,7	73,7	0,9	1 968 557	9,4	2 387	9,5	8,9	-2,0	

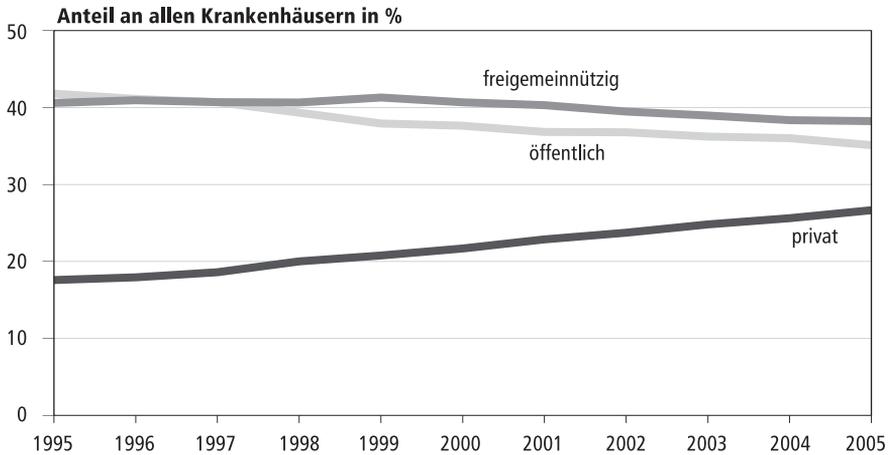
¹⁾ Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage enthalten seit 2002 Stundenfälle. Dies hat auch Auswirkungen auf die Kennziffern, die auf Basis dieser beiden Maßzahlen ermittelt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 16–3
Krankenhäuser nach der Trägerschaft 1995–2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

trieben. 2005 verfügte eine Privatklinik über durchschnittlich 115 Betten. Freigemeinnützige Krankenhäuser waren mit 226 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 364 Betten mehr als dreimal so groß. Allerdings zeigen aktuelle Entwicklungen, dass private Betreiber in den Bereich der Universitätskliniken vorstoßen.⁸

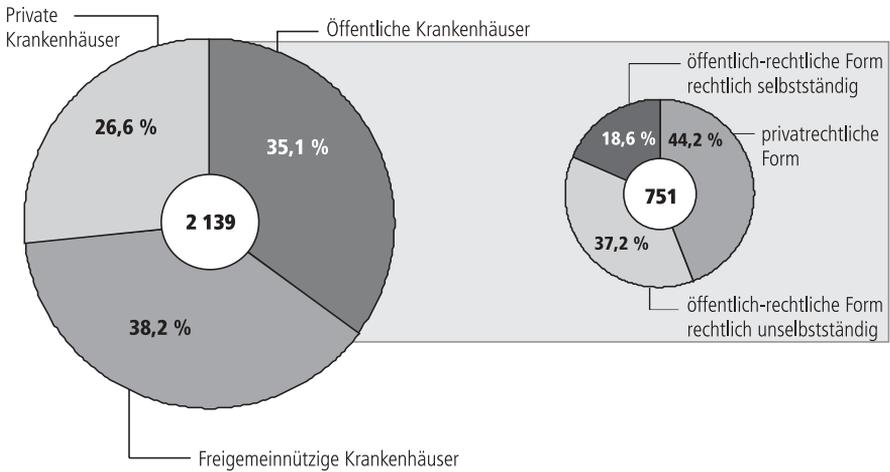
Vor dem Hintergrund veränderter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zu sparsamer Haushaltsführung haben gestiegene Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Einrichtungen dazu geführt, dass immer mehr öffentliche Träger auf diese Veränderungen durch eine rechtliche Verselbstständigung ihrer Einrichtungen reagieren. Deshalb wurde im 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 2005 erlauben tendenzielle Aussagen über die Entwicklungen in diesem Bereich.

Mit 332 (44,2%) von insgesamt 751 öffentlichen Krankenhäusern wurde im Jahr 2005 knapp die Hälfte in privatrechtlicher Rechtsform geführt, 2002 war es nur gut ein Viertel (28,3%). Gegenüber 2004 gab es 45 Einrichtungen bzw. 15,7% mehr in privatrechtlicher Rechtsform. Demgegenüber sank die Anzahl der

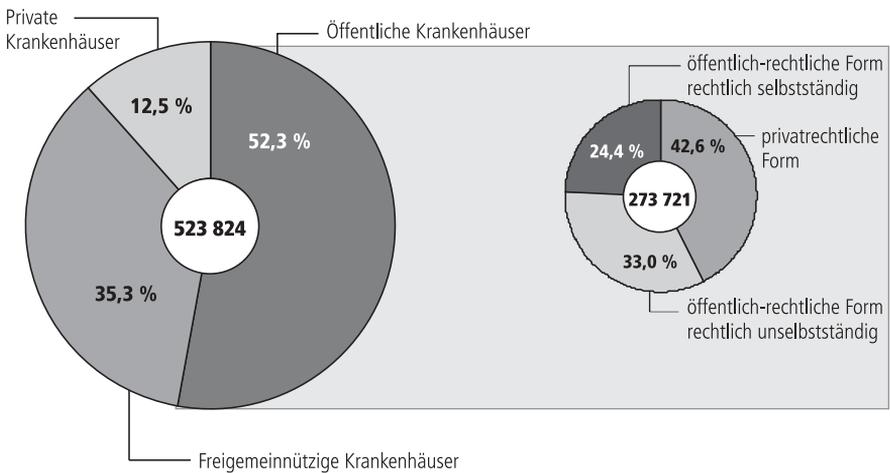
⁸ So z. B. die Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg, ihre Umwandlung in eine GmbH mit Wirkung vom 2. Januar 2006 und Übernahme von 95% der Geschäftsanteile durch die Rhön-Klinikum AG (Hessische Staatskanzlei: Initiativen/Verwaltungsreform/Privatisierung).

Abbildung 16–4
Trägerstruktur und Rechtsform bei öffentlichen Krankenhäusern 2005

Anteil der Krankenhäuser in Deutschland in Prozent



Anteil der Betten in Deutschland in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Form im Vergleich zum Vorjahr um 74 bzw. 15%. Der Vergleich zeigt, dass der Wechsel in privatrechtliche Rechtsformen (z. B. GmbH) bei öffentlichen Krankenhäusern 2005 weiter fortschreitet.

Die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser (z. B. Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts) selbst werden in der Krankenhausstatistik weiter differen-

Tabelle 16–5

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2005

Medizinisch-technisches Großgerät / Sondereinrichtung	Anzahl 2005	Veränderung zum Vorjahr in %
Insgesamt	8 967	4,7
Computer-Tomographen	1 241	5,3
Dialysegeräte	4 312	5,1
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	583	6,2
Gamma-Kameras	604	1,0
Herz-Lungen-Maschinen	346	2,1
Kernspin-Tomographen	571	7,1
Koronarangiographische Arbeitsplätze	555	6,5
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	357	0,3
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	63	0,0
Stoßwellenlithotripter	304	6,3
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	31	–8,8

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

WIDO

ziert, und zwar nach rechtlich selbstständigen und rechtlich unselbstständigen Einrichtungen. Der Rückgang der in öffentlich-rechtlicher Form geführten Krankenhäuser geht ausschließlich zu Lasten der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (z. B. Eigen- oder Regiebetriebe). Zusammenfassend zeigt Abbildung 16–4 die prozentuale Verteilung der Träger- und Rechtsformen der Krankenhäuser im Jahr 2005.

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 31.12.2005 in den deutschen Krankenhäusern 8 967 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 405 Geräte (4,7). Vor allen Dingen bei den Kernspin-Tomographen (+7,1%), den Koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+6,5%), den Stoßwellenlithotriptern (+6,3%) und den digitalen Subtraktionsangiographiegeräten (+6,2%) und sind Zuwachsraten zu verzeichnen, während die Zahl der Tele-Kobalt-Therapiegeräte um 8,8% zurückgegangen ist. Tabelle 16–5 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

16.3.2 Angebot nach Fachabteilungen

Über die fachlich-medizinische Struktur der Krankenhäuser gibt das Fachabteilungsspektrum Auskunft. Für die Zwecke der Krankenhausstatistik werden die Organisationseinheiten in einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus entsprechend der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des Arztes zugeordnet, der

Tabelle 16-6
Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2005

Fachabteilungsbezeichnung ¹⁾	Fachabteilung insgesamt		Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der Betten ²⁾		Fallzahl ²⁾		Durchschnittliche Verweildauer ²⁾	
	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Fachabteilungen insgesamt	8 506	-1,0	523 824	-1,4	75,6	0,2	16 873 885	0,4	8,6	-1,9
- Allgemeine Fachabteilungen										
Augenheilkunde	351	-1,4	5 739	-6,4	60,2	-1,2	330 891	-6,8	3,8	-1,0
Chirurgie	1 329	-2,3	115 950	-3,1	71,9	-0,1	3 855 903	-1,7	7,9	-1,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1 024	-3,2	44 287	3,1	62,2	-0,9	2 008 147	7,7	5,0	-5,4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	793	-3,3	12 522	-4,4	64,1	-2,5	597 174	-6,7	4,9	-0,4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	120	-0,8	4 984	-2,8	75,0	-1,1	167 094	-2,0	8,2	-2,2
Herzchirurgie	65	1,6	3 618	3,5	87,4	-1,8	117 951	2,0	9,8	-0,6
Innere Medizin	1 433	-1,8	171 143	-2,0	78,6	0,8	6 430 464	1,4	7,6	-2,8
Kinderchirurgie	73	0,0	2 037	-5,7	60,3	-0,9	113 879	-4,6	3,9	-2,3
Kinderheilkunde	375	-0,3	20 525	-2,0	67,3	2,1	934 031	2,2	5,4	-2,3
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	199	2,6	2 375	-3,6	63,6	-0,9	95 568	-4,5	5,8	-0,2
Neurochirurgie	159	1,9	6 496	-0,3	81,9	0,9	209 580	-0,4	9,3	0,7
Neurologie	377	0,8	19 694	-0,4	81,9	0,8	648 130	6,3	9,1	-5,8
Nuklearmedizin	111	0,0	939	-2,9	65,8	-6,2	52 308	-3,6	4,3	-5,7
Orthopädie	411	0,0	24 612	-0,9	73,6	-1,0	683 291	2,1	9,7	-4,1
Plastische Chirurgie	126	5,9	2 029	-5,4	62,6	2,5	72 163	-3,1	6,4	-0,2

Tabelle 16-6
Fortsetzung

Fachabteilungsbezeichnung ¹⁾	Fachabteilung insgesamt		Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der Betten ²⁾		Fallzahl ²⁾		Durchschnittliche Verweildauer ²⁾	
	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr	2005	Veränd. zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Strahlentherapie	160	-1,8	3311	-1,7	73,8	-0,7	99 167	-5,5	9,0	3,0
Urologie	521	0,8	15 858	-2,2	70,5	-0,8	682 849	-2,1	6,0	-1,3
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	209	2,0	4 729	3,2	71,4	-2,8	151 384	-10,2	8,1	11,3
- Psychiatrische Fachabteilungen										
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	129	4,9	4 921	1,8	90,6	-0,1	37 699	2,5	43,2	-1,1
Psychiatrie und Psychotherapie	404	-1,2	52 856	-0,3	90,9	0,4	724 470	1,7	24,2	-1,9
Psychotherapeutische Medizin	137	12,3	5 199	17,8	90,7	0,2	42 537	20,5	40,4	-2,2

¹⁾ Mehrfachnennungen bzw. Doppelzählungen möglich. Verfügt ein Krankenhaus über mehrere Schwerpunkte innerhalb eines Fachgebiets, wird das Fachgebiet nur einmal gezählt. Die Summe der Schwerpunkte muss deshalb nicht gleich der Angabe beim Fachgebiet sein.

²⁾ Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage enthalten seit 2002 Stundenfälle. Dies hat auch Auswirkungen auf die Kennziffern, die auf Basis dieser beiden Maßzahlen ermittelt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

Wido

die Abteilung leitet.⁹ Tabelle 16–6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse ausgewählter Kennzahlen der Fachabteilungen für das Jahr 2005.

Auf Fachabteilungsebene blieben nur wenige Bereiche vom allgemeinen Bettenabbau verschont. Es gab sogar Bereiche mit zunehmender Bettenkapazität. So stieg die Zahl der aufgestellten Betten in der Herzchirurgie um 3,5% gegenüber 2004. Auch in den psychiatrischen Fachabteilungen gab es 2005 mehr Betten als im Jahr zuvor; am deutlichsten war der Bettenzuwachs im Bereich der psychotherapeutischen Medizin (+17,8%). In den meisten Fachabteilungen standen jedoch weniger Betten als im Vorjahr. Den deutlichsten Rückgang gab es erneut in der Augenheilkunde (–6,4%). Denkbar ist, dass sich in diesem Bereich verstärkt die ambulante Behandlungsform anbietet.

Die mit Abstand meisten Betten (54,7%) waren in den Fachabteilungen für Innere Medizin (171 000) und Chirurgie (116 000) aufgestellt. Hier wurden 61% aller vollstationären Behandlungsfälle versorgt.

Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 60,2% in der Augenheilkunde bis 87,4% in der Herzchirurgie. In den psychiatrischen Fachabteilungen waren die Betten demgegenüber zu mehr als 90% ausgelastet.

Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um insgesamt 0,1 Tage wurde von nahezu allen anderen Fachabteilungen getragen. Ausnahmen bildeten die Strahlentherapie, in der sich der durchschnittliche Aufenthalt der Patienten gegenüber dem Vorjahr um 0,3 Tage verlängerte und die Neurochirurgie mit einer um 0,1 Tage längeren durchschnittlichen Verweildauer. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte die durchschnittliche Verweildauer von knapp vier Tagen in der Augenheilkunde bis zehn Tage in der Orthopädie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,6 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit 43,2 Tagen fünfmal so lange.

Abbildung 16–2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte der Bundesländer. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. Bremen, das Land mit der höchsten Bettendichte, verfügte in zahlreichen Fachabteilungen über die mit Abstand meisten Betten je 100 000 Einwohner. Hierzu gehörten die Innere Medizin, die Chirurgie und die Psychiatrie und Psychotherapie, in denen die Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner um 37,9%, 18,6% und 34,6% über dem Bundesdurchschnitt lag.

In den Fachabteilungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Neurochirurgie war die Zahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mehr als doppelt so hoch, in der Kinder- und Herzchirurgie anderthalb mal und in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sogar zweimal höher als der Bundesdurchschnitt (siehe Tabelle 16–7).

⁹ Diese Abgrenzung hat erhebungstechnische Gründe und muss nicht in allen Fällen mit der Bezeichnung der Fachabteilung im Krankenhaus übereinstimmen. So könnte z. B. ein Chirurg die Innere Medizin leiten. In diesem Fall würde in der Statistik keine Innere Medizin, sondern eine chirurgische Fachabteilung gezählt. Diese Fälle dürften in der Erhebungspraxis jedoch relativ selten sein. Über die Fachgebietsbezeichnung der Weiterbildungsordnung für Ärzte kann eine einheitliche Definition des Fachgebiets gewährleistet werden.

Tabelle 16-7
 Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2005

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	635	572	643	600	602	854	661	609	597	552	705	631	694	644	690	574	709
- Allgemeine Fachabteilungen	559	499	570	531	531	759	583	538	526	484	618	561	636	571	610	477	636
Augenheilkunde	7	7	7	9	4	13	11	6	6	6	7	6	12	7	7	6	7
Chirurgie	141	130	147	120	131	167	136	136	112	130	157	149	131	141	138	127	145
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	54	52	68	49	47	63	42	55	42	44	56	53	49	50	51	39	59
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	14	14	12	14	31	16	18	18	14	16	17	17	13	18	10	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	5	8	5	4	8	6	5	6	5	6	2	6	7	8	4	12
Herzchirurgie	4	4	4	5	5	11	8	5	6	4	4	5	4	2	6	3	8
Innere Medizin	208	176	200	211	202	286	204	196	197	175	240	206	235	221	236	179	236
Kinderchirurgie	2	2	3	4	-	6	5	2	7	2	2	1	3	3	4	1	3
Kinderheilkunde	25	22	23	23	28	40	28	19	36	19	27	22	34	31	38	18	31
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	3	2	2	4	2	9	4	2	5	3	4	2	4	2	2	3	3
Neurochirurgie	8	6	8	10	7	17	13	7	10	9	8	7	10	5	9	10	10
Neurologie	24	23	21	23	25	30	32	25	27	24	24	24	46	23	25	20	28
Nuklearmedizin	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
Orthopädie	30	26	32	25	28	45	14	31	25	23	32	31	39	32	32	32	43

Tabelle 16–7
Fortsetzung

Fachabteilungsbezeichnung	Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner																
	Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Plastische Chirurgie	2	2	3	3	0	2	2	2	–	3	3	4	2	1	3	1	–
Strahlentherapie	4	4	3	5	6	5	4	3	6	3	4	3	8	5	4	2	7
Urologie	19	16	19	15	17	19	21	19	18	17	23	22	23	19	22	14	23
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	6	5	7	6	8	5	33	7	4	1	3	7	11	6	7	6	5
– Psychiatrische Fachabteilungen	76	73	73	69	71	95	78	71	72	68	88	70	57	74	80	97	74
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6	5	3	4	8	6	5	7	10	7	6	4	4	8	13	8	11
Psychiatrie und Psychotherapie	64	60	53	60	63	86	69	63	58	58	80	59	53	61	61	71	61
Psychotherapeutische Medizin	6	9	17	5	–	3	4	1	3	3	2	7	–	4	7	18	1

– = nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5 aber größer Null

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Bremen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hatten 2005 eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte in den psychiatrischen Fachabteilungen. Während im Bundesdurchschnitt 76 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung standen, waren es in Schleswig-Holstein 21, in Bremen 19 und in Nordrhein-Westfalen 12 Betten je 100 000 Einwohner mehr.

16.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2005 waren knapp 1,1 Mio. Personen in den Krankenhäusern einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten beschäftigt. Die im Vergleich zum Vorjahr 9 000 Beschäftigten weniger entsprechen einem Personalarückgang um 0,8%. Diese Entwicklung traf jedoch nicht alle Berufsgruppen gleichermaßen. Im ärztlichen Dienst waren mit gut 132 400 Beschäftigten 0,9% mehr angestellt als ein Jahr zuvor. Darunter waren 131 100 hauptamtliche Ärzte (einschließlich der zum 1.10.2004 abgeschafften Ärzte im Praktikum, die – soweit sie weiter Beschäftigte des Krankenhauses waren – den Assistenzärzten zugerechnet wurden) und knapp 1 300 Zahnärzte. Im nichtärztlichen Dienst (ohne Personal der Ausbildungsstätten und ohne Schüler/Auszubildende) reduzierte sich dagegen die Anzahl der Beschäftigten gegenüber 2004 um 1% auf 859 800 Personen. Die Zahl der Schüler und Auszubildenden sank gegenüber dem Vorjahr um 2,2% auf 72 300.

Um den Auswirkungen unterschiedlicher Beschäftigungsmodelle (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung) und kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse angemessen Rechnung zu tragen, ist zusätzlich zur Kopfzahl am Erhebungsstichtag 31.12. des Jahres die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) anzugeben. Die Krankenhausstatistik verwendet für diese Größe den Begriff Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Insgesamt gab es rund 796 000 Vollkräfte, von denen knapp 122 000 im ärztlichen Dienst und gut 302 000 im Pflegedienst arbeiteten. Die Gesamtzahl der Vollkräfte verringerte sich um 1,2%. Allerdings war auch hinsichtlich der Vollkräfte das ärztliche Personal nicht vom Rückgang betroffen; die Anzahl ärztlicher Vollkräfte nahm sogar um 3,3% zu.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen zum Geschlecht und zum Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten. 38,1% der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2005 Frauen (siehe Tabelle 16–8). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung um 0,7 Prozentpunkte, gegenüber 1995 sogar um 6,1 Prozentpunkte. Mit steigender funktionaler Stellung nahm der Anteil der Ärztinnen jedoch ab. Während 46,6% der Assistenzärzte Frauen waren, lag ihr Anteil an den leitenden Ärzten bei nur noch 7,6%. In speziellen Fachgebieten wie der Phoniatrie/Pädaudiologie (50%) und in der Arbeitsmedizin (32,7%) hingegen war der Anteil leitender Ärztinnen relativ hoch.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch die Art der Beschäftigungsverhältnisse und des Beschäftigungsumfangs. 1995 waren 11,9% der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 2005 war es bereits jede vierte Frau (25,7%). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 1,9% auf 5,3%. Insgesamt gab es gut 17 000 (13,1%) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2005 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Tabelle 16-8
Frauen- und Teilzeitanteil 1995–2005

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	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
1995	103 093	32 987	32,0	5,1	5,1	5 233	3 932	948 013	763 756	80,6	29,6	281 074	263 389	
1996	104 746	33 802	32,3	5,5	5,5	5 788	4 349	935 071	753 311	80,6	31,1	290 821	272 305	
1997	106 338	34 579	32,5	6,2	6,2	6 569	4 790	918 078	738 838	80,5	31,9	292 892	275 204	
1998	108 367	35 464	32,7	6,8	6,8	7 323	5 325	911 216	732 458	80,4	32,8	298 516	280 675	
1999	109 888	36 278	33,0	7,5	7,5	8 252	6 024	903 155	725 468	80,3	33,5	302 541	284 400	
2000	111 580	37 106	33,3	7,6	7,6	8 474	6 177	897 401	721 142	80,4	34,7	311 730	292 468	
2001	113 593	38 572	34,0	8,3	8,3	9 471	6 908	899 420	723 132	80,4	36,0	324 099	303 709	
2002	116 061	40 334	34,8	10,6	10,6	12 301	9 217	907 871	723 794	79,7	36,9	335 262	313 873	
2003	118 486	42 170	35,6	12,2	12,2	14 502	10 926	890 122	711 320	79,9	38,6	343 725	320 928	
2004	129 817	48 609	37,4	12,3	12,3	15 998	11 987	868 048	694 980	80,1	40,3	349 404	326 318	
2005	131 115	50 004	38,1	13,1	13,1	17 139	12 829	859 709	688 666	80,1	41,8	359 248	334 826	

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.

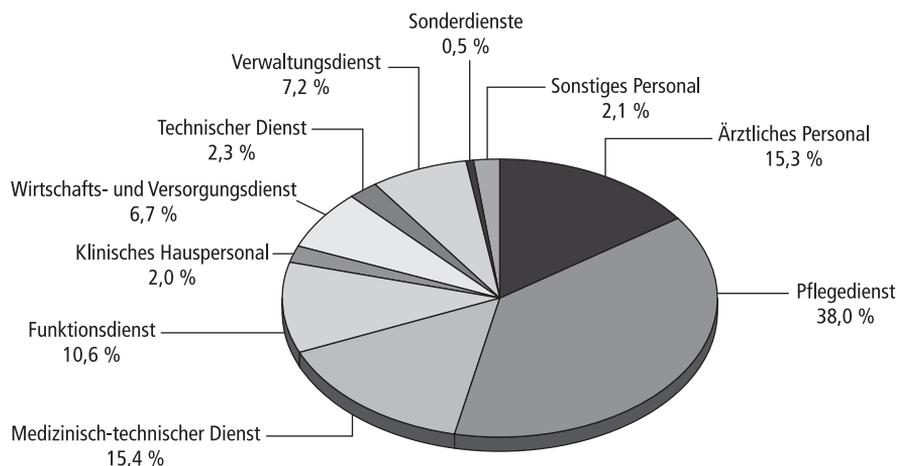
²⁾ Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

Wlido

Abbildung 16–5
Personalstruktur der Krankenhäuser 2005 (Vollkräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

Mit 860 000 Beschäftigten lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Mitarbeiter der Krankenhäuser fünfeinhalb mal höher als die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten waren im Pflegedienst tätig (45,7%). An zweiter Stelle folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Krankengymnasten, Apothekenpersonal, Logopäden) mit 18,3% und der Funktionsdienst (z. B. Operationsdienst, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankentransportdienst) mit 12,1%.

Der Anteil der Frauen lag 2005 beim nichtärztlichen Personal mit 80,1% deutlich höher als beim ärztlichen Personal und änderte sich im Vergleich zum Vorjahr nicht. Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (86,4%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 94% und 85,4%. 41,8% aller nichtärztlichen Beschäftigten waren 2005 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt; 1995 waren es gerade mal 31,4%.

Zusammenfassend gibt Abbildung 16–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2005. Als Grundlage wurden die 796 000 Vollkräfte gewählt.

Die Personalstruktur variiert je nach Krankenhausträger. Bei den Krankenhäusern öffentlicher Träger gehören 15,7% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den privaten Krankenhäusern sind dies lediglich 14,6%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (40,9%) (siehe auch Zusatztablette 16-d im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Die Ermittlung einer Personalkennzahl ist nicht einfach und verschiedensten Limitationen unterworfen. Im Folgenden wird eine Kennzahl ermittelt, die die vollstationären Berechnungs- und Belegungstage ins Verhältnis zur Anzahl der Voll-

Tabelle 16-9
Anzahl der durchschnittlich zu betreuenden belegten Betten je Vollkraft im Jahr 2005 (Personalbelastungszahl)¹⁾

Bundesland	Personal		darunter		Personal		darunter vom	
	insgesamt	ärztlicher Dienst ³⁾	Pflegedienst	med.-techn. Dienst	insgesamt	ärztlicher Dienst ³⁾	Pflegedienst	med.-techn. Dienst
Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft im Berichtsjahr zu betreuenden Betten ²⁾								
Deutschland	182	1 189	478	1 177	-0,3	-4,7	0,9	-1,0
Baden-Württemberg	162	1 090	454	996	-1,1	-5,6	-0,3	0,1
Bayern	179	1 182	483	1 205	1,8	-2,7	2,7	0,4
Berlin	157	886	466	887	1,8	-3,5	3,4	0,5
Brandenburg	214	1 386	516	1 531	0,7	-4,6	2,0	-0,3
Bremen	163	1 076	411	1 144	-3,2	-5,2	-2,6	-3,2
Hamburg	172	943	446	1 107	2,0	-2,0	1,0	11,6
Hessen	177	1 239	461	1 153	0,7	-3,6	1,3	-1,2
Mecklenburg-Vorpommern	172	1 067	481	988	0,4	-3,4	0,9	0,2
Niedersachsen	182	1 269	468	1 204	-3,8	-8,8	-0,2	-11,7
Nordrhein-Westfalen	193	1 242	494	1 270	-1,0	-5,0	-0,6	-1,1
Rheinland-Pfalz	181	1 262	471	1 310	0,3	-5,5	1,8	3,3
Saarland	166	1 165	431	1 132	0,5	-2,4	1,1	-0,8
Sachsen	201	1 291	511	1 329	0,2	-5,3	2,2	-0,6
Sachsen-Anhalt	184	1 264	459	1 101	-0,6	-5,9	1,3	-3,1
Schleswig-Holstein	187	1 179	497	1 146	-1,1	-4,4	0,2	-1,6
Thüringen	203	1 331	518	1 356	1,5	-2,1	2,2	4,0

¹⁾ Die Personalbelastungszahl bezieht sich nur auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Ambulante und teilstationäre Leistungen fließen nicht in diese Maßzahl ein.

²⁾ Berechnung: Berechnungs- und 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: Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2005

Krankenhaus-Report 2007

Wido

kräfte setzt. Sie bezieht sich ausschließlich auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Die ermittelte Kennzahl besagt, wie viele Behandlungstage eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu erbringen hatte. Tabelle 16–9 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2005 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Patienten betrauten Personalgruppen. Eine Vollkraft im Pflegedienst erbrachte z. B. im Jahresdurchschnitt 478 vollstationäre Behandlungstage. Für jeden vollstationären Behandlungstag, den ein Patient in der Einrichtung verbringt, wird auch ein Bett belegt. Demnach hatte eine Vollkraft im Pflegedienst pro Kalendertag durchschnittlich 1,3 belegte Betten zu versorgen.

Die Personalkennzahl variiert je nach Personalgruppe. Der betreuungsintensive Pflegedienst ist durch eine niedrige Personalkennzahl gekennzeichnet. Demgegenüber erbrachte eine ärztliche Vollkraft 2005 im Jahresdurchschnitt 1 189 Behandlungstage. Dies entsprach der Betreuung von durchschnittlich 3,3 belegten Betten pro Kalendertag.

Darüber hinaus sind regionale Unterschiede erkennbar: Mit durchschnittlich 886 Behandlungstagen erbrachte eine ärztliche Vollkraft in Berlin im Jahr 2005 die wenigsten Behandlungstage, gefolgt von Hamburg mit 943 Behandlungstagen. Im angrenzenden Brandenburg war diese Personalkennzahl mit 1 386 Behandlungstagen deutlich höher. Ein Grund für die niedrigen Werte in Berlin und Hamburg kann u. a. die Personalbindung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung und Lehre sein, deren relative Bedeutung innerhalb der Krankenhauslandschaft der Stadtstaaten grundsätzlich höher ist.

16.4 Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Das vielfältige Spektrum der Behandlungsformen im Krankenhaus geht weit über die klassische vollstationäre, d. h. ganztägige Behandlung hinaus und umfasst auch teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachte Leistungen. Diese ineinander greifenden Behandlungsformen werden in der Krankenhausstatistik in unterschiedlicher Tiefe abgebildet, wobei der herkömmlichen vollstationären Behandlung das Hauptinteresse gilt.

16.4.1 Vollstationäre Behandlungen

Mit knapp 16,9 Mio. vollstationär behandelten Patienten¹⁰ im Berichtsjahr 2005 blieb die Zahl der Krankenhausfälle im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert. Die Unterbrechung des seit 2002 zu beobachtenden Trends rückläufiger Fallzahlen ist u. a. auf die erstmalige, allerdings nicht flächendeckende Erfassung der gesunden Neugeborenen¹¹ zurückzuführen. Die Fallzahl sowie die Anzahl der auf die gesun-

10 Die Fallzahl in den Grunddaten der Krankenhäuser ermittelt sich aus der Summe der Entlassungen einschließlich der Sterbefälle (Patientenabgang) und der Summe der Aufnahmen (Patientenzugang) im Berichtsjahr.

11 In den von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen erhobenen Grunddaten sind keine Angaben zu gesunden Neugeborenen enthalten.

den Neugeborenen entfallenden Berechnungs- und Belegungstage sind hilfsweise auf der Basis der Diagnosestatistik ermittelbar.

Darüber hinaus kann die Bevölkerungsentwicklung Einfluss auf die Anzahl der Krankenhausfälle haben. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielen, können Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch einen Einfluss auf die Zahl der Krankenhausfälle haben. Um solche Effekte zu kontrollieren, wird die absolute Fallzahl üblicherweise standardisiert. Hierbei wird eine einheitliche Altersstruktur für alle Vergleichsjahre bzw. -regionen angenommen. Standardisierte Fallzahlen lassen sich in der Krankenhausstatistik nur mit Hilfe der Diagnosedaten ermitteln, in denen Angaben zum Alter und Geschlecht der Patienten vorliegen. Nach Standardisierung der Ergebnisse ergab sich für 2005 eine Rate von 19 629 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner¹². Damit lag die standardisierte Fallzahl um 1,7% unter der des Vorjahres. Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 17 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2005 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage¹³ ging um 1,5% zurück. Auch hier kann ein Zusammenhang mit der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems gesehen werden. Gegenüber dem bisherigen Abrechnungssystem nach tagesgleichen Pflegesätzen besteht kein finanzieller Anreiz mehr, die Aufenthaltsdauer der Patienten zu verlängern. Das Zusammenwirken sinkender Fallzahlen und niedrigerer Berechnungs- und Belegungstage hatte zur Folge, dass sich die durchschnittliche Verweildauer, die auf Grundlage dieser beiden Größen errechnet wird,¹⁴ ebenfalls reduzierte. Durchschnittlich dauerte im Jahr 2005 ein Krankenhausaufenthalt 8,6 Tage. Dies waren 0,1 Tage weniger als im Vorjahr und 2,8 Tage weniger als 1995.

16.4.2 Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen

Neben den vollstationären Behandlungen werden seit 2002 auch einzelne Sachverhalte für den Bereich der teil-, vor- und nachstationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik erfasst.

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden umfasst. Sie wird vorwiegend in einer Tages- oder Nachtambulanz angeboten. Die Patienten verbringen dort nur den entsprechenden Tagesabschnitt mit der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt werden, z. B. wöchentlich mehrmalige teilstationäre Dialysebehandlungen haben, werden je Quartal als ein Fall gezählt. 2005 wurden in den Krankenhäusern insgesamt 527 000 teilsta-

12 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ (Ergebnis der letzten Volkszählung).

13 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.

14 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

tionäre Behandlungen durchgeführt. Dies waren 3,1% mehr als im Jahr zuvor. Die Hälfte aller teilstationären Behandlungen erfolgte in der Inneren Medizin (49,2%), und dort vor allem in den Teilgebieten Nephrologie mit 16,3% (z. B. Dialyse) sowie Hämatologie und internistische Onkologie mit 14,3% (z. B. Chemotherapie).

Vorstationäre Behandlungen werden im Vorfeld einer anstehenden vollstationären Behandlung, z. B. für Voruntersuchungen, erbracht. In diesem Bereich wurden knapp 2 Mio. Behandlungsfälle im Jahr 2005 gezählt, 294 000 bzw. 17,6% mehr als 2004. Vorstationäre Behandlungen werden vorwiegend in den Fachabteilungen Chirurgie (32,3%), Innere Medizin (23,4%) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,6%) durchgeführt.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit insgesamt 654 000 Behandlungen sank ihre Zahl geringfügig gegenüber dem Vorjahr (-1,1%). Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (39,4%).

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen damit das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2005 um gut 3,1 Mio. Fälle.

16.4.3 Ambulante Operationen

Seit 2002 wird in der Krankenhausstatistik die Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus erfasst. Nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen, und zwar in dem Umfang, der in einem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen festgelegt ist.

Annähernd zwei Drittel aller Krankenhäuser (60,6%) führte 2005 ambulante Operationen durch. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der ambulant operierten

Tabelle 16-10
Behandlungsformen 2005

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2005 gegenüber		
	2005	2004	2003	2002	2004	2003	2002
	Anzahl				in %		
Behandlungsfälle							
- vollstationär	16 873 885	16 801 649	17 295 910	17 432 272	0,4	-2,4	-3,2
- teilstationär	527 213	511 137	502 470	376 473	3,1	4,9	40,0
- vorstationär	1 965 027	1 670 652	1 417 411	1 169 529	17,6	38,6	68,0
- nachstationär	654 277	661 274	755 096	747 206	-1,1	-13,4	-12,4
Ambulante Operationen	1 371 708	1 160 573	724 310	575 613	18,2	89,4	138,3

Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser

Patienten und Patientinnen um 211 000 (18,2%) auf insgesamt 1,4 Mill. Die dynamische Entwicklung dieses Leistungsbereichs macht den Wandel im Leistungsspektrum der Krankenhäuser deutlich (Tabelle 16–10).

16.5 Kosten der Krankenhäuser

Im Rahmen der ersten Novellierung der KHStatV änderte sich erneut das Kostenermittlungsprinzip. Seit 2002 werden wieder die (Brutto-)Gesamtkosten der Krankenhäuser erhoben, in denen sowohl die Kosten für stationäre als auch für nicht stationäre Leistungen (z. B. für Ambulanz, Forschung und Lehre, wahlärztliche Leistungen) enthalten sind. Die Aufwendungen für Personal und Sachmittel im abgelaufenen Geschäftsjahr sind der Krankenhausbuchführung zu entnehmen, der ein einheitlicher Kontenrahmen zugrunde liegt. Die nicht stationären Kostenanteile müssen nicht exakt kalkuliert sein, sondern können aus Vereinfachungsgründen geschätzt werden. Sie werden als Abzüge von den (Brutto-)Gesamtkosten subtrahiert. Auf Basis der so ermittelten bereinigten Kosten sind sinnvolle Vergleiche über unterschiedliche, seit 1991 wechselnde Kostenermittlungsprinzipien möglich.

Im Jahr 2005 betragen die (Brutto-)Gesamtkosten der Krankenhäuser 63,9 Mrd. Euro. Sie erhöhten sich im Vergleich zum Vorjahr um 2,0%. Knapp zwei Drittel, das sind 41 Mrd. Euro, entfielen auf Personalkosten. Hier lag die Kostensteigerung gegenüber 2004 bei 0,2%. Deutlich stärker, nämlich um 5,1%, nahmen die Sachkosten zu, die sich auf 22,6 Mrd. Euro beliefen. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen. Tabelle 16–11 gibt einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten nach Kostenarten.

Neben den Kosten der Krankenhäuser werden auch die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten erfasst. Im Jahr 2005 betragen diese zusätzlich 0,46 Mrd. Euro.

Knapp 60% der Krankenhauskosten insgesamt entfielen auf Häuser in öffentlicher, 30% auf solche in freigemeinnütziger und lediglich 10% auf Häuser in privater Trägerschaft. Das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten ist bei den öffentlichen und den freigemeinnützigen Krankenhäusern in etwa gleich: Zwei Drittel zu ein Drittel. Bei den privaten Häusern lag der Personalkostenanteil bei 60% gegenüber einem Sachkostenanteil von 38%.

Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser, das sind die (Brutto-)Gesamtkosten abzüglich der Kosten für nicht stationäre Leistungen, betragen 56,7 Mrd. Euro. Sie lagen damit um 1,1% über denen von 2004¹⁵ und überstiegen die bereinigten Kosten des Jahres 1995 um annähernd ein Fünftel (18,6%).

Setzt man die bereinigten Kosten in Beziehung zur Anzahl der vollstationären Krankenhausesfälle, so entstanden den Krankenhäusern 2005 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 3 362 Euro je Fall. Das waren 21 Euro (0,6%) mehr als 2004 (Tabelle 16–12).

¹⁵ Unter Berücksichtigung der nachträglichen Korrekturmeldung Schleswig-Holsteins zu den Abzügen des Berichtsjahres 2004 (vgl. Tabelle 1.1 der Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser 2005).

Tabelle 16-11
Brutto-Gesamtkosten nach Kostenarten 2005

Kostenart ¹⁾	Insgesamt in 1 000 EUR	Anteil an den Brutto-Gesamt- kosten in %	Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr		Brutto-Kosten je vollstationären Belegungstag in EUR
			in %	in %	
Personalkosten insgesamt	40 957 758	63,7	0,2	17,9	2 427
Ärztlicher Dienst	10 392 370	16,2	4,2	43,0	616
Pflegedienst	14 005 417	21,8	-1,4	7,7	830
Medizinisch-technischer Dienst	5 520 543	8,6	-0,3	32,8	327
Funktionsdienst	3 933 180	6,1	0,2	26,6	233
Klinisches Hauspersonal	471 399	0,7	-11,5	-46,1	28
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1 875 516	2,9	-5,7	-22,6	111
Technischer Dienst	853 562	1,3	-1,7	7,8	51
Verwaltungsdienst	2 708 927	4,2	1,8	29,5	161
Sonderdienste	207 577	0,3	-1,7	-42,3	12
Sonstiges Personal	310 418	0,5	-6,7	-5,0	18
Nicht zurechenbare Personalkosten	678 849	1,1	8,9	105,4	40
Sachkosten insgesamt	22 621 447	35,2	5,1	34,4	1 341
Lebensmittel	1 285 050	2,0	2,0	23,9	76
Medizinischer Bedarf	10 830 073	16,8	4,6	34,7	642
dar.: Arzneimittel	2 588 223	4,0	4,4	-	153
Blut, Blutkonserven und -plasma	626 178	1,0	-4,2	9,2	37
Verband-, Heil-, Hilfsmittel	232 395	0,4	-1,9	-	14
Ärztl. u. pfleger, Verbrauchsmaterial, Instrumente	1 199 543	1,9	3,5	17,9	71
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1 302 687	2,0	3,8	40,3	77
Laborbedarf	908 464	1,4	-0,7	18,7	54
Wasser, Energie, Brennstoffe	1 502 671	2,3	10,4	21,8	89

Tabelle 16-11
Fortsetzung

Kostenart ¹⁾	Insgesamt in 1 000 EUR	Anteil an den Brutto-Gesamt- kosten in %	Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr		Brutto-Kosten je vollstationären Fall	Berechnungs-/ Belegungstag in EUR
			in %	in %		
Wirtschaftsbedarf	2 234 452	3,5	4,2	22,2	132	15
Verwaltungsbedarf	1 451 757	2,3	6,1	53,6	86	10
Zentrale Verwaltungsdienste	508 044	0,8	22,0	123,6	30	4
Zentrale Gemeinschaftsdienste	182 740	0,3	23,0	58,3	11	1
Versicherungen und sonstige Abgaben	634 358	1,0	7,2	-	38	4
Pflegesatzfähige Instandhaltung	2 762 080	4,3	3,1	20,9	164	19
Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter	59 517	0,1	-4,5	-51,2	4	0
Sonstiges	1 170 705	1,8	3,0	143,2	69	8
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	2 21 743	0,3	2,3	-	13	2
Steuern	74 877	0,1	26,7	-	4	1
Kosten der Krankenhäuser insgesamt	63 875 825	99,3	1,9	23,7	3 785	442
Kosten der Ausbildungsstätten	457 082	0,7	3,6	31,1	27	3
Brutto-Gesamtkosten	64 332 907	100,0	2,0	23,7	3 813	445
Abzüge insgesamt	7 600 532	11,8	8,9	83,6	450	53
Ambulanz	2 475 905	3,8	4,2	66,1	147	17
Wissenschaftliche Forschung und Lehre	2 272 116	3,5	1,6	77,3	135	16
Sonstige Abzüge	2 852 511	4,4	20,7	108,5	169	20
Bereinigte Kosten	56 732 375	88,2	1,1	18,6	3 362	392

¹⁾ Kein Vergleich mit den Kosten der Jahre 1996 bis 2001 möglich, da die Kostenermittlung auf einem anderen Kostenermittlungsprinzip beruht. Nur bereinigte Kosten können über den Wechsel des Kostenermittlungsprinzips hinaus verglichen werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser
Krankenhaus-Report 2007

Wido

Tabelle 16-12
Brutto-Gesamtkosten je vollstationären Krankenhausfall 2005 nach Ländern

Bundesland	Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser ¹⁾											Abzüge	Bereinigte Kosten		
	Insgesamt	Kosten der Ausbildungsstätten		zusammen		Personalkosten ²⁾		Sachkosten		Steuern					
		zusammen	darunter	zusammen	darunter	zusammen	darunter	zusammen	darunter	zusammen	darunter				
		ärztl. Dienst	Pflegedienst	zusammen	darunter	zusammen	darunter	zusammen	darunter	zusammen	darunter				
		in EUR													
Deutschland	3 813	27	3 785	2 427	616	830	1 341	642	13	4	450	3 362			
Baden-Württemberg	4 183	28	4 155	2 737	675	908	1 399	694	13	5	654	3 529			
Bayern	3 707	24	3 683	2 389	575	830	1 274	639	17	3	374	3 333			
Berlin	4 492	32	4 460	2 726	746	808	1 723	747	6	4	673	3 819			
Brandenburg	3 125	24	3 101	1 920	506	713	1 164	550	10	7	112	3 013			
Bremen	4 016	38	3 978	2 711	693	931	1 257	586	8	2	363	3 653			
Hamburg	4 884	39	4 846	2 845	816	885	1 961	822	39	1	869	4 015			
Hessen	3 854	29	3 824	2 430	601	847	1 371	667	17	7	383	3 470			
Mecklenburg-Vorpommern	3 192	11	3 181	2 005	530	675	1 157	598	10	9	301	2 891			
Niedersachsen	3 884	27	3 857	2 554	630	882	1 285	611	13	4	505	3 379			
Nordrhein-Westfalen	3 833	29	3 804	2 449	631	846	1 341	622	11	2	505	3 328			
Rheinland-Pfalz	3 615	26	3 588	2 374	609	828	1 199	573	13	3	363	3 251			
Saarland	4 031	42	3 989	2 568	602	948	1 417	700	3	1	345	3 686			
Sachsen	3 278	22	3 256	1 947	510	687	1 288	631	6	16	227	3 051			
Sachsen-Anhalt	3 579	21	3 558	2 232	560	778	1 312	663	11	3	302	3 277			
Schleswig-Holstein	3 767	44	3 723	2 363	632	826	1 344	642	15	1	435	3 333			
Thüringen	3 317	5	3 312	2 083	551	686	1 209	585	16	5	297	3 020			

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 (Hrsg.): Fachserie 12. Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser Krankenhaus-Report 2007

Wido

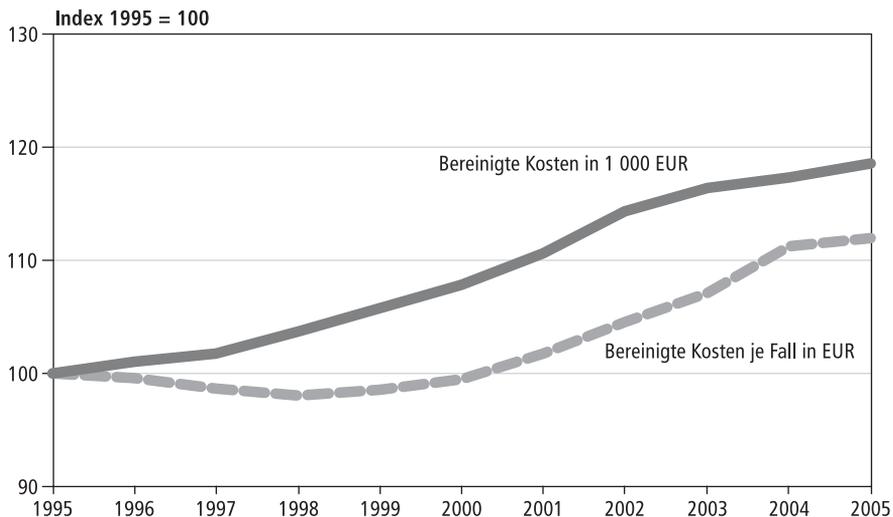
Die Höhe der bereinigten Kosten je Krankenhausfall variiert zwischen den Bundesländern. Die Stadtstaaten rangierten dabei auf den vorderen Rängen: Hamburger Krankenhäuser hatten mit 4 015 Euro die höchsten Kosten je vollstationären Fall, gefolgt von Berlin (3 819 Euro) und Bremen (3 653 Euro). Das hohe Niveau der bereinigten Kosten je Fall wird in Hamburg und Berlin ganz wesentlich durch das spezielle, im Allgemeinen kostenintensivere Behandlungsspektrum der Universitätskliniken beeinflusst. Dies wird deutlich an den überdurchschnittlich hohen Personal- und Sachkosten. Bei den Flächenstaaten wiesen die Krankenhäuser des Saarlands mit 3 686 Euro je Fall die höchsten Kosten auf. Am niedrigsten waren sie in Mecklenburg-Vorpommern (2 891 Euro) und Brandenburg (3 013 Euro). Gegenüber dem Vorjahr haben sich in sechs von sechzehn Bundesländern die durchschnittlichen bereinigten Kosten verringert; der stärkste Rückgang (-2,8%) ergab sich in Berlin. Die deutlichste Kostensteigerung im Vergleich zu 2004 betrug 3% in Schleswig-Holstein.

Zusätzlich zur regionalen Betrachtung der bereinigten Kosten stellt Tabelle 16–12 die (Brutto-)Gesamtkosten nach Kostenarten dar. So hatten die Krankenhäuser Brandenburgs mit durchschnittlich 1 920 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall. In Hamburg betragen demgegenüber die Personalkosten je Fall mit 2 845 Euro das anderthalbfache. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1 157 Euro in Mecklenburg-Vorpommern an. Im Vergleich dazu lagen die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern um 70% höher.

Im Vergleich zu den bereinigten Kosten je Krankenhausfall (+12%) sind die bereinigten Kosten insgesamt während des Betrachtungszeitraums deutlich stärker gestiegen (+18,6%) (Abbildung 16–6). Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch die Zahl der vollstationären Fälle 2005 gegenüber 1995 um 5,9% zugenommen hat.

Abbildung 16–6

Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Krankenhausfall 1995–2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

16.6 Exkurs: Psychiatrische Krankenhäuser

Von insgesamt 2 139 Krankenhäusern im Jahr 2005 waren 234 psychiatrische Einrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch und neurologisch behandelt wurden. Im Vergleich zu 2001¹⁶ hat sich die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser um 38 (19,4%) erhöht und liegt sogar über dem Ausgangswert von 221 psychiatrischen Krankenhäusern im Jahr 1991. Zugenommen hat vor allem die Zahl kleiner und mittlerer Häuser mit weniger als 100 bzw. 100 bis 199 Betten, die zusammen mehr als zwei Drittel (68%) aller psychiatrischen Krankenhäuser ausmachten.

Auch in den psychiatrischen Einrichtungen wurden seit 1991 massiv Betten abgebaut; bis zum Jahr 2001 wurde die Bettenzahl annähernd halbiert (−46%). Im Vergleich zu 2001 hat sich die Zahl der aufgestellten Betten im Jahr 2005 jedoch um 2 500 auf knapp 39 000 erhöht (Tabelle 16–13).

Während des gesamten Betrachtungszeitraums lag die durchschnittliche Bettenauslastung¹⁷ der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich über der Allgemeiner Krankenhäuser (84% im Jahr 1991 mit fallender Tendenz, 2005 nur noch 74,5%) und erreichte im Jahr 2005 mit 89,4% ihren bislang höchsten Wert. Die als Indikator einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung angestrebte Bettenauslastung von 85% wird in den psychiatrischen Krankenhäusern seit 1992 regelmäßig überschritten.

Die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage ist zwischen 1991 und 2001 um 9,1 Mio. Tage (43,4%) auf 11,8 Mio. zurückgegangen. Zugleich stieg die Zahl der vollstationär behandelten Patienten um 157 000. Dies führte zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten um annähernd zwei Drittel: Dauerte im Jahr 1991 der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus durchschnittlich 78,6 Tage, waren es 2001 nur noch 28 Tage. 2005 wurden 72 000 Patienten und 10,5 Mio. Berechnungs-/Belegungstage mehr gegenüber dem Jahr 2001 gezählt. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer von 25,6 Tagen.

Der Abbau von Kapazitäten wird auch mit Blick auf die Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich. Die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte ging im Zeitraum 1991 bis 2001 von 56 000 um ein Viertel auf rund 42 000 zurück. Allein im Pflegedienst, in dem mehr als die Hälfte (57%) der nichtärztlichen Vollkräfte beschäftigt ist, war ein Rückgang um 5 500 auf verbleibende 24 000 Kräfte zu verzeichnen. Demgegenüber ist die Zahl der ärztlichen Vollkräfte um 500 auf 4 300 geringfügig angestiegen. Im Jahr 2005 hat sowohl die Zahl der ärztlichen als auch der nichtärztlichen Beschäftigten zugenommen. Gegenüber 2001 wurden bei den Ärzten 800, bei den übrigen Beschäftigten 1 800 Vollkräfte mehr gezählt.

16 Betrachtungszeitraum sind die Berichtsjahre 1991 bis 2001 und 2005. Die Jahre 2002 bis 2004 sind wegen einer abweichenden Abgrenzung der psychiatrischen Krankenhäuser (Einbeziehung von Krankenhäusern mit ausschließlich neurologischen Betten) nicht vergleichbar.

17 Seit 2002 sind sog. Stundenfälle in der Fallzahl enthalten und gehen als ein Tag in die Summe der Berechnungs-/Belegungstage ein. Dies wirkt sich auf die durchschnittliche Verweildauer und den Nutzungsgrad der Betten aus. Vorjahreswerte wurden unter Berücksichtigung der Stundenfälle zu Vergleichszwecken neu berechnet (vgl. Tabelle 16–13).

Tabelle 16-13
Eckdaten der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten

Gegenstand der Nachweisung	2005	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991
Anzahl der Einrichtungen	234	196	194	192	195	200	195	207	216	213	210	221
Krankenhäuser mit ... Betten												
– unter 100	95	72	70	70	73	80	73	82	88	88	86	82
– 100–199	64	50	51	49	47	41	39	38	35	33	30	36
– 200–499	68	66	65	65	65	68	69	67	66	61	57	53
– 500 und mehr	7	8	8	8	10	11	14	20	27	31	37	50
Aufgestellte Betten	38 869	36 438	36 537	36 322	37 859	39 511	41 594	44 499	44 538	50 037	55 165	67 492
Bettenauslastung in Prozent	89,4	89,0	88,5	88,2	86,1	85,1	85,6	86,6	85,7	87,5	85,6	84,9
Vollstationär behandelte Patienten (Fallzahl)	494 808	422 728	400 735	377 885	360 014	341 263	318 822	302 907	297 204	271 263	254 758	265 950
Pflege tage	12 683 673	11 831 520	11 836 216	11 689 440	11 899 976	12 271 729	13 034 179	14 065 781	15 175 264	15 977 439	17 284 297	20 915 274
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	25,6	28,0	29,5	30,9	33,1	36,0	40,9	46,4	51,1	58,9	67,8	78,6
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	48 230	46 475	46 369	45 750	47 102	48 188	52 321	54 722	56 773	52 950	55 106	59 921
davon: – Ärztliches Personal	5 119	4 301	4 261	4 049	4 112	4 158	4 247	4 137	4 005	3 613	3 700	3 881
– Nichtärztliches Personal	43 112	42 174	42 108	41 701	42 990	44 031	48 073	50 585	52 768	49 338	51 407	56 040
davon: – Pflegepersonal	24 063	24 024	24 011	23 690	24 326	24 781	26 908	28 358	28 846	26 513	27 239	29 496
dar.: in der Psychiatrie tätig	22 433	22 581	22 690	22 278	22 743	23 441	25 586	26 938	27 698	25 393	26 272	27 901
– Med.-tech. Dienst	6 154	5 300	5 217	5 137	5 134	5 238	5 525	5 272	4 385	4 098	4 146	4 596
– Funktionsdienst	2 353	2 291	2 278	2 214	2 282	2 326	2 633	2 797	3 136	2 822	2 900	3 258
– Übriges Personal	10 541	10 559	10 602	10 660	11 248	11 686	13 007	14 158	16 401	15 905	17 122	18 690

* Die Abgrenzung zwischen Allgemeinen und Sonstigen Krankenhäusern im 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 ab 2005 (neben den Reinen Tages- und Nachtkliniken) nur noch Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder neurologischen Betten.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser
 Krankenhaus-Report 2007

Wido

17 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhäuser 2005

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 2005. 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 2005 waren dies insgesamt 17,03 Millionen Patienten. Damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich wiederholt gesunken. 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 2005 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 2005, this applied to 17.03 million patients altogether. The total number of patients has dropped for the second time since diagnosis data are collected on a federal level.

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.

17

17.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahres 2005 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 neuerdings die

fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG) erfasst. Zusätzlich werden seit 2003 auch die Diagnosedaten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten erhoben (vgl. Kapitel 19).

Im Rahmen der Diagnosestatistik werden alle im Laufe des Berichtsjahres aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten¹ sowie die im Krankenhaus Verstorbenen erfasst. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Patienten wird jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall nachgewiesen (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Angaben zur Diagnosestatistik entnehmen die Krankenhäuser der vorhandenen Patientendokumentation.

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche anstellen zu können, werden die Ergebnisse der Diagnosestatistik teilweise alters- und geschlechtsstandardisiert. Mit Hilfe der Standardisierung werden die Ergebnisse um den demographischen Effekt bereinigt. Dies erlaubt bevölkerungsunabhängige intertemporale und interregionale Vergleiche zwischen strukturell verschiedenen Gesamtheiten. Dadurch können Veränderungen beim Auftreten bestimmter Krankheiten aus rein epidemiologischer Sicht beurteilt werden, ohne dass die Ergebnisse durch sich verändernde Bevölkerungsstrukturen verzerrt werden. Genauer: Mit dieser Methode kann gezeigt werden, ob sich das Risiko jedes Einzelnen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, erhöht hat oder nicht. Beispiel: Wenn im Vergleich zu 1995 heute mehr Menschen in Deutschland über 80 Jahre alt sind, treten in dieser Altersklasse auch mehr Krankheiten auf.² Gleichzeitig hat sich aber trotz der steigenden Anzahl der Erkrankungen (bedingt durch die größere Bevölkerungsgruppe in diesem Alter) das Risiko des Einzelnen daran zu erkranken nicht erhöht.

17.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2005 wurden insgesamt gut 17 Millionen vollstationäre Krankenhaufälle in der Krankenhausdiagnosestatistik erfasst. Es handelt sich hierbei um alle Krankenhaufälle inklusive Sterbe- und Stundenfälle einschließlich gesunder Neugeborener. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass sich der Trend der letzten Jahre fortsetzt: Ist die Zahl der Fälle von 2000 bis 2002 noch um knapp 200 000 gestiegen, liegt im Jahr 2005 die Anzahl der Behandlungsfälle insgesamt noch unter dem Niveau des Jahres 2000. Auffällig dabei ist, dass sich dieser Trend über beide Geschlechter hinweg uneinheitlich zeigt: Während die Anzahl der Behandlungsfälle bei den Frauen zwischen 2000 und 2005 um 322 000 (–1,8 %) zurückgegangen ist, ist sie bei den Männern um knapp 169 000 (+2,8 %) angestiegen.

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.

Ob es sich bei diesen Daten um Effekte der demographischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten³: Zwischen 2000 und 2005 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle sowohl insgesamt zurückgegangen (um 1,6%) als auch bei den jeweiligen Geschlechtern rückläufig. Die Zahl der Behandlungsfälle bei Frauen ist sogar um 2,6% auf 21 122 gesunken, die der Männer um 0,8% auf 17 744 Behandlungsfälle. Dabei ist die Veränderung der standardisierten Behandlungsfälle verglichen mit den Vorjahren unterschiedlich stark ausgefallen. Bei den Frauen ist diese Rate kontinuierlich mit größer werdendem Niveau zurückgegangen, wohingegen sie bei den Männern unterschiedlich ausfällt. Zwischen 2002 und 2003 ist sie bspw. um 1,1% zurückgegangen, im darauffolgenden Jahr jedoch wieder um 0,7% gestiegen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass der direkte Vergleich zwischen Männern und Frauen nur begrenzt möglich ist, da Frauen von Natur aus wegen Schwangerschaft und Geburt häufiger im Krankenhaus behandelt werden.

Ein weiterer wichtiger Indikator für Aspekte wie mögliche Einsparpotenziale und Effizienz in Krankenhäusern ist die Verweildauer. Sie dient gleichermaßen als Ansatzpunkt für die Qualität der stationären Versorgung. Viele Datennutzer erwarten wie auch in den Jahren zuvor einen Rückgang der Verweildauer in den Krankenhäusern. Insbesondere die Notwendigkeit von Kostenreduzierungen hat in den Vorjahren dazu geführt, dass die Patienten immer kürzer in den Krankenhäusern verweilen. Waren es im Jahr 2000 noch fast 10 Tage (9,7 Tage), ist diese Zahl kontinuierlich um über einen Tag auf durchschnittlich 8,6 Tage im Jahr 2004 zurückgegangen. Ein weiterer Rückgang bleibt jedoch aus, die durchschnittliche Verweildauer ist auch im Jahr 2005 auf diesem Niveau (ebenfalls 8,6 Tage) stehen geblieben. Ob damit das Ende der möglichen Einsparpotenziale erreicht ist, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden. Es ist aber sinnvoll, ein weiteres Indiz für die Bestätigung der These, dass weitere Einsparpotenziale nicht zu erwarten sind, heranzuziehen: die Anzahl der Kurzlieger (1 bis 3 Tage im Krankenhaus). Die Entwicklung der Anzahl der Kurzlieger ist scheinbar eng mit der Entwicklung der Verweildauer verknüpft, da sie einen konträren Verlauf aufweist. Das bedeutet, dass die Anzahl der Kurzlieger automatisch steigt, wenn die Verweildauer sinkt. Diese Entwicklung ist deutlich innerhalb der letzten Jahre zu sehen. Demnach müsste sie im Vergleich der Jahre 2005 zu 2004 stagnieren, da auch die Verweildauer keine Änderungen aufweist. In der Tat stagnieren die Zahlen der Kurzlieger, sie sind sogar ganz leicht um 0,1% gegenüber 2004 gesunken (Tabelle 17–1).

Insgesamt betrachtet zeigt sich somit ein deutliches Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle sinkt weiter, die Verweildauer hingegen ist nach teils starken Rückgängen in den letzten Jahren auf einem niedrigen Niveau stehen geblieben, parallel dazu stagniert auch die Zahl der Kurzlieger. Inwieweit dies Auswirkungen auf den ambulanten Sektor hat (bspw. in Form einer Verschiebung dorthin), kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (Abbildung 17–1).

3 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“, ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 17-1
Kennzahlen der Patienten im Überblick 2005

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr					Veränderung 2005 zu					
	2005 ^a	2004 ^a	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000
	Anzahl										
Behandlungsfälle insgesamt ^b	17 033 775	17 233 624	17 313 222	17 363 164	17 259 596	17 187 527	-1,2	-1,6	-1,9	-1,3	-0,9
– Männer	7923 621	7 968 271	7 907 222	7 899 881	7 813 749	7 754 764	-0,6	0,2	0,3	1,4	2,2
– Frauen	9 110 081	9 265 287	9 405 898	9 462 283	9 445 553	9 432 580	-1,7	-3,1	-3,7	-3,6	-3,4
Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter	16 970 819	17 159 213	17 244 171	17 295 691	17 183 495	17 109 205	-1,1	-1,6	-1,9	-1,2	-0,8
– Männer	7 889 241	7 929 456	7 871 052	7 864 729	7 774 416	7 713 291	-0,5	0,2	0,3	1,5	2,3
– Frauen	9 081 578	9 229 757	9 373 119	9 430 962	9 409 079	9 395 914	-1,6	-3,1	-3,7	-3,5	-3,3
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner ^e	20 580	20 799	20 897	20 969	20 869	20 817	-1,1	-1,5	-1,9	-1,4	-1,1
– Männer	19 553	19 652	19 507	19 510	19 332	19 227	-0,5	0,2	0,2	1,1	1,7
– Frauen	21 564	21 897	22 226	22 363	22 336	22 333	-1,5	-3,0	-3,6	-3,5	-3,4
Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner (standardisiert) ^{c,e}	19 629	19 962	20 030	20 213	20 230	20 293	-1,7	-2,0	-2,9	-3,0	-3,3
– Männer	17 744	17 992	17 859	18 051	18 066	18 130	-1,4	-0,6	-1,7	-1,8	-2,1
– Frauen	21 122	21 549	21 821	22 015	22 057	22 134	-2,0	-3,2	-4,1	-4,2	-4,6
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren) ^d	52,1	51,9	52,7	52,3	51,8	51,3	0,4	-1,1	-0,4	0,6	1,6
– Männer	51,2	51,0	51,9	51,3	50,8	50,3	0,4	-1,3	-0,2	0,8	1,8
– Frauen	52,9	52,7	53,5	53,1	52,7	52,2	0,4	-1,1	-0,4	0,4	1,3

Tabelle 17-1
Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr					Veränderung 2005 zu					
	2005 ^a	2004 ^a	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000
	Anzahl										
Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner^e											
– unter 15 Jahre	15 284	14 678	11 386	11 381	11 559	11 748	4,1	34,2	34,3	32,2	30,1
– 15 bis unter 45 Jahre	12 348	12 783	13 512	13 835	13 969	14 146	-3,4	-8,6	-10,7	-11,6	-12,7
– 45 bis unter 65 Jahre	19 498	20 319	21 372	21 735	21 802	21 879	-4,0	-8,8	-10,3	-10,6	-10,9
– 65 bis unter 85 Jahre	41 971	42 775	43 665	43 467	43 049	42 781	-1,9	-3,9	-3,4	-2,5	-1,9
– 85 Jahre und mehr	61 171	59 913	61 838	62 305	61 067	59 980	2,1	-1,1	-1,8	0,2	2,0
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	8,6	8,6	9,0	9,3	9,4	9,7	0,0	-4,4	-7,1	-8,4	-11,3
Stundenfälle innerhalb eines Tages	506 891	606 418	687 725	730 578	740 280	777 404	-16,4	-26,3	-30,6	-31,5	-34,8
Kurzlieger (1 bis 3 Tage)	5 401 207	5 406 254	5 262 823	5 072 670	4 896 539	4 710 656	-0,1	2,6	6,5	10,3	14,7
Sterbefälle	392 715	384 805	404 526	399 519	391 408	399 413	2,1	-2,9	-1,7	0,3	-1,7
Erfassungsgrad (in %)	100,9	100,0	100,1	99,6	99,6	99,6	0,9	0,8	1,3	1,3	1,3

a Einschließlich gesunde Neugeborene.
 b Behandlungsfälle einschließlich der Patienten mit unbekanntem Geschlecht.
 c Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“.
 d Durchschnittsalter 2000 bis 2002 auf Basis einer 10-prozentigen Stichprobe.
 e Ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

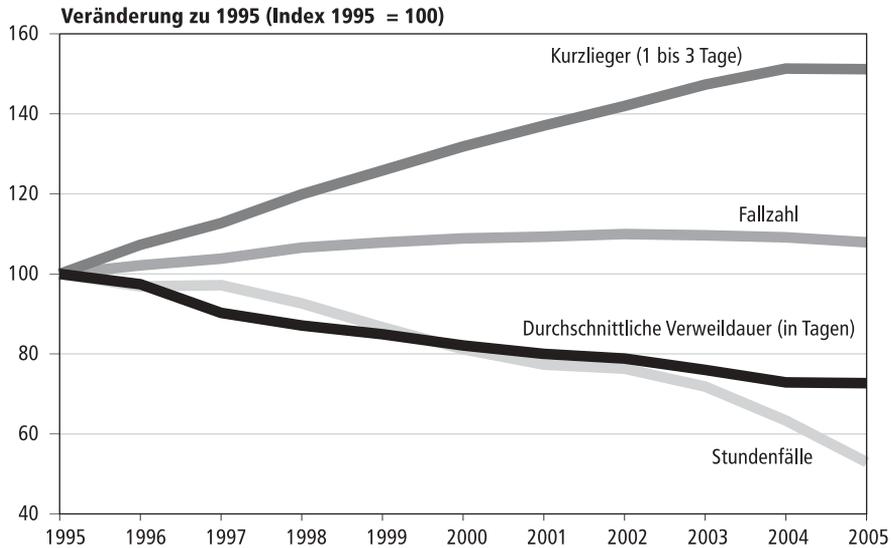
Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 17-1

Kennzahlen im Zeitvergleich 1995–2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

17.3 Strukturdaten der Krankenhauspatienten

Sowohl in den Grunddaten und der DRG-Statistik als auch in der Diagnosestatistik wird die Anzahl der entlassenen Patienten ermittelt. Alle Statistiken werden unabhängig voneinander erhoben. Im direkten Vergleich der Diagnosestatistik mit den Grunddaten hat sich gezeigt, dass es in den Jahren 2000 bis 2002 immer eine leichte Untererfassung in den Diagnosedaten gab, die bei 0,4% lag. Lag die Übereinstimmung im Berichtsjahr 2004 noch bei 100%, ist im Berichtsjahr 2005 dagegen eine Übererfassung in der Diagnosestatistik zu finden (100,9%).

17

17.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2005 waren von den rund 17 Millionen Behandlungsfällen 7,9 Millionen männlichen und rund 9,1 Millionen weiblichen Geschlechtes. Die Männer haben demnach einen Anteil von 46,5% und die Frauen von 53,5%. Bezogen auf die standardisierte Bevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durchschnittlich 17 700 Männer und 21 100 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengefasst wurden knapp 20 000 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 333 Fälle je 100 000 Einwohner, bzw. 1,7% weniger als noch im Vorjahr.

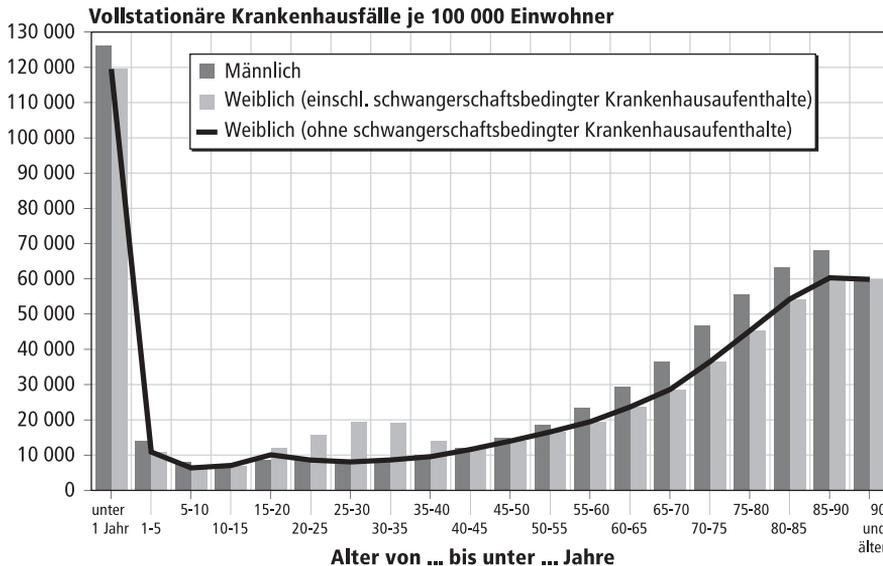
Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich nur leicht erhöht. Im Jahr 2005 lag es bei 52,1 Jahren, wobei die Frauen mit 52,9 Jahren um 1,7 Jahre älter als die

Männer waren. Der Grund hierfür ist der höhere Anteil der Frauen in den hohen Altersgruppen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Behandlungshäufigkeit mit dem Alter steigt. So wurden in der Gruppe der bspw. 15- bis 45-Jährigen ca. 12 300 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, wohingegen es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen rund 61 100 Personen waren, also fast fünfmal so viel.

In den Altersgruppen der über 15-Jährigen ist ein nahezu stetiger Rückgang der Behandlungsfälle im Vergleich zu 2000 zu verzeichnen. Bei den 15- bis 45-Jährigen ist die Zahl der Behandlungsfälle um fast 13 % gesunken (-12,7%), während die altersspezifische Rate der über 85-Jährigen nur um 0,1 % gesunken ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Behandlungsfälle bei den über 85-Jährigen sogar um 2,1 % gestiegen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2005 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (siehe Abbildung 17-2). Bei den 15- bis 45-Jährigen zeigt sich zwar zunächst, dass mehr Frauen als Männer behandelt wurden. Dies ist jedoch auf Fälle zurückzuführen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-Positionen O00-O99) stehen. Rechnet man diese Fälle heraus, wurden nur in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen (10 092 Frauen zu 8 757 Männern) und der über 90-Jährigen (59 862 Frauen zu 59 294 Männern) mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. Die größten Unterschiede sind in zwei Altersbereichen zu finden: Zum einen bei den unter 10-Jährigen, zum anderen bei den 65- bis 75-Jährigen.

Abbildung 17-2
Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Hier wurden jeweils ca. 20% weniger Frauen als Männer je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt.

Vergleicht man den Anteil der Absolutzahlen der Behandlungsfälle je Altersklasse, so zeigt sich ebenfalls, dass die männlichen Patienten in der Regel in der Überzahl waren: Zwar machen sie insgesamt nur 46,5% der Patienten aus, in den Altersgruppen der unter 15-Jährigen und der 45- bis 60-Jährigen liegen die Zahlen hingegen bei fast 55% bzw. 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.

17.3.2 Verweildauer der Patienten

Seit dem Berichtsjahr 2003 wird die Fallzahl im Krankenhaus-Report erstmals inklusive der Stundenfälle veröffentlicht. Jeder Stundenfall wird als ein Fall mit einem Berechnungs-/Belegungstag in die Statistik aufgenommen. Dies hat zur Folge, dass die Verweildauer per se sinkt.

2005 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 8,6 Tagen. Dies entspricht exakt dem Vorjahresergebnis. Trotz der Stagnation zeigt die längerfristige Entwicklung seit 2000 aber einen Rückgang um 11,3%.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es keine nennenswerten Unterschiede: Männer lagen mit durchschnittlich 8,5 Tagen nur unwesentlich kürzer im Krankenhaus als Frauen mit durchschnittlich 8,7 Tagen. Der niedrigere Wert bei den Frauen zwischen 20 und 40 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 einen Tag länger im Krankenhaus als Männer.

Insgesamt kann man festhalten, dass ungeachtet des Geschlechts die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern mit dem Alter kontinuierlich zunimmt, ein weiterer Rückgang der Verweildauer allerdings nicht mehr beobachtet werden kann.

In 2005 verbrachten insgesamt über 5,4 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 31,7% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 31,3%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 0,4 Prozentpunkte erhöht. Die Zahlen zeigen, dass es nach wie vor Ziel der Behandlungen ist, die Patienten aus Kostengründen und wegen der Belastung des eigenen Personals früher als üblich nach Hause zu schicken.

Patienten, die zwar vollstationär aufgenommen werden, bei denen sich jedoch innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig ist bzw. die innerhalb des ersten Tages versterben, werden in der Krankenhausstatistik als Stundenfälle bezeichnet. In 2005 gab es insgesamt über 507 000 Stundenfälle, dies sind fast 100 000 Fälle weniger als noch im Jahr zuvor (606 000). Dies entspricht einem Rückgang von 16,4%. Verglichen mit 2000 ist die Zahl der Stundenfälle sogar um fast 35% gesunken (Tabelle 17–2).

Tabelle 17-2

Verweildauer der Patienten 2005

Verweildauer in Tagen	Patienten			Berechnungs- und Belegungstage		
	Anzahl	Anteil in %	kumuliert	Anzahl	Anteil in %	kumuliert
Insgesamt	17 033 775	100,0	–	146 041 214	100,0	–
Stundenfall	506 891	3,0	3,0	506 891	0,3	0,3
1	1 763 500	10,4	13,3	1 763 500	1,2	1,6
2	1 904 408	11,2	24,5	3 808 816	2,6	4,2
3	1 733 299	10,2	34,7	5 199 897	3,6	7,7
4	1 565 711	9,2	43,9	6 262 844	4,3	12,0
5	1 255 213	7,4	51,2	6 276 065	4,3	16,3
6	1 083 195	6,4	57,6	6 499 170	4,5	20,8
7	1 015 375	6,0	63,6	7 107 625	4,9	25,6
8–9	1 505 189	8,8	72,4	12 713 471	8,7	34,3
10–12	1 386 476	8,1	80,5	15 105 476	10,3	44,7
13–14	745 358	4,4	84,9	10 065 362	6,9	51,6
15–21	1 339 067	7,9	92,8	23 266 629	15,9	67,5
22–28	520 738	3,1	95,8	12 797 196	8,8	76,3
29–35	254 435	1,5	97,3	8 052 056	5,5	81,8
36–42	148 401	0,9	98,2	5 762 179	3,9	85,7
43–70	216 236	1,3	99,5	11 495 123	7,9	93,6
71–182	86 465	0,5	100,0	8 269 964	5,7	99,3
183–365	3 472	0,0	100,0	800 513	0,5	99,8
366 u. länger	346	0,0	100,0	288 437	0,2	100,0

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WiDO

Nahezu 393 000 Personen sind 2005 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen insgesamt (830 227) beträgt der Anteil 47,3%. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung darstellt, da beiden Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik), unterschiedliche Grundgesamtheiten zugrunde liegen. Die Todesursachenstatistik erfasst alle im Berichtsjahr Verstorbenen mit Wohnsitz in Deutschland und damit auch Staatenlose und Ausländer, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben (so genanntes Inländerprinzip). Demgegenüber erfasst die Krankenhausdiagnosestatistik alle Patienten, die im Berichtsjahr in einem deutschen Krankenhaus verstarben, das heißt auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

17.3.3 Regionale Verteilung der Patienten

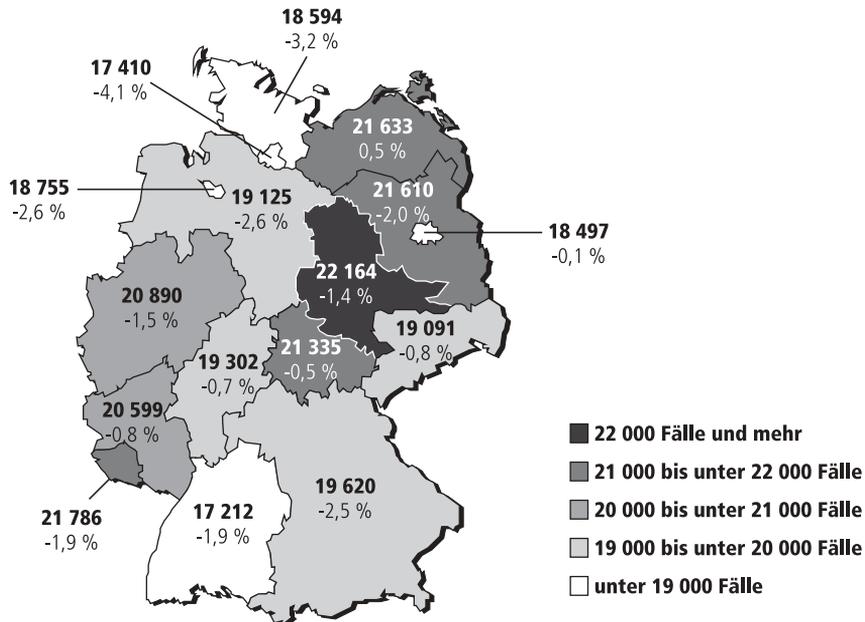
Bei dem Vergleich der Krankenhausfälle nach dem Wohnort der Patienten wird die standardisierte Rate herangezogen, um einen direkten Vergleich der Zahlen zu ermöglichen. Dies geschieht, indem die Fallzahl in eine Rate je 100 000 Einwohner umgerechnet wird. Anschließend wird die Fallzahl alters- und geschlechtsstandardisiert. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Bevölkerung der Bundesländer im Hinblick auf ihre Alters- und Geschlechtsstruktur voneinander unterscheidet. Hierzu wird eine einheitliche Bevölkerungsstruktur in Anlehnung an die Ergebnisse der Volkszählung von 1987 unterstellt, wodurch ein Vergleich der standardisierten Raten der Bundesländer ermöglicht wird. Die standardisierte Fallzahl sagt aus, wie viele Personen wegen einer bestimmten Krankheit vollstationär behandelt werden müssten, wenn die Altersstruktur der gewählten Standardbevölkerung von 1987 vorliegen würde (Abbildung 17–3 und Tabelle 17–3).

Im Vergleich zu 2000 verringerten sich sowohl die standardisierte Fallzahl als auch die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Verweildauer weiter. Insgesamt hat sich die Zahl der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Deutschland von 2005 zu 2000 um 1,1% verringert. Jedoch waren die Veränderungsdaten von Land zu Land sehr unterschiedlich: Während die standardisierte Fallzahl der Pati-

Abbildung 17–3

Patienten (einschl. Stundenfälle) je 100 000 Einwohner nach Bundesländern (Wohnort) 2005 – standardisierte rate und Vorjahresveränderung

– standardisierte Rate und Vorjahresveränderung –



Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 17-3

Patienten nach Wohnort 2000 und 2005

Wohnort des Patienten	Patienten ^a	Berechnungs- und Belegungstage ^a	Durchschnittliche Verweildauer
Deutschland	-3,3	-15,7	-11,5
Baden-Württemberg	-5,1	-16,2	-10,3
Bayern	-6,0	-19,4	-13,1
Berlin	0,1	-19,6	-18,7
Brandenburg	1,8	-12,2	-11,9
Bremen	-3,1	-17,8	-13,9
Hamburg	-1,1	-21,1	-19,7
Hessen	-0,5	-13,9	-12,1
Mecklenburg-Vorpommern	-4,5	-9,9	-3,6
Niedersachsen	-4,6	-15,0	-9,6
Nordrhein-Westfalen	-2,2	-14,5	-11,3
Rheinland-Pfalz	-4,3	-14,6	-9,3
Saarland	-4,9	-12,6	-6,1
Sachsen	-0,5	-16,3	-14,7
Sachsen-Anhalt	-1,6	-11,3	-8,0
Schleswig-Holstein	-8,8	-16,9	-7,9
Thüringen	0,3	-12,8	-11,4

^a Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.
Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“.

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

enten nach Wohnort nur in Brandenburg und Thüringen angestiegen ist (+1,8%, bzw. +0,3%), sank sie in allen anderen Ländern oder blieb gleich (Berlin). Den größten Rückgang gegenüber dem Jahr 2000 haben Schleswig-Holstein mit -8,8%, Bayern mit -6,0% und Baden-Württemberg mit -5,1% zu verzeichnen. Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Sie haben in jedem Land abgenommen, sodass es deutschlandweit einen Rückgang von 15,7% gab. Die größten Rückgänge finden sich in Hamburg mit -21,1% und in Bayern mit -19,4%, die geringsten in Mecklenburg-Vorpommern mit 9,9%. Alle anderen Länder weisen einen Wert innerhalb dieser Spannweiten auf. Dies hat auch Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Ländern. Wie zuvor schon gezeigt, ist sie insgesamt in Deutschland um 11,5% zurückgegangen. Die Veränderungsraten zwischen den Bundesländern variieren hierbei zwischen 3,6% in Mecklenburg-Vorpommern und 19,7% in Hamburg. In weit mehr als der Hälfte aller Bundesländer ist die durchschnittliche Verweildauer um über 10% zurückgegangen.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 hat Sachsen-Anhalt mit 22 164 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle aufzuweisen, gefolgt vom Saarland mit 21 786 Fällen. An dritter Stelle liegt Mecklenburg-Vorpommern mit 21 633 Fällen je 100 000 Einwohner. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (19 629 Fälle je 100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze werden hierbei von Baden-Württemberg (17 212 Fälle), Hamburg (17 410 Fälle) und Berlin (18 497 Fälle) belegt.

Der Vergleich zum Berichtsjahr 2004 zeigt unterschiedliche Veränderungsdaten zwischen den einzelnen Bundesländern: Die größten Veränderungsdaten der standardisierten Zahl der Behandlungsfälle weisen wie auch im letzten Jahr Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern auf. Während Hamburg mit $-4,1\%$ den größten Rückgang zu verbuchen hat, liegt die Zahl der standardisierten Behandlungsfälle in Mecklenburg-Vorpommern mit einem Zuwachs von $0,5\%$ sogar über dem Vorjahreswert. Dies ist auch der einzige Wert, der angestiegen ist. In allen anderen Ländern ist die standardisierte Rate der Behandlungsfälle rückläufig.

17.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2005 galt die 10. Revision (ICD-10). Die Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben und wird als diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Terminus „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Daher ist diese genaue Definition wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 17-4).

17.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 17.3.1 erläuterte Entwicklung der Behandlungsfälle durchzieht nicht jedes Diagnosekapitel. Die Zahlen zwischen den Kapiteln variieren zum Teil erheblich.

Doch zunächst ist es hilfreich, eine Art Rangliste der Kapitel der ICD nach Behandlungsfällen zu erstellen. Wie im vorherigen Berichtsjahr auch waren die Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD I00 bis I99) die bedeutendsten Krankheiten in Deutschland. Nahezu 2,6 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von 15% an allen Kapiteln bedeutet. Im Vergleich zu 1995 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um $2,5\%$ erhöht.

An zweiter Stelle folgen Krankheiten des Kapitels C00 bis D48 (Neubildungen). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit insgesamt über 1,8 Millionen Fällen ($10,8\%$ an allen Behandlungsfällen) die wichtigsten Diagnosen dar.

Tabelle 17-4
 Patienten nach Diagnosekapiteln 2005

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		Patientinnen und Patienten			
		Insgesamt ^a	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl		je 100 000 Einwohner ^b			
Insgesamt		17 033 775	7 923 621	9 110 081	20 580	19 553	21 564
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	415 410	202 295	213 114	502	499	504
C00-D48	Neubildungen	1 843 435	898 508	944 926	2 228	2 218	2 236
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	115 318	47 900	67 417	140	118	160
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	463 384	184 318	279 065	560	455	661
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 046 365	566 683	479 675	1 264	1 399	1 136
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	694 826	378 649	316 176	839	935	748
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	310 195	129 526	180 668	374	319	427
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	142 657	67 831	74 826	172	167	177
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 556 680	1 344 842	1 211 828	3 091	3 320	2 871
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 086 910	593 142	493 764	1 314	1 466	1 169
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 706 286	848 896	857 386	2 063	2 097	2 030
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	228 294	118 923	109 371	276	294	259
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 400 064	600 007	800 051	1 691	1 480	1 893
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	891 951	368 851	523 100	1 078	910	1 238
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	933 377	–	933 376	–	–	2 210
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	162 561	89 009	73 550	197	220	174
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	107 273	57 883	49 387	129	142	116

Tabelle 17–4
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		Patientinnen und Patienten		Patientinnen und Patienten		
		Insgesamt ^a	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich	je 100 000 Einwohner ^b
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die an anderenorts nicht klassifiziert sind	601 540	271 755	329 784	726	670	780	
500-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 665 610	823 996	841 611	2 009	2 028	1 990	
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	656 960	328 612	328 326	794	812	777	
	Ohne Diagnoseangabe	4 677	1 995	2 678	5	5	6	

^a Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.

^b Altersspezifische Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Im Vergleich zu 1995 ist die Zahl demnach um fast 2% zurückgegangen. An dritter Stelle liegen Krankheiten des Verdauungssystems (K00 bis K93) mit über 1,7 Millionen Fälle und einem Anteil von 10,0% an allen Diagnosen. Im Gegensatz zu den beiden ersten genannten Diagnosen ist die Anzahl der Behandlungsfälle der Krankheiten des Verdauungssystems im Vergleich der Jahre 2005 und 1995 stark gestiegen, und zwar um 14,2% (Tabelle 17–5).

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 fast 100% (1995: 349 710 Fälle und 2005: 694 826 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 43,8% erhöht, und auch die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 bis M99) stiegen um rund ein Drittel ihres Wertes von 1995 (+32,8%) an.

Wichtiges Indiz für die Qualität der Krankenhausdiagnosestatistik ist die Anzahl und der Anteil derjenigen Fälle, die keine Diagnoseangabe beinhalten. 1995 wurden noch 87 681 Behandlungsfälle ohne Diagnoseangabe gezählt, was einem Anteil von 0,6% bedeutet. 2005 hingegen ist diese Zahl um 94,7% auf 4 677 gesunken und hat nunmehr einen kaum mehr messbaren Anteil in Höhe von 0,03%. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, zumal sogar der Rückgang zum Vorjahr 2005 beachtliche 31% beträgt. Dies setzt den bisherigen Trend fort und zeugt von einer sehr guten Qualitätsverbesserung der Krankenhausdiagnosestatistik.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate) haben sich bezogen auf 100 000 Einwohner die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00 bis Z99), fast um das fünffache erhöht. Die Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99) haben in den Jahren zwischen 1995 und 2005 um 98,7% zugenommen. Starke Rückgänge von um die 25% sind nur bei den Krankheiten des Auges und der Augenanhängsbilde (H00 bis H59) mit 26,7% und den Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) mit 24,8% festzustellen. Im direkten Vergleich ist lediglich der Bereich der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 bis O99) konstant geblieben (Abbildung 17–4).

17.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2005 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38), sie wurde insgesamt 495 683 Mal gezählt. Dies ist damit zu begründen, dass zum ersten Mal mit dem Berichtsjahr 2004 die gesunden Neugeborenen erfasst werden. Ein Vergleich mit dem Vorjahr ist somit nicht möglich.

Mit 315 552 Behandlungsfällen war Angina Pectoris (I20) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 4 601 Fälle weniger als noch im Jahr zuvor (320 153 Behandlungsfälle).

Bei den Frauen war die Position „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38) die häufigste Diagnose. Auf sie entfallen knapp 246 000 Fälle. Mit weitem Abstand folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in 165 500 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 79 Jahre. Da-

Tabelle 17-5
Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln im Zeitverlauf 1995-2005

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten										
		2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
	Insgesamt	17 033 775	17 233 624	17 313 222	17 363 164	17 259 596	17 187 527	17 027 961	16 825 974	16 388 506	16 124 015	15 789 811
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	415 410	412 958	409 155	393 817	352 785	329 936	308 892	300 425	297 099	294 135	288 804
C00-D48	Neubildungen	1 843 435	1 928 029	1 924 063	1 974 524	2 001 368	2 104 721	2 080 082	2 036 312	1 954 725	1 916 062	1 880 232
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	115 318	116 533	116 319	113 297	111 114	106 089	114 571	113 681	110 755	106 804	103 284
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	463 384	469 626	486 261	486 438	505 019	491 764	472 992	477 270	463 022	457 752	458 258
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 046 365	1 019 154	993 732	986 237	981 269	926 300	896 190	885 011	852 548	823 164	812 177
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	694 826	700 420	691 001	680 888	673 813	648 072	417 938	392 950	377 062	364 344	349 710
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	310 195	332 250	369 288	393 315	405 155	420 426	432 201	432 012	442 975	439 507	423 342
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	142 657	149 569	162 730	176 060	186 513	191 999	188 259	188 801	181 735	177 713	176 156
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 556 680	2 652 786	2 748 657	2 803 282	2 798 176	2 818 895	2 852 047	2 811 995	2 664 228	2 591 360	2 493 221
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 086 910	1 042 041	1 102 542	1 091 402	1 066 476	1 089 252	1 107 447	1 107 721	1 058 102	1 077 650	1 090 805
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 706 286	1 747 304	1 786 271	1 758 445	1 715 738	1 704 716	1 613 585	1 584 922	1 540 345	1 511 767	1 493 890
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	228 294	232 012	241 431	242 721	243 799	241 796	246 789	243 277	234 007	229 583	233 360
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	1 400 064	1 389 520	1 394 152	1 360 633	1 323 087	1 264 040	1 211 776	1 159 034	1 101 319	1 062 143	1 054 653
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	891 951	934 327	1 067 921	1 067 965	1 079 419	1 093 521	1 126 267	1 125 631	1 125 447	1 158 572	1 186 587

Tabelle 17-5
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten										
		2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
		Anzahl										
000-099	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	933 377	968 098	1 006 106	1 029 129	1 050 411	1 103 446	1 123 570	1 151 431	1 185 686	1 171 421	1 115 710
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	162 561	144 749	108 409	108 058	109 323	114 560	111 406	111 827	115 726	118 428	132 042
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	107 273	112 094	117 737	123 906	126 115	131 469	121 586	123 005	126 497	127 312	128 303
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	601 540	558 054	537 788	551 863	535 504	536 781	681 024	673 106	633 428	571 506	469 075
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1 665 610	1 687 473	1 721 509	1 709 185	1 683 621	1 725 939	1 715 371	1 699 757	1 711 974	1 708 979	1 680 239
Z00-Z99 ^a	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	656 960	629 841	325 464	296 366	288 861	109 298	182 251	181 915	179 999	165 648	132 282
Z38	darunter: gesunde Neugeborene	495 683	444 306	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Ohne Diagnoseangabe	4 677	6 786	2 686	15 633	22 030	34 507	23 717	25 891	31 827	50 165	87 681

^a = Berichtsjahre 1995-2003 ohne Z38: gesunde Neugeborene
 a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

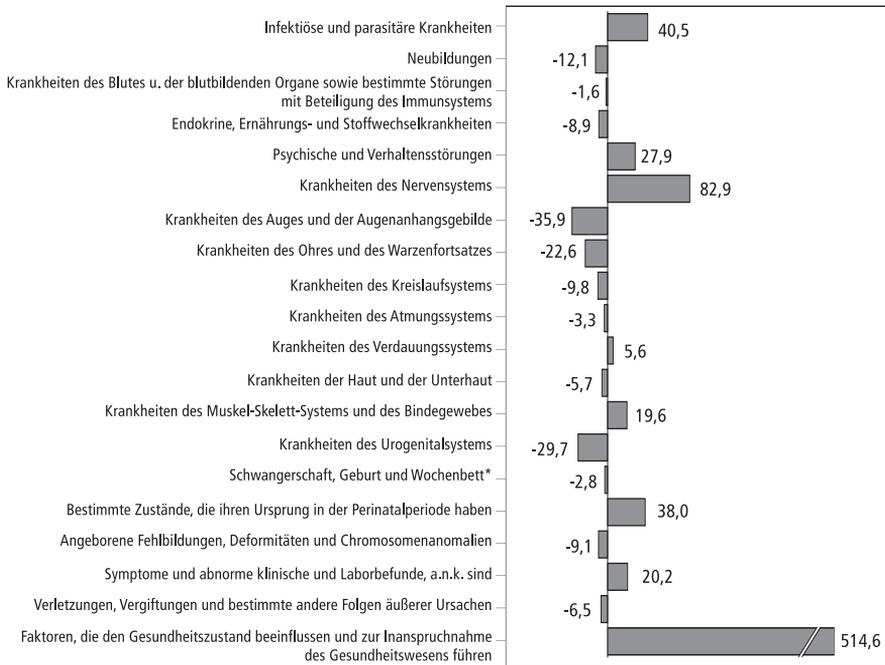
Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten
 Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 17–4

Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 1995 zu 2005 standardisierte Rate

– standardisiert mit der Standardbevölkerung Deutschland 1987 –



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

mit verdrängt die Herzinsuffizienz die Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) vom zweiten Platz. Diese war nur noch in 153 000 Fällen Behandlungsgrund, was einem Rückgang um ca. 6 000 Fällen im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Das Durchschnittsalter betrug 61 Jahre. Die Gallensteine (Cholelithiasis – K80) folgen mit rund 140 000 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren mit 56 Jahren jünger als die bisher genannten (Tabelle 17–6).

Bei den Männern ergibt sich ein etwas anderes Bild. Bis auf die erste Position der Neugeborenen ist keine der fünf häufigsten Diagnosen mit denen der Frauen identisch. Auf dem zweiten Platz liegen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), die in über 223 000 Fällen Anlass für den stationären Aufenthalt der Männer waren. Damit ist die Zahl der Behandlungsfälle wie im Vorjahr auch wieder gestiegen, und zwar um 2,3%. Die Angina Pectoris war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden 196 000 Fälle behandelt. Erfreulich ist, dass die Zahl der Behandlungsfälle bei den chronisch ischämischen Herzkrankheiten (I25) um über 18% auf 147 000 gefallen ist. Im Jahr zuvor wurden noch 180 000 Männer wegen dieser Diagnose in den Krankenhäusern behandelt.

Tabelle 17–6

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2005

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
		Insgesamt	7 923 621	8,5	51
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	249 831	4,1	0
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	223 333	8,9	44
3	I20	Angina pectoris	196 029	5,5	65
4	K40	Hernia inguinalis	153 448	4,5	55
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	147 240	6,2	66
6	I50	Herzinsuffizienz	141 212	11,9	73
7	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	129 245	8,8	66
8	I21	Akuter Myokardinfarkt	128 852	8,9	66
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	121 359	10,2	56
10	G47	Schlafstörungen	120 289	1,8	55
11	S06	Intrakranielle Verletzung	114 772	4,4	33
12	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	93 589	6,0	65
13	I70	Atherosklerose	91 498	13,4	67
14	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	89 361	10,8	69
15	I63	Hirnfarkt	87 812	13,4	70
16	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	84 844	14,5	66
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	79 459	9,1	69
18	N20	Nieren- und Ureterstein	76 108	4,1	51
19	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	75 044	9,6	42
20	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	74 983	9,0	51
Frauen					
		Insgesamt	9 110 081	8,7	53
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	245 831	4,0	0
2	I50	Herzinsuffizienz	165 523	12,2	80
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	153 053	7,3	61
4	K80	Cholelithiasis	140 113	7,4	57
5	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	121 635	12,7	69
6	I20	Angina pectoris	119 523	6,0	69

Tabelle 17–6
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Frauen					
7	S72	Fraktur des Femurs	110 601	18,0	79
8	O70	Dammriß unter der Geburt	110 459	3,8	30
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	103 578	6,6	69
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	102 771	10,4	60
11	I63	Hirnfarkt	96 352	13,9	76
12	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	90 002	15,4	69
13	S06	Intrakranielle Verletzung	89 011	4,0	40
14	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	88 096	7,9	73
15	D25	Leiomyom des Uterus	86 494	7,6	46
16	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	85 861	13,1	73
17	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	80 862	10,5	56
18	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	80 112	4,9	17
19	I83	Varizen der unteren Extremitäten	79 201	4,7	58
20	S52	Fraktur des Unterarmes	77 904	5,7	61

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

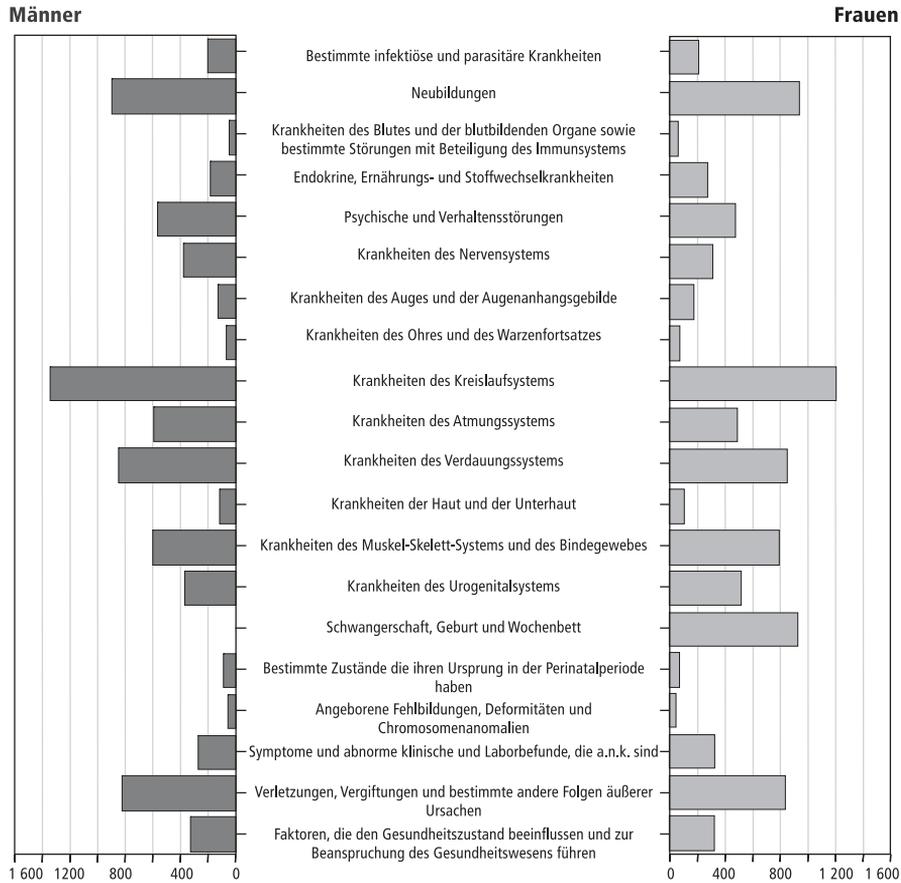
Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 53 und das der Männer bei 51 Jahren (vgl. Tabelle 17–6).

Beim Vergleich der Anzahl der Behandlungsfälle nach den Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass beide Geschlechter unterschiedlich von Krankheiten betroffen sind und nur bei wenigen Kapiteln eine annähernde Übereinstimmung festzustellen ist. Die größte Übereinstimmung anhand der absoluten Zahl der Behandlungsfälle gibt es im Kapitel Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 bis T98). Hier herrscht mit je ca. 842 000 Fällen bei Frauen und Männern ein Gleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Beim Kapitel psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) beträgt der Anteil der Männer 54,2% und liegt damit leicht über dem der Frauen. Ähnlich geringe Abweichungen ergeben sich auch beim Kapitel Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99), bei dem der männliche Anteil 54,5% und der weibliche Anteil entsprechend 45,5% beträgt. Auch bei den Krankheiten des Atmungssystems (J00 bis J99) und bestimmter Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96) sind die Unterschiede nur gering (54,6%/54,8% zu 45,4%/45,2% Männer zu Frauen) (Abbildung 17–5).

Abbildung 17-5
 Patienten nach Diagnosekapiteln 2005 Anzahl in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WiDO

Frauen sind eher von anderen Krankheiten betroffen. Abgesehen von den Diagnosen zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 bis O99) sind die größten Unterschiede bei fünf der Kapitel zu finden. Der größte Unterschied zeigt sich bei den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 bis E90): Der Anteil der Frauen liegt mit 60,2% um über 20 Prozentpunkte höher als der der Männer. Mit jeweils über 58% liegt der Anteil der Frauen auch bei den Kapiteln Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 bis H59) höher als der der Männer. Frauen scheinen auch von den Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50 bis D90) in einem stärkeren Maße betroffen zu sein als Männer, da von allen Patienten 58,5% Frauen waren und nur 41,5% Männer. Letztendlich sind auch die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 bis M99) eher eine Frauen-

domäne (57,1 %). Insgesamt wurden 1 400 064 Patienten (800 051 Frauen und 600 007 Männern) wegen dieser Diagnosen behandelt. Den größten Anteil der Diagnosen bezogen auf Patienten nimmt das Kapitel I00 bis I99 ein (Krankheiten des Kreislaufsystems): Mit 2,6 Millionen Patienten stellt diese Diagnosegruppe insgesamt den bedeutendsten Abschnitt der ICD-Diagnosen dar.

Bei Betrachtung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 wurde 2005 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (245 831 Mädchen und 249 831 Jungen). Lässt man diese Fälle außer Acht, war die häufigste Diagnose bei den Mädchen und Jungen im Alter bis zu 15 Jahren die chronischen Erkrankungen der Gaumen- und Rachenmandeln (J35). Insgesamt 80 847 Mädchen und Jungen wurden aus diesem Grunde stationär im Krankenhaus behandelt. Die Diarrhoe und Gastroenteritis (A09) waren in 113 735 Fällen Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Ihnen folgen die intrakraniellen Verletzungen (S06) mit insgesamt 203 783 Fällen.

In der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen ergeben sich größere Unterschiede bedingt durch Diagnosen zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In dieser Altersgruppe ist der Dammriss unter der Geburt (O70) mit 110 373 Fällen die häufigste Diagnose bei den Frauen, gefolgt von der Spontangeburt eines Einlings (O80) mit 73 239 Fällen. Ihr folgt die Diagnose O68 (Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress) mit 64 265 Fällen.

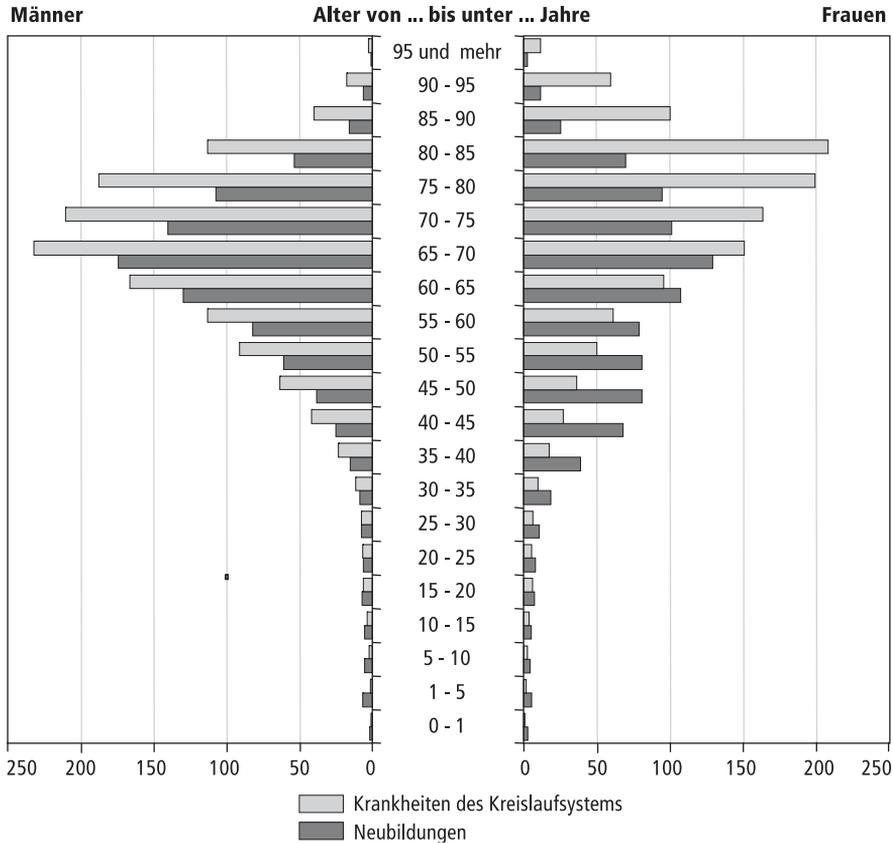
Bei den 15- bis 45-Jährigen Männern sind es vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (111 972 Fälle), die diese Altersgruppe dominieren. Die intrakraniellen Verletzungen (S06) mit 41 197 und die Schizophrenie (F20) mit 39 735 Fällen folgen dieser Diagnose auf den Plätzen zwei bis drei.

Auch bei der nächsten Altersgruppe der 45- bis 60-Jährigen Männer stehen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol an erster Stelle (84 748 Fälle). Die folgenden Diagnosen sind jedoch andere: Schlafstörungen (G47) und Angina Pectoris (I20) waren die beiden nächsthäufigsten Hauptursachen für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus (46 010 und 47 041 Fälle). Für die 45- bis 60-Jährigen Frauen hingegen war Brustkrebs (C50) der häufigste Grund in dieser Altersklasse, um sich in einem Krankenhaus behandeln zu lassen. Dies geschah 2005 in 49 409 Fällen. Das Leiomyom des Uterus (D25) mit 40 508 Fällen und die Cholelithiasis (K80) mit 34 035 Fällen stehen an zweiter und dritter Stelle.

In der letzten Altersgruppe der über 60-Jährigen ergibt sich folgendes Bild: Bei den Männern steht mit 138 925 Fällen die Angina Pectoris (I20) an erster, die Herzinsuffizienz (I50) mit 126 607 Fällen an zweiter und die chronische ischämische Herzkrankheit (I25) mit 109 989 Fällen an dritter Stelle. Bei den Frauen ist zwar die Herzinsuffizienz (I50) mit 159 555 Fällen ebenfalls von großer Bedeutung, auf den nächsten Plätzen jedoch erscheinen andere Diagnosen. An zweiter Stelle der fünf häufigsten Diagnosen in dieser Altersgruppe stehen die Fraktur des Femurs (S72 – Oberschenkelbruch) und die Arthrose des Kniegelenkes (M17) mit 103 016 und 100 622 Fällen.

Bei den genannten Altersgruppen gibt es bis auf wenige Ausnahmen keine großen Ausreißer bei den Diagnosen. Bei den Frauen sorgen einzig die durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgelösten Fälle für hohe Zahlen in der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen (Abbildung 17–6).

Abbildung 17–6
Altersstruktur der Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen
 Anzahl in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

17.4.3 Verweildauer bei bestimmten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäuser Behandelten sinkt insgesamt (vgl. Tabelle 17–7). Bezogen auf die Diagnosekapitel der ICD trifft diese Entwicklung fast ausnahmslos auf alle Bereiche zu. Lediglich bei den Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99) und bei den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99), ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

Insgesamt betrug die Verweildauer im Jahr 2005 wie auch 2004 im Schnitt 8,6 Tage. Verglichen mit dem Jahr 2000 beträgt der Rückgang sogar über einen Tag (2000: 9,7 Tage).

Die Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer über die Kapitel hinweg ist unterschiedlich. Die längste Verweildauer weisen nach wie vor die psychischen

Tabelle 17-7

Verweildauer der Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach Diagnosekapiteln 2000–2005

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer					
		2005	2004	2003	2002	2001	2000
		in Tagen					
	Insgesamt	8,6	8,6	9,0	9,3	9,4	9,7
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,0	8,0	8,2	8,5	8,8	9,1
C00-D48	Neubildungen	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	8,2	8,1	8,4	8,8	9,0	9,3
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,5	9,4	9,6	9,9	10,0	10,5
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	20,8	21,4	22,8	22,7	22,6	23,8
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	7,4	7,3	7,9	8,2	8,6	9,3
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1	4,2
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5,7	5,8	6,0	6,3	6,5	6,7
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	9,0	9,0	9,3	9,7	10,0	10,3
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,9	7,9	8,0	8,1	8,2	8,5
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	7,5	7,5	7,8	8,1	8,3	8,5
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	9,5	9,6	10,2	11,0	11,2	11,7
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,5	9,7	10,0	10,7	11,0	11,5
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	6,3	6,1	6,0	6,4	6,5	6,7
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,9	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	10,4	11,4	13,7	14,1	13,9	14,0
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	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	5,0	5,1	5,6	6,1	6,5	6,9
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	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*	4,0	4,1	3,7	4,3	4,7	5,0
	Ohne Diagnose	8,6	5,5	17,7	9,7	9,9	7,3

* 2000–2003 ohne Z38: gesunde Neugeborene.

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

und Verhaltensstörungen auf (F00 bis F99), hier betrug sie 20,8 Tage. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand die Diagnosen aus dem Bereich der bestimmten Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96) mit 10,4 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 (3,9) nach Hause gehen. Nur unwesentlich länger – nämlich 4,0 Tage – verblieben Personen im Krankenhaus, die aufgrund der Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99), behandelt wurden. Mit 4,9 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 (2005 zu 2004) und der längerfristige Vergleich zum Jahr 2000. Bezogen auf den Vergleich mit dem Vorjahr ergibt sich folgendes Bild: Die größten Veränderungsdaten betreffen das Kapitel P00 bis P96 (Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben). Sie sind um 8,8% auf 10,4 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Mit einem Rückgang von 2,8% auf 20,8 Tage liegen psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) an zweiter Stelle.

Es gab jedoch auch Entwicklungen zu einer längeren durchschnittlichen Verweildauer. Beispielhaft dafür steht das Kapitel N00 bis N99 (Krankheiten des Urogenitalsystems) mit 6,3 Tagen (Vorjahr: 6,1 Tage) und das Kapitel G00 bis G99 (Krankheiten des Nervensystems), bei dem der Anstieg allerdings um 0,1 Tage auf 7,4 Tage sehr gering ausgefallen ist.

Bei einem Vergleich über die letzten fünf Jahre (2005 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 27,5% gesenkt werden. Der Rückgang bei bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 bis P96), betrug 25,7%. Auch die Verweildauer bei den Krankheiten des Nervensystems (G00 bis G99) ist mit über 20% zurückgegangen (um 20,4% auf 7,4 Tage).

Den geringsten Rückgang verzeichnen mit 4,3% die Neubildungen (C00 bis D48) und mit 6,0% die Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 bis N99).

Insgesamt wurden 63,6% der Patienten (fast 11 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich dieser Anteil um 0,4% Prozentpunkte. Bezogen auf die Berechnungs- und Belegungstage verursachte dieser Patientenanteil 25,6% aller Fälle. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 84,9% der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen. Mit genau 51,6% fiel somit über die Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage innerhalb dieser Verweildauer an. Die Anzahl der Langlieger (über einem Jahr) lag 2005 bei nur noch 346 (2003: 766) und ist damit um 55% gesunken.

17.4.4 Regionale Verteilung der Diagnosen

Im Folgenden werden die in den Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose auf Länderebene analysiert. Die Auswertung der Daten nach dem Wohnort und nicht nach dem Behandlungsort der Patienten gibt Aufschluss über die Anzahl der Einwohner eines Bundeslandes, die wegen bestimmter Erkrankungen vollstationär behandelt wurden. Sie ist damit wichtig für epidemiologische Aussagen. Der Wohnort der Patienten lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Behandlungsort zu, denn es ist gängige Praxis, dass sich Patienten auch in anderen Bundesländern einer vollstationären Krankenhausbehandlung unterziehen.

Um den demografischen Effekt auszuschließen, werden auch hier die standardisierten Daten herangezogen. Demnach wiesen die Saarländer mit 3 160 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 bis I99) auf und lagen damit um fast 20% über dem Bundesdurchschnitt (2 655 Fälle). An zweiter Stelle liegt Brandenburg mit 3 127 Patienten (Tabelle 17–8).

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen (C00 bis D48) betrug 1 961 Fälle je 100 000 Einwohner. Hamburg (1 687 Fälle) und Baden-Württemberg (1 716 Fälle) lagen um 14% und 12,5% unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 426 Fällen und Sachsen-Anhalt mit 2 305 Fällen je 100 000 Einwohner.

Rund 2 126 Patienten mussten sich im Jahr 2005 wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Sachsen-Anhalt behandeln lassen. Nordrhein-Westfalen liegt mit 2 100 Patienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 1 913 wird insbesondere von den Ländern Hamburg (1 593) und Baden-Württemberg (1 650) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosengruppe sind psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99). Insgesamt acht Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 255 Patienten. Mit 1 592 Fällen je 100 000 Einwohner liegt das Saarland an der Spitze und damit fast 27% über dem Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein (1 559) und Bremen (1 521) liegen weit über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber stehen Baden-Württemberg und Sachsen mit 14,6% und 6,7% unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland (Abbildung 17–7).

17.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2001 bis 2005

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 2005 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezogen, die im Jahr 2005 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden

Tabelle 17-8
 Patienten nach Diagnosekapiteln und Wohnort je 100 000 Einwohner 2005 standardisierte Rate

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ^{a, b}																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
	Insgesamt (std. Rate)	19 629	17 213	19 620	18 497	21 610	18 755	17 410	19 302	21 633	19 126	20 880	20 599	21 786	19 091	22 164	18 594	21 335
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	505	423	499	453	549	475	490	484	665	490	540	569	624	519	679	437	570
C00-D48	Neubildungen	1 961	1 716	1 950	1 950	2 426	1 946	1 687	1 891	2 187	1 735	2 061	2 066	2 161	2 040	2 306	1 728	2 231
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	125	112	111	126	157	125	110	125	173	121	133	122	126	129	151	124	135
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	499	443	504	462	625	473	354	484	725	450	506	449	534	534	677	402	649
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 255	1 072	1 188	1 382	1 243	1 521	1 291	1 183	1 419	1 205	1 375	1 208	1 592	1 171	1 342	1 559	1 220
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	774	615	758	651	879	668	704	730	893	749	867	858	1 070	691	863	750	987
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	330	300	291	380	318	294	536	281	338	366	305	324	355	388	341	475	358
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	166	138	151	134	219	146	150	171	255	186	170	167	188	162	228	127	188
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 655	2 252	2 549	2 760	3 127	2 101	2 225	2 611	3 007	2 460	2 925	2 821	3 160	2 420	2 954	2 448	3 090
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 292	1 078	1 276	1 125	1 434	1 333	1 190	1 231	1 598	1 334	1 420	1 390	1 552	1 172	1 664	1 097	1 341
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 913	1 650	1 878	1 854	1 987	1 738	1 593	1 884	2 018	1 883	2 100	2 054	2 064	1 860	2 126	1 752	2 078
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	273	227	273	271	287	292	239	279	302	258	302	267	242	270	330	247	293
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 530	1 285	1 653	1 309	1 752	1 614	1 390	1 463	1 405	1 569	1 638	1 614	1 426	1 339	1 564	1 638	1 600
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 006	894	971	926	1 139	879	785	1 011	1 047	972	1 106	1 060	1 082	975	1 208	931	1 014
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 575	2 511	2 450	2 167	2 559	2 352	2 130	2 752	2 692	2 651	2 714	2 694	2 454	2 596	2 660	2 502	2 605
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	254	221	245	297	298	303	256	244	282	265	248	279	332	285	253	250	236

Tabelle 17–8
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ^{a, b}																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	148	131	146	160	186	152	123	139	162	141	155	152	149	160	176	136	165
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	688	662	769	439	624	682	521	738	659	673	683	829	831	698	794	626	660
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1926	1728	2117	1712	2135	1867	1607	1830	2135	1887	1906	1999	1942	2037	2199	1819	2216
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	962	906	978	956	936	909	1032	1023	1031	955	995	932	1027	943	971	706	1006
	Ohne Diagnoseangabe	5	17	2	6	1	0	1	13	0	8	1	4	21	1	0	1	1

a) Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

b) Das Kapitel O00–O99 wurde anhand der weiblichen Bevölkerung standardisiert.

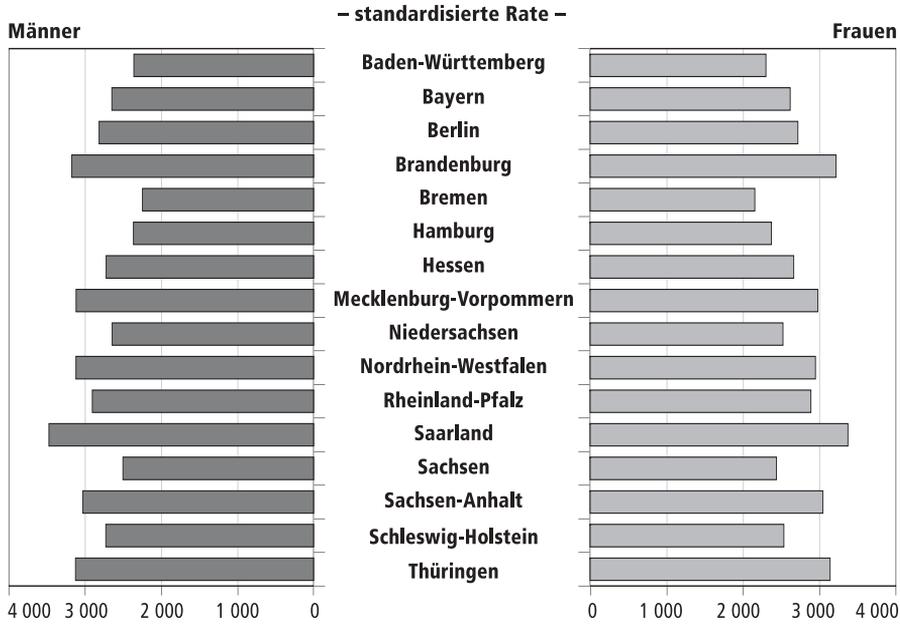
Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 17–7

Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) mit Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bundesländern (Wohnort) 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

die 20 Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsdaten vom Jahr 2005 gegenüber 2001. Bei Interesse an allen Positionen auf dreistelliger oder vierstelliger Ebene können diese gegen Entgelt als Sonderauswertung beim Statistischen Bundesamt angefordert werden (gesundheitsstatistiken@destatis.de).

In Tabelle 17–9 werden die 20 Diagnosen mit den größten Veränderungsdaten dargestellt. Auffällig dabei ist, dass sich besonders unter den Diagnosen mit dem stärksten Rückgang mehrere „sonstige“ Positionen und Diagnosen aus dem Bereich „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ finden. Ursächlich für einen Rückgang bei diesen Diagnosen kann unter anderem ein besseres Kodieren sein, wie es vor allem das DRG-Patientenklassifikationssystem erfordert. Methodische Hintergründe darüber findet man im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 18.

Die größten Veränderungsdaten weisen wie im Jahr zuvor Krankenhausaufenthalte, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen (O00 bis O99), auf. In der Liste der 20 Diagnosen mit den größten positiven Veränderungsdaten seit 2001 gehörten im Jahr 2005 insgesamt vier der 20 Diagnosen zu diesem Kapitel, drei davon waren auf den ersten fünf Rängen.

Parallel zu den größten Rückgängen einiger Diagnosen aus dem Kapitel O00 bis O99 verzeichnen andere Diagnosen aus demselben Kapitel die größten Zuwächse: Um 3 079,6% ist bspw. die Zahl der Fälle bezogen auf die Position O70 (Damm-

Tabelle 17-9
Die 20 Hauptdiagnosen mit den größten Zuwächsen und Rückgängen 2001/2005

Rang	ICD-Pos.	2005					2001					Veränderung in Prozent				
		Anzahl					Anzahl					05/04	04/03	03/02	02/01	05/01
1	O70 Dammiss unter der Geburt	110 459	106 387	82 105	43 820	3 474	3,8	29,6	87,4	1161,4	3079,6					
2	O71 Sonstige Verletzungen unter der Geburt	33 551	30 576	22 991	11 248	1 174	9,7	33,0	104,4	858,1	2757,8					
3	O69 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabel-schnurkomplikationen	19 940	20 015	15 887	8 688	1 611	-0,4	26,0	82,9	439,3	1137,7					
4	Z49 Dialysebehandlung	10 861	10 779	13 399	1 565	891	0,8	-19,6	756,2	75,6	1119,0					
5	Z45 Anpassung und Handhabung eines implantierten medi-zinischen Gerätes	19 429	13 447	8 306	4 760	2 629	44,5	61,9	74,5	81,1	639,0					
6	O75 Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	11 222	10 006	9 209	7 193	1 841	12,2	8,7	28,0	290,7	509,6					
7	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetal distress) (fetaler Gefahrenzustand)	64 336	61 499	47 132	29 850	12 205	4,6	30,5	57,9	144,6	427,1					
8	M42 Osteochondrose der Wirbelsäule	24 073	17 571	8 927	5 741	4 832	37,0	96,8	55,5	18,8	398,2					
9	O42 Vorzeitiger Blasensprung	57 062	56 651	48 719	33 069	13 638	0,7	16,3	47,3	142,5	318,4					
10	O63 Protrahierte Geburt	24 546	23 227	17 557	11 614	6 367	5,7	32,3	51,2	82,4	285,5					
11	O64 Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungs-anomalien des Feten	24 615	23 630	17 997	12 013	6 495	4,2	31,3	49,8	85,0	279,0					
12	O99 Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizier-bar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	20 177	17 158	14 086	8 826	5 353	17,6	21,8	59,6	64,9	276,9					
13	O65 Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	17 191	16 232	12 505	7 975	4 736	5,9	29,8	56,8	68,4	263,0					
14	R07 Hals- und Brustschmerzen	70 323	56 046	33 329	27 892	21 636	25,5	68,2	19,5	28,9	225,0					

Tabelle 17-9
 Fortsetzung

Die 20 größten relativen Zuwächse 2005/2001											
Rang	ICD-Pos.	Anzahl					Veränderung in Prozent				
		2005	2004	2003	2002	2001	05/04	04/03	03/02	02/01	05/01
15	Z08 Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	18561	22553	22531	17073	6899	-17,7	0,1	32,0	147,5	169,0
16	O48 Übertragene Schwangerschaft	36383	36317	40127	29327	13616	0,2	-9,5	36,8	115,4	167,2
17	A04 Sonstige bakterielle Darminfektionen	21153	15697	10677	9795	9449	34,8	47,0	9,0	3,7	123,9
18	D68 Sonstige Koagulopathien	13230	11857	9169	7365	6091	11,6	29,3	24,5	20,9	117,2
19	O34 Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	30816	27947	27035	19697	14357	10,3	3,4	37,3	37,2	114,6
20	P59 Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	20215	15090	9979	10088	9552	34,0	51,2	-1,1	5,6	111,6
Die 20 größten relativen Rückgänge 2001/2005											
Rang	ICD-Pos.	Anzahl					Veränderung in Prozent				
		2005	2004	2003	2002	2001	05/04	04/03	03/02	02/01	04/01
1	O80 Spontangeburt eines Einlings	73325	99198	168757	298970	451471	-26,1	-41,2	-43,6	-33,8	-83,8
2	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	31567	41384	69871	84485	99374	-23,7	-40,8	-17,3	-15,0	-68,2
3	O82 Geburt eines Einlings d. Schnittentbindung (Sectio caesarea)	32305	43403	61601	86287	101077	-25,6	-29,5	-28,6	-14,6	-68,0
4	N95 Klimakterische Störungen	15969	21656	39144	46218	48611	-26,3	-44,7	-15,3	-4,9	-67,2
5	O02 Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	16894	25154	40892	45311	47697	-32,8	-38,5	-9,8	-5,0	-64,6
6	H26 Sonstige Kataraktformen	17131	19791	26764	33895	44358	-13,4	-26,1	-21,0	-23,6	-61,4
7	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	206133	249629	355264	433786	480661	-17,4	-29,7	-18,1	-9,8	-57,1
8	N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	27738	36555	57146	61835	63766	-24,1	-36,0	-7,6	-3,0	-56,5

Tabelle 17–9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Die 20 größten relativen Rückgänge 2001/2005	2005					2001					Veränderung in Prozent				
			Anzahl					Anzahl					05/04	04/03	03/02	02/01	04/01
9	D48	Neubildung unsicherer oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	23 669	32 976	43 872	48 636	48 600	–28,2	–24,8	–9,8	0,1	–51,3					
10	H91	Sonstiger Hörverlust	19 542	21 739	26 617	33 926	38 821	–10,1	–18,3	–21,5	–12,6	–49,7					
11	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	22 227	25 028	34 583	37 028	40 372	–11,2	–27,6	–6,6	–8,3	–44,9					
12	H25	Cataracta senilis	112 670	139 404	176 522	194 330	199 981	–19,2	–21,0	–9,2	–2,8	–43,7					
13	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	14 460	16 933	25 491	25 105	23 851	–14,6	–33,6	1,5	5,3	–39,4					
14	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	148 092	171 129	203 854	223 631	240 175	–13,5	–16,1	–8,8	–6,9	–38,3					
15	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	13 622	15 234	21 120	21 545	21 992	–10,6	–27,9	–2,0	–2,0	–38,1					
16	N60	Gutartige Mammadysplasie (Brustdrüsendysplasie)	10 518	11 292	13 786	15 022	16 669	–6,9	–18,1	–8,2	–9,9	–36,9					
17	I83	Varizen der unteren Extremitäten	114 499	134 963	161 867	168 627	177 069	–15,2	–16,6	–4,0	–4,8	–35,3					
18	D64	Sonstige Anämien	14 735	15 570	18 886	22 649	22 270	–5,4	–17,6	–16,6	1,7	–33,8					
19	J45	Asthma bronchiale	21 961	24 694	23 542	30 164	32 759	–11,1	4,9	–22,0	–7,9	–33,0					
20	O47	Frustrane Kontraktionen (Unnütze Wehen)	30 118	35 583	53 244	50 076	44 782	–15,4	–33,2	6,3	11,8	–32,7					

* Nur Diagnosen mit mindestens 10 000 Fällen im Jahr 2005

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

riss unter der Geburt) angestiegen. Den zweiten Platz belegt ebenfalls eine Diagnose aus diesem Kapitel. Die sonstigen Verletzungen unter der Geburt (O71) sowie die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen (O69) sind um 2 757,8% und 1 137,7% angestiegen. Diese Parallelität der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass es nicht zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation bei einzelnen Diagnosen gekommen ist, sondern lediglich zu einer Verlagerung und genaueren Dokumentation. Dies zeigt sich auch in den ersten Ergebnissen der DRG-Statistik, die im nachfolgenden Beitrag (Kapitel 18) aufgezeigt werden.

Die Anzahl der Fälle der Position Z49 (Dialysebehandlung) hat auch im Jahr 2005 wieder kräftig zugenommen: Nach einem Anstieg um fast 10 000 Fälle im Vergleich der Jahre 2004 zu 2001 ist auch 2005 mit 639% eine hohe Steigerungsrate zu verzeichnen.

17.6 Ausblick

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Durch die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Ergebnisse dient die Diagnosestatistik auch der epidemiologischen Forschung.

Eine Erweiterung der traditionellen Krankenhausstatistik konnte durch die Datenlieferung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) erzielt werden (DRG-Daten). Durch die zusätzlichen Angaben aus der DRG-Statistik wird die traditionelle Krankenhausdiagnosestatistik komplettiert und stellt einen wichtigen Mehrwert für den gesamten Bereich der Krankenhausstatistik dar. Beide Statistiken zusammen ermöglichen nun Auswertungen auf der allgemeinen Diagnoseseite einerseits und über weitere Merkmale wie OPS-Schlüssel, Nebendiagnosen und Entgelten andererseits. Auf sie wird im folgenden Kapitel gesondert eingegangen.

This page intentionally left blank

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist es gelungen, eine weitere wichtige Datenquelle für das Statistische Bundesamt zu erschließen und die neue Fachserienreihe *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* (DRG-Statistik) einzurichten. Zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2005, die das Informationsspektrum der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern, sind Gegenstand des Beitrags. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.

With the DRG data according to § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), a new important data source is available to the Federal Statistical Office, enabling it to establish a new publication series on DRG hospital statistics. The article presents significant data on hospital care for the year 2005. The data complement the information range of the previous official hospital statistics. Central issues are the types and frequency of operations and medical procedures carried out in 2005 as well as important main diagnoses and their respective secondary diagnoses of inpatients according to department.

18

18.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 führte der Gesetzgeber zur Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser das auf Fallpauschalen basierende DRG-Vergütungssystem (DRG für Diagnosis Related Groups) ein. Seit dem 1. Januar 2004 ist die Anwendung dieses Abrechnungssystems für allgemeine Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des § 1

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, verpflichtend. Ausnahmen gelten weitestgehend nur für psychiatrische Krankenhäuser oder einzelne Spezialkliniken mit seltenen bzw. wenig standardisierbaren Indikationsbereichen und Verfahren.

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis wurde die neue Fachserienreihe *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* (DRG-Statistik) aufgebaut. Die Serie wird entsprechend dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer kontinuierlich weiterentwickelt.¹

Ein deutlicher Informationszugewinn kristallisiert sich insbesondere für die Prozeduren- und Diagnosestatistik heraus. Danach können wesentlich differenziertere Informationen als bisher z. B. zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2005 vorgestellt, die das Informationsspektrum der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 16 und 17 in diesem Band) ergänzen und erweitern. Aufgrund der eingeschränkten Datenqualität früherer Berichtsjahre wird auf die Darstellung von Vorjahresvergleichen verzichtet.

18.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Dies gilt ebenfalls für Einrichtungen der Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Sie übermitteln Daten spezieller

¹ Die wichtigsten Ergebnisse der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden erstmals für das Jahr 2005 in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice (früher Statistik-Shop) des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet unter <http://www.destatis.de/publikationen/> heruntergeladen werden. Auch sind Sonderauswertungen auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich.

Merkmale insbesondere zu ihren Ausbildungsstätten nach § 21 KHEntgG nur, soweit sie ausbilden (§ 17a Abs. 11 KHG).

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2005 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 726 Krankenhäusern und umfassen rund 16,1 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle bzw. das InEK übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2005 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 17) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z. B. bei der Fallzahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin, deren Leistungen bis auf Weiteres über tagesgleiche Pflegesätze vergütet werden. Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

18.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Auf Basis der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2005 insgesamt rund 16,1 Mill. Patientinnen und Patienten² aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,7 Tage. 53,9% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,1% männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 52 Jahre alt (Frauen 53 Jahre, Männer 52 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden knapp 19 500 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter besonders hoch (Tabelle 18–1).

Wohnortbezogen³ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Niedersachsen (22 400 Fälle), in Sachsen-Anhalt (22 300 Fälle) und im Saarland

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

3 Abgebildet ist hier die absolute Zahl der Behandlungsfälle nach ihrem Wohnort im Verhältnis zur tatsächlichen Bevölkerung je 100 000 Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

Tabelle 18–1
 Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner nach Alter 2005

Alter von ... bis unter ... Jahren	Fallzahl je 100 000 Einwohner
Insgesamt	19 489
unter 1	127 472
1–5	11 900
5–10	7 028
10–15	6 799
15–20	9 389
20–5	10 834
25–30	12 456
30–35	12 538
35–40	10 564
40–45	10 612
45–50	12 773
50–55	16 074
55–60	20 231
60–65	25 282
65–70	31 318
70–75	40 053
75–80	48 197
80–85	55 659
85 und älter	60 769

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

(22 200 Fälle). Die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner waren in Hamburg (16 200 Fälle), Baden-Württemberg (16 700 Fälle) und Berlin (17 500 Fälle) zu verzeichnen.

Unter Einbezug des Wohn- und Behandlungsortes ließen sich die Patientinnen und Patienten aus Nordrhein-Westfalen (97,1%), Bayern (96,9%) und Sachsen (96,6%) am häufigsten in Krankenhäusern ihres eigenen Bundeslandes behandeln. Am seltensten taten dies die Patientinnen und Patienten in Brandenburg (83,0%), Rheinland-Pfalz (85,4%) und Schleswig-Holstein (86,3%). Brandenburger nutzten dabei ergänzend vor allem Einrichtungen in Berlin, die Rheinland-Pfälzer Einrichtungen in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen und die Schleswig-Holsteiner Einrichtungen in Hamburg (Tabelle 18–2).

Im Jahr 2005 gab es 457 900 so genannte 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 so genannten

Tabelle 18–2

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort, Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner und Behandlung im eigenen Bundesland

	Behandlungsort der Patienten Anzahl	Wohnort der Patienten Anzahl	Fälle* je 100 000 Ein- wohner	Behandlung im eigenen Bundes- land in %
Baden-Württemberg	1 851 198	1 795 121	16 733	95,9
Bayern	2 441 658	2 346 280	18 837	96,9
Berlin	663 234	591 889	17 451	96,2
Brandenburg	489 802	555 418	21 675	83,0
Bremen	183 892	124 033	18 703	92,1
Hamburg	373 910	281 271	16 170	91,7
Hessen	1 117 291	1 145 414	18 795	90,4
Mecklenburg-Vorpommern	362 568	360 400	21 041	94,9
Niedersachsen	1 420 572	1 493 371	22 418	88,2
Nordrhein-Westfalen	3 744 370	3 701 132	20 490	97,1
Rheinland-Pfalz	785 961	829 974	20 446	85,4
Saarland	244 254	233 517	22 176	93,0
Sachsen	863 266	850 180	19 846	96,6
Sachsen-Anhalt	535 957	553 629	22 302	92,1
Schleswig-Holstein	490 714	505 873	17 875	86,3
Thüringen	503 199	504 221	21 501	92,3

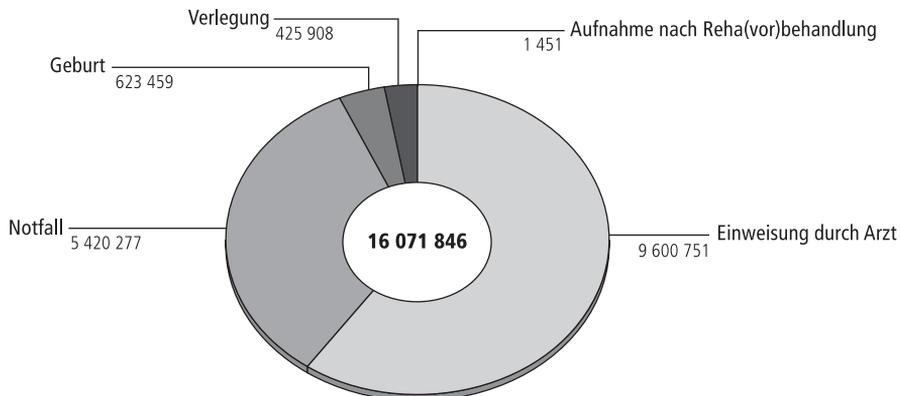
* auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 18–1

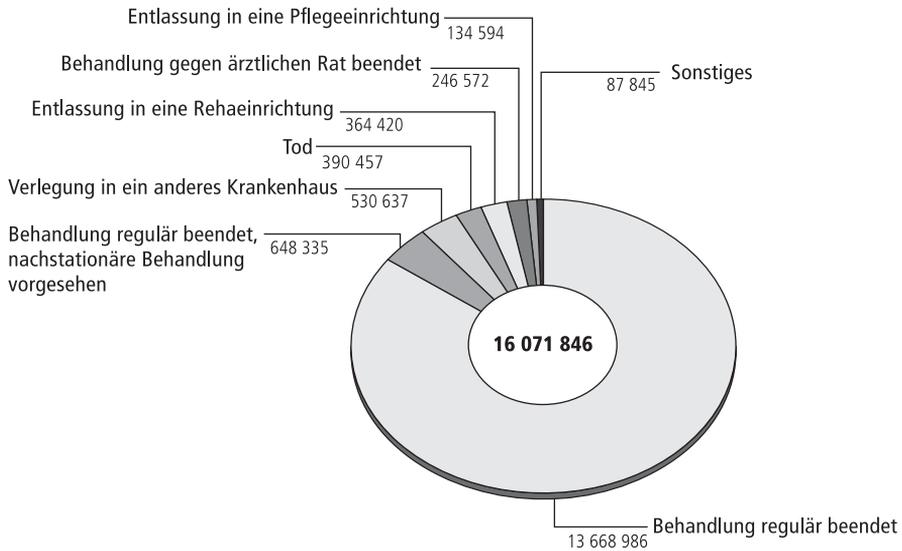
Krankenhausfälle 2005 nach Aufnahmeanlass

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 18–2
Krankenhausfälle 2005 nach Entlassungsgrund



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei rund 5,2 Mill. Ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug 32,5 %.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit wurden im Jahr 2005 rund 60 % der Fälle aufgrund einer ärztlichen Einweisung in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen. Ein Drittel der Krankenhausaufnahmen war als Notfall bezeichnet (Abbildung 18–1).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 85 % der Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthalts lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 1,5 % der Fälle abgebrochen, 2,3 % wurden in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung entlassen und 0,8 % in einer Pflegeeinrichtung untergebracht (Abbildung 18–2).

18.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁴ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁵ zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gilt eine Krankheit oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine therapeutische Maßnahme oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Sie ist ebenfalls gemäß der ICD-10 GM zu kodieren.

In Bezug auf die Hauptdiagnosegruppe wurden die Patientinnen und Patienten am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,5 Mill. Fälle) sowie von Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,7 Mill. Fälle) behandelt. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rangfolge zeigen sich nur in der Hinsicht, dass bei den Frauen an dritter Stelle die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vor den Krankheiten des Verdauungssystems stehen.

Ohne die Position „Gesunde Neugeborene“ (Z38) war die bei den Behandelten am häufigsten gestellte Hauptdiagnose mit 315 600 Fällen die Herzerkrankung Angina pectoris (I20). Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren an erster Stelle die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), an zweiter Stelle die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) und an dritter Stelle Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose primär auf das Anlegen eines aortokoronaren Bypasses (5-361), andere Operationen an

4 Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen 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.

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

Tabelle 18–3

Hauptdiagnose Angina Pectoris (I20) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen

Angina pectoris (ICD-10 I20, Fallzahl: 315 609) mit den häufigsten Nebendiagnosen und Operationen			
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl in %
Insgesamt			1 609 409 100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit		301 664 18,7
2	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie		194 147 12,1
3	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien		146 887 9,1
4	Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten		73 330 4,6
5	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)		69 468 4,3
Rang	Pos.-Nr. OPS/Operationen nach Kapitel 5¹⁾		Anzahl in %
Insgesamt²⁾			71 329 100,0
1	5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass		33 233 46,6
2	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen		17 213 24,1
3	5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik		2 698 3,8
4	5-351 Ersatz von Herzklappen durch Prothese		1 549 2,2
5	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators		1 447 2,0

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

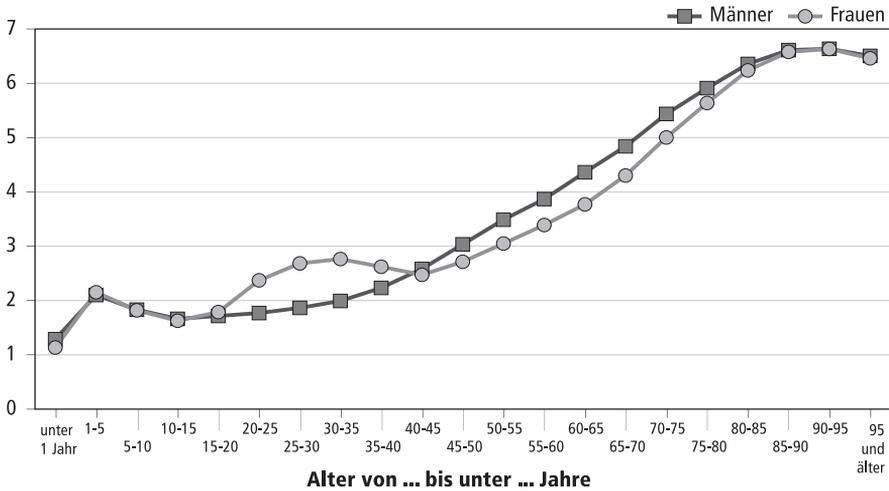
den Blutgefäßen (5-399) und das Anlegen eines aortokoronaren Bypasses durch minimalinvasive Technik (5-362) (Tabelle 18–3).

Eine Übersicht zu weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–a).

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 so genannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 18–3).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der ab 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter entsprechend an. Regional nach dem Behandlungsort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen

Abbildung 18–3
Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall 2005 nach Alter und Geschlecht

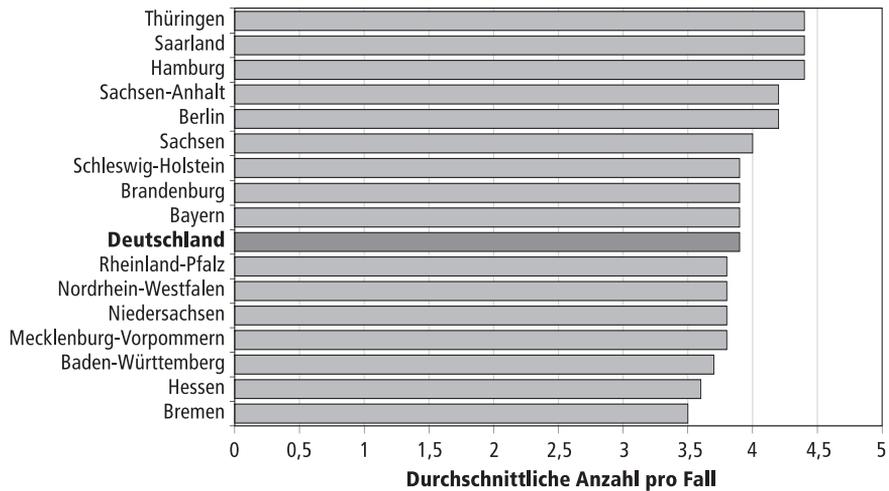


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 18–4
Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall 2005 nach Bundesland



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen in Hamburg, im Saarland und in Thüringen (jeweils 4,4) höher als in Bremen (3,5), Hessen (3,6) und Baden-Württemberg (3,7) (Abbildung 18–4).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten insgesamt 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 der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Insgesamt bilden die in Tabelle 18–4 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen bereits knapp 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine Übersicht der häufigsten Nebendiagnosen insgesamt und differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–b bis 18–d).

18.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Zu den wichtigsten Neuerungen, die die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur bestehenden Krankenhausdiagnosestatistik bietet, gehören Informationen über Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren, die bei den Patientinnen und Patienten während ihres vollstationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden.

Zum Verschlüsseln von Operationen und medizinischen Prozeduren im stationären Bereich sowie in der vertragsärztlichen Versorgung für ambulantes Operieren wird der amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angewendet.⁶ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.⁷ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Im Berichtsjahr 2005 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 36,1 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Je Krankenhausfall waren dies im Durchschnitt 2,2 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt war die durchschnittliche Zahl der

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

7 Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Tabelle 18–4

Die häufigsten Nebendiagnosen 2005

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			62 453 887	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 207 831	6,7
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 116 581	3,4
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	1 695 483	2,7
4	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 258 082	2,0
5	E66	Adipositas	1 182 337	1,9
6	I50	Herzinsuffizienz	1 123 575	1,8
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 066 974	1,7
8	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Blasen-Gleichgewichts	1 055 409	1,7
9	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	904 757	1,4
10	N18	Chronische Niereninsuffizienz	900 167	1,4
11	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	849 425	1,4
12	O09	Schwangerschaftsdauer	803 563	1,3
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	728 888	1,2
14	Z37	Resultat der Entbindung	650 439	1,0
15	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	618 224	1,0
16	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	592 614	0,9
17	E86	Volumenmangel	524 342	0,8
18	I11	Hypertensive Herzkrankheit	494 448	0,8
19	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	493 389	0,8
20	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	485 832	0,8
21	D62	Akute Blutungsanämie	482 996	0,8
22	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	477 123	0,8
23	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	471 971	0,8
24	K29	Gastritis und Duodenitis	455 177	0,7
25	R15	Stuhlinkontinenz	432 358	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

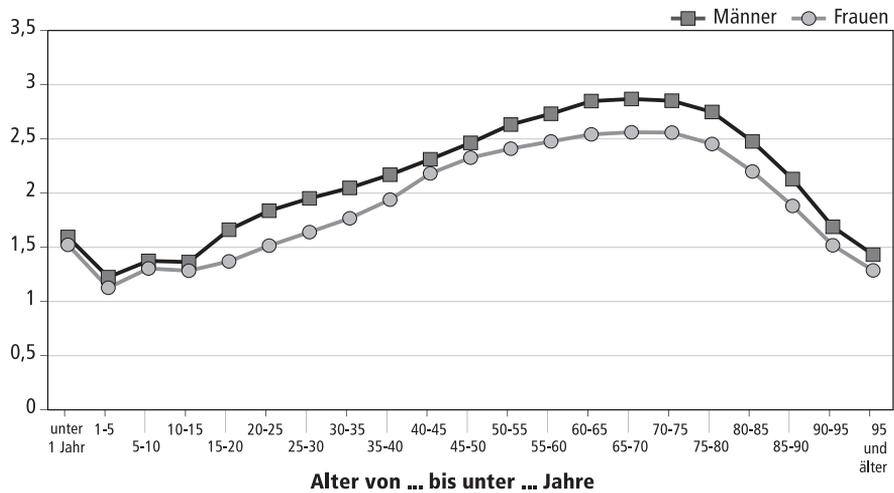
WiDo

Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern des Saarlandes und in Hamburg behandelt wurden (jeweils 2,6), am höchsten.

Die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Operationen und Prozeduren pro Fall stieg bei Frauen und Männern

Abbildung 18–5

Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall 2005 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

bis zur Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2005 bei den 70- bis unter 75-Jährigen mit durchschnittlich 2,6 Operationen und Prozeduren pro Patientin sowie 2,9 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 2005 bei den über 90-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

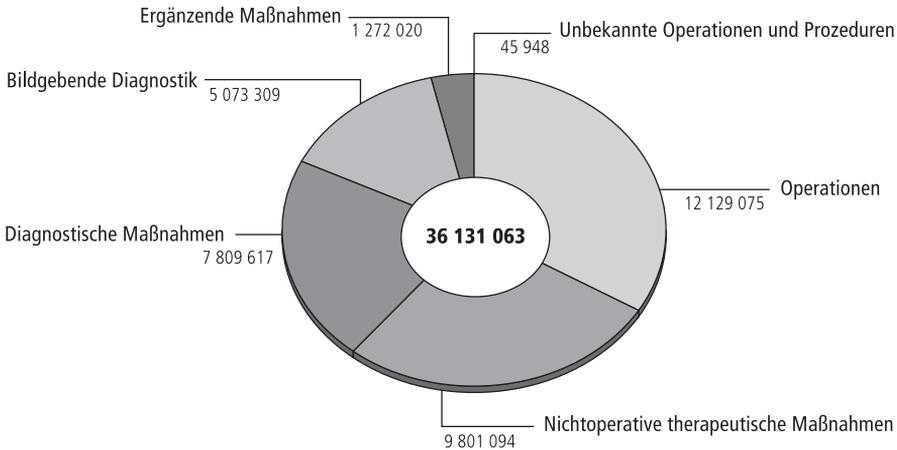
Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern durchgängig in allen Altersgruppen über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 18–5).

Auf Ebene der Kapitel gliedert sich der OPS in fünf Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), *Operationen* (z. B. an den Bewegungsorganen), *Nichtoperative therapeutische Maßnahmen* (z. B. Maßnahmen für den Blutkreislauf, Patientenmonitoring) und *Ergänzende Maßnahmen* (z. B. geburtsbegleitende Maßnahmen, psychotherapeutische Therapie).

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Eingriffen 27,1 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (9,8 Mill.), 21,6 % auf diagnostische Maßnahmen (7,8 Mill.) und 14,0 % auf die bildgebende Diagnostik (5,1 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (12,1 Mill.) mit einem Anteil von 33,6 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst (Abbildung 18–6).

Im Vergleich der in den verschiedenen Altersgruppen angewandten Maßnahmen dieser Art wurde die bildgebende Diagnostik bei den 60- bis unter 85-jährigen

Abbildung 18–6
Operationen und Prozeduren 2005 nach OPS-Kapitel



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

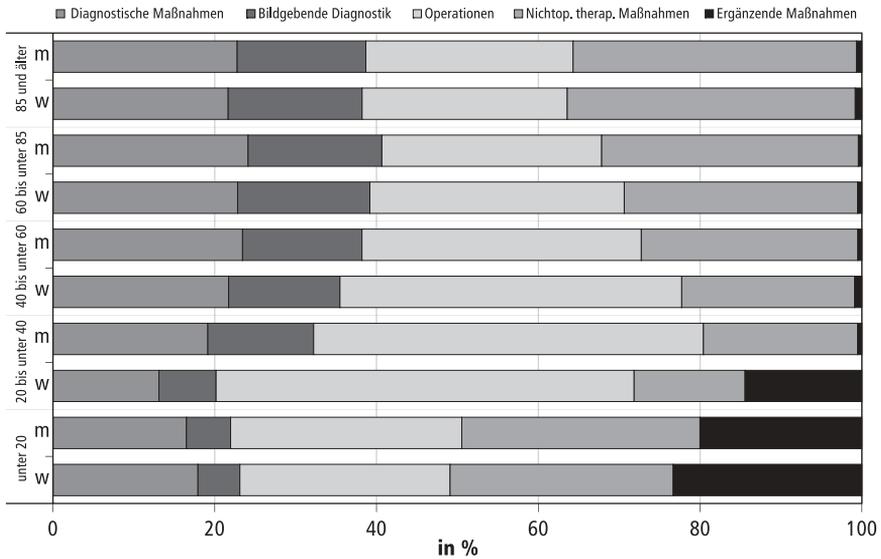
Männern und bei den über 85-jährigen Frauen am häufigsten angewandt. Bei den ergänzenden Maßnahmen verhielt es sich umgekehrt: Während etwa jede fünfte Prozedur bei den unter 20-Jährigen eine ergänzende Maßnahme darstellte, waren sie mit Ausnahme der 20- bis unter 40-jährigen Frauen in allen anderen Altersgruppen für beide Geschlechter nur von sehr geringer Bedeutung. Operationen waren mit Abstand die häufigste Prozedur bei den 20- bis unter 40-Jährigen: Fast die Hälfte der Maßnahmen bei Frauen und Männern in dieser Altersgruppen entfiel auf Operationen. Auch im Vergleich mit den anderen Altersgruppen dominierten die Operationen bei den 20- bis unter 40-Jährigen. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen waren die häufigste Prozedur bei den über 85-Jährigen und wurden im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich häufiger durchgeführt. Diagnostische Maßnahmen spielten bei den über 40-Jährigen eine vergleichsweise größere Rolle (Abbildung 18–7).

Werden die durchgeführten Operationen differenziert für sich betrachtet (siehe Tabelle 18-5), dann waren die Spitzenreiter unter allen insgesamt durchgeführten Eingriffen dieser Art auf Ebene der so genannten Bereichsüberschriften Operationen an den Bewegungsorganen (3,1 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (0,9 Mill.).

Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen⁸ Allgemeine Chirurgie (28,8 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (13,2 %) sowie Orthopädie (8,7 %) erbracht (Abbildung 18–8).

⁸ Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Abbildung 18–7
Operationen und Prozeduren 2005 nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt, erfolgte bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (219 600 Fälle), die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (151 400 Fälle) sowie die Episiotomie (Dammschnitt) und Naht (142 000 Fälle). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch – 161 000 Fälle), an zweiter Stelle wie bei den Frauen die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (139 300 Fälle) sowie an dritter Stelle die chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe (112 500 Fälle). Tabelle 18–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die fast 40 % aller durchgeführten Operationen ausmachen. Eine differenzierte Übersicht für die männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–f und 18–g).

Tabelle 18–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2005 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Eingriffe ab.

Tabelle 18-5
Operationen 2005 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt		Männlich		Weiblich		Insgesamt	Männlich	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
5	Operationen	12 129 075	5 570 436	6 558 082	100,0	100,0	100,0	4,0	4,4	3,5
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	479 812	247 862	231 909						
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	157 374	43 299	114 071						
5-08-5-16	Operationen an den Augen	459 655	211 176	248 430						
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	139 740	78 330	61 399						
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	438 084	272 490	165 568						
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	325 267	172 572	152 665						
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	104 264	69 802	34 459						
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	107 040	68 686	38 354						
5-35-5-37	Operationen am Herzen	311 963	202 910	109 038						
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	616 864	328 257	288 593						
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	104 797	43 068	61 718						
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	1 984 748	1 000 645	984 014						
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	507 654	322 159	185 480						
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	221 971	221 971	–						
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	625 327	–	625 327						
5-72-5-75	Geburtshilfliche Operationen	713 159	–	713 159						
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	62 564	39 062	23 496						
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 124 451	1 452 970	1 671 309						
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	176 114	5 370	170 739						

Tabelle 18-5
Fortsetzung

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt		Insgesamt		Männlich Prozent	Weiblich
		Männlich Anzahl	Weiblich Anzahl	Männlich Prozent	Weiblich Prozent		
5	Operationen	12 129 075	6 570 436	100,0	100,0	100,0	100,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	896 110	490 561	7,4	8,8	8,8	6,2
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	572 117	299 246	4,7	5,4	5,4	4,2

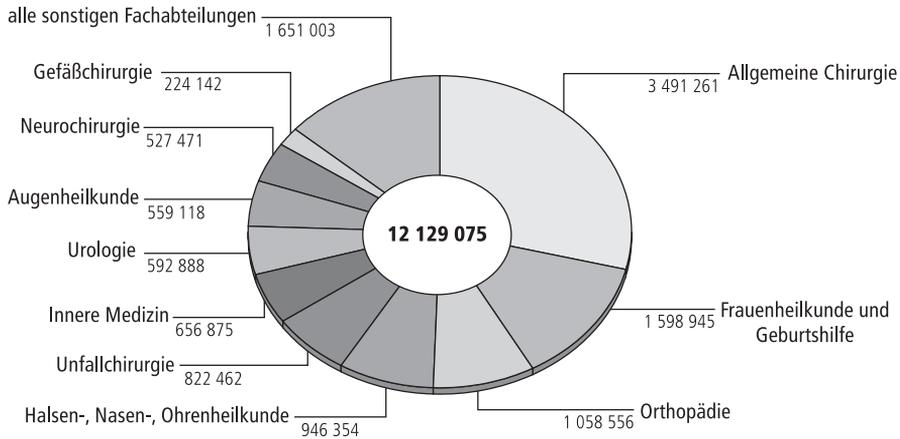
¹⁾ Ohne Duplikate.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Abbildung 18–8
Operationen 2005 nach Fachabteilungen



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Tabelle 18–6
Die häufigsten Operationen 2005 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
5		Operationen insgesamt²⁾	12 129 075	100,0
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	290 646	2,4
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtorgane nach Ruptur, post partum (Dammriss)	219 557	1,8
3	5-469	Andere Operationen am Darm	211 535	1,7
4	5-893	Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	201 673	1,7
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	194 453	1,6
6	5-511	Cholezystektomie	192 167	1,6
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	187 013	1,5
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	184 679	1,5
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	175 616	1,4
10	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	165 579	1,4
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	160 873	1,3
12	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	155 073	1,3
13	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	152 197	1,3
14	5-738	Episiotomie und Naht	141 974	1,2
15	5-683	Uterusexstirpation (Hysterektomie)	141 438	1,2

Tabelle 18–6

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
16	5-470	Appendektomie	138 471	1,1
17	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	138 452	1,1
18	5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	134 495	1,1
19	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel (Concha nasalis)	133 259	1,1
20	5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	132 409	1,1
21	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	128 932	1,1
22	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	127 697	1,1
23	5-749	Andere Sectio caesarea	124 219	1,0
24	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	121 703	1,0
25	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	110 640	0,9
26	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms	109 826	0,9
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	108 525	0,9
28	5-800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	106 604	0,9
29	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	105 410	0,9
30	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	104 935	0,9

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Tabelle 18–7

Die häufigsten Operationen 2005 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
	5	Operationen²⁾	12 129 075	100,0
1	5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	660 480	5,4
2	5-78	Operationen an anderen Knochen	607 316	5,0
3	5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	544 610	4,5
4	5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	519 004	4,3
5	5-82	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	398 959	3,3
6	5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	386 252	3,2
7	5-38	Inzision, Exzision und Verschuß von Blutgefäßen	334 943	2,8
8	5-83	Operationen an der Wirbelsäule	326 962	2,7
9	5-53	Verschuß abdominaler Hernien	290 912	2,4

Tabelle 18–7
Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
10	5-21	Operationen an der Nase	286 795	2,4
11	5-39	Andere Operationen an Blutgefäßen	281 921	2,3
12	5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	279 172	2,3
13	5-45	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	257 949	2,1
14	5-80	Offen chirurgische Gelenkoperationen	255 996	2,1
15	5-75	Andere geburtshilfliche Operationen	255 358	2,1
16	5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	249 306	2,1
17	5-57	Operationen an der Harnblase	245 702	2,0
18	5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	232 973	1,9
19	5-74	Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes gesondert zu kodieren (9-262)	225 601	1,9
20	5-28	Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	195 875	1,6
21	5-73	Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	193 381	1,6
22	5-68	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	187 347	1,5
23	5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeutel	165 169	1,4
24	5-65	Operationen am Ovar	161 846	1,3
25	5-47	Operationen an der Appendix	155 041	1,3
26	5-54	Andere Operationen in der Bauchregion	153 886	1,3
27	5-14	Operationen an der Linse	152 132	1,3
28	5-22	Operationen an den Nasennebenhöhlen	151 289	1,2
29	5-06	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	149 984	1,2
30	5-15	Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	146 553	1,2

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

18.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen

Tabelle 18–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2005 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	14 844 481	92,4	6 783 588	91,5	8 059 889	93,1
Zwei Fachabteilungen	1 095 082	6,8	562 684	7,6	532 358	6,2
Drei und mehr	132 283	0,8	69 463	0,9	62 817	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

durchlaufenen Fachabteilungen⁹ auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.

Danach durchliefen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 1,2 verschiedene Fachabteilungen. 92,4 % der Behandelten wurden dabei ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 91,5 % und bei den Frauen 93,1 %. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten in 6,8 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gab es dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Inneren Medizin und der Intensivmedizin sowie der Allgemeinen Chirurgie und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als drei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 0,8 % nur noch sehr selten (Tabelle 18–8).

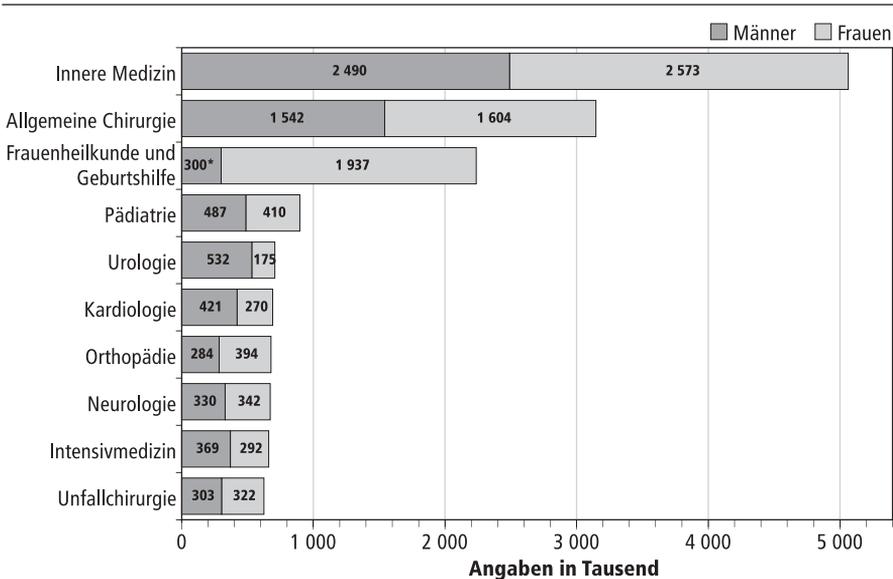
Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,1 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,1 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 7,2 und 7,1 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,8 Tagen (Abbildung 18–9).

Neben der Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ war die Fachabteilung „Orthopädie“ die einzige Abteilung, in der im Jahr 2005 mit deutlichem Abstand mehr Frauen als Männer behandelt wurden.

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie sich während ihrer vollstationären Behandlung am längsten aufgehalten haben, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 4,4 Mill. Fällen (27,5 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,7 Mill. Fällen (17,0 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,1 Mill. Fällen (12,9 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 8,2 Tage, in der Chirurgie 8,3 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 5,0 Tage.

⁹ Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Abbildung 18–9
Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen nach Geschlecht¹⁰



* hauptsächlich gesunde männliche Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. In 241 300 Fällen war Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,5 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,9 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, rund 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 181 300 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 4,1 % aller Fälle in dieser Abteilung und betraf mit rund 63 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 5,4 Tagen.

Die Pneumonie (Lungenentzündung) mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J18) war für 3,4 % der Fälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 11 Tage im Krankenhaus. Der weitaus größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (73,9 %).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 6,5 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 530 600 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die Endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der Lokalen Exzision und Destruktion von erkrank-

¹⁰ Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

tem Gewebe des Dickdarmes (5-452) und der Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377). Rund 70% bis 88% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 18–9 und 18–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,7 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 8,3 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt.

Mit einem Anteil von 5,8% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär versorgt (159 100 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 4,5 Tage im Krankenhaus. Jüngere Patienten bis unter 15 Jahre waren hiervon kaum betroffen, dagegen waren 41,8% 65 Jahre und älter, 35,9% 45 bis unter 65 Jahre und noch 20,9% 15 bis unter 45 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Diagnose war mit einem Anteil von 5,7% und 154 300 Fällen die Cholelithiasis (Gallensteinleiden). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (37,2%) sowie 65 Jahre und älter (35,2%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war die akute Appendizitis (Blinddarmentzündung), die bei 102 200 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 6,0 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (57,4%) und die unter 15-Jährigen (17,7%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 5,9 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 3,2 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 der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (5-812). Mit 42,0% bzw. 37,9% war sowohl bei dem Verschluss eines Leistenbruchs als auch der Gallenblasenentfernung der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter. Arthroskopischen Operationen mussten sich vor allem die 45- bis unter 65-Jährigen unterziehen (43,1%).

18.7 Ausblick

18

Die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* liefert über die Merkmale der bestehenden amtlichen Krankenhausstatistik hinaus weitere wichtige Informationen zum Morbiditätsgeschehen sowie zum Volumen und zur Struktur der Leistungsnachfrage in der stationären Versorgung. Der Informationszugewinn erstreckt sich mit der neuen Statistik vor allem auf die Erweiterung der Hauptdiagnosen um Nebendiagnosen und den Bereich der Operationen und medizinischen Prozeduren. Neben den Veröffentlichungen im Rahmen der Fachserie¹¹ sind auf Anfrage Sonderauswertungen (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich. Ein

¹¹ Siehe Fußnote 1.

Tabelle 18-9
Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2005

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Patienten					
		Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von bis unter ... Jahren			Anzahl
				0-15	15-45	45-65	
	in Tagen	Anzahl					
Innere Medizin							
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt		8,2	4 419 307	10 561	576 385	1 108 234	2 724 126
I50	Herzinsuffizienz	11,9	241 349	1	1 889	23 904	215 555
I20	Angina pectoris	5,4	181 325	1	8 334	59 050	113 940
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11,0	149 797	352	14 859	23 916	110 670
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern	7,3	128 206	0	4 986	31 592	91 628
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6,4	126 778	5	9 472	37 366	79 935
I21	Akuter Myokardinfarkt	9,3	126 320	1	5 290	33 513	87 516
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheiten	10,7	120 720	48	2 948	28 248	89 476
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	11,9	110 479	14	4 856	28 945	76 664
R55	Synkope und Kollaps	6,2	100 862	226	14 036	18 989	67 611
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,7	94 620	1 023	47 171	38 472	7 954
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5,3	81 381	0	2 040	26 877	52 464
G47	Schlafstörungen	1,7	75 132	50	10 748	39 839	24 495
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	8,5	74 487	0	1 899	28 236	44 352
K29	Gastritis und Duodenitis	5,9	72 658	86	15 899	19 238	37 435
I63	Hirninfarkt	12,4	65 467	1	785	8 414	56 267
G45	Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome	7,9	65 282	2	1 206	8 708	55 366

Tabelle 18–9
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	Patienten				
				davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
				0–15	15–45	45–65	65 und älter	
in Tagen		Anzahl		Anzahl				
Innere Medizin								
R07	Hals- und Brustschmerzen	3,2	49 077	42	13 078	18 763	17 194	
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,8	46 622	672	15 196	8 398	22 356	
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,6	44 451	210	11 814	8 607	23 820	
I11	Hypertensive Herzkrankheit	7,6	43 472	0	1 272	11 120	31 080	
Allgemeine Chirurgie insgesamt								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt		8,3	2 728 340	100 849	7 134 443	804 021	1 110 025	
K40	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	4,5	159 119	2 144	33 243	57 158	66 574	
K80	Cholelithiasis	7,0	154 327	250	42 403	57 376	54 298	
K35	Aktue Appendizitis	6,0	102 178	18 132	58 637	16 176	9 233	
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	9,9	87 386	3 590	29 842	29 628	24 326	
S06	Intrakranielle Verletzungen	2,8	86 537	12 599	36 241	14 328	23 369	
S72	Fraktur des Femurs	16,8	80 467	753	4 090	8 335	67 289	
E04	Sonstige nichttoxische Struma	5,0	67 048	48	19 677	32 440	14 883	
S52	Fraktur des Unterarms	5,2	65 707	7 594	12 067	16 267	29 779	
K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,6	65 623	1 638	10 552	14 976	38 456	
I70	Atherosklerose	15,8	61 714	–	914	17 041	43 759	
I83	Varizen der unteren Extremitäten	4,2	60 806	14	11 670	27 893	21 229	

Tabelle 18-9
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer		Patienten			
		in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	davon im Alter von bis unter ... Jahren			
				0-15	15-45	45-65	65 und älter
Allgemeine Chirurgie insgesamt							
K57	Divertikulose des Darms	12,9	59 297	8	6 656	23 399	29 234
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	11,4	57 745	-	2 004	17 326	38 415
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	3,5	50 077	208	13 118	21 389	15 362
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms	9,5	49 625	3 168	9 477	11 033	25 947
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	16,3	47 826	4	1 264	11 941	34 617
K43	Hernia ventralis	8,1	41 143	103	5 967	15 677	19 396
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	15,6	38 592	-	667	9 785	28 140
I84	Hämorrhoiden	4,1	36 801	29	12 867	14 927	8 978
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14,9	35 035	-	994	12 370	21 671

1) Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

2) Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Tabelle 18–10
Häufigste Operationen 2005 in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahre			
			0–15	15–45	45–65	65 und älter
		in %	Anzahl			
Innere Medizin						
Insgesamt Operationen und Prozeduren		6 548 580	5 575	6 11 294	1 710 198	4 221 513
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	530 651	30 904	120 643	378 847
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,2	91 012	15	7 242	20 612
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,7	62 303	0	1 919	15 257
3	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,3	38 560	0	341	4 124
4	5-431 Gastrostomie	6,0	32 094	5	641	3 521
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	5,7	30 263	0	1 517	10 023
6	5-469 Andere Operationen am Darm	5,0	26 452	3	1 559	6 577
7	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,6	19 350	4	1 860	7 568
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,4	18 274	1	1 124	4 351
9	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	15 910	2	209	1 591
10	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,9	15 566	12	563	3 350
Allgemeine Chirurgie						
Insgesamt Operationen und Prozeduren		5 950 892	80 455	1 080 044	1 845 100	2 945 285
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100%	3 199 460	728 585	1 053 846	1 357 599
1	5-511 Cholezystektomie	5,4	172 379	235	43 508	63 278
2	5-530 Verschuß einer Hernia inguinalis	5,0	160 014	2 315	33 078	57 450

Tabelle 18-10
Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahre				
			0-15	15-45	45-65	65 und älter	
		in %	Anzahl				
Allgemeine Chirurgie							
3	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,8	121 310	596	28 226	52 344	40 144
4	5-470 Appendektomie	3,7	117 978	20 172	68 635	18 198	10 973
5	5-469 Andere Operationen am Darm	3,5	111 998	681	17 453	35 911	57 952
6	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	84 708	1 238	16 424	23 142	43 904
7	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	2,5	81 313	48	6 694	25 305	49 266
8	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	2,4	77 574	7 615	12 557	13 764	43 638
9	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	2,4	76 959	1 797	23 302	25 719	26 141
10	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,3	74 048	19	14 860	34 687	24 482

1) Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

2) Ohne Duplikate

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

4) Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Ausbau der Statistik mit weiteren Daten zum DRG-Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung insbesondere unter dem gesundheitsökonomischen Blickwinkel im Zuge der DRG-Konvergenz ist in Vorbereitung. Dies bezieht sich z. B. auf abgerechnete Entgeltarten und DRG-Fallpauschalen.

In der Rubrik „Daten und Analysen“ des Krankenhaus-Reports werden im Rahmen der Berichterstattung des Statistischen Bundesamtes als fester Bestandteil ergänzend zu den aktuellen Grund-, Kosten- und Diagnosedaten der Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen zukünftig die wichtigsten Ergebnisse einschließlich der jährlichen Veränderungen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* dokumentiert.

19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen

Thomas Graf

Abstract

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2005 dargestellt. Neben den Krankenhäusern gehören sie ebenfalls zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird durch eine sachliche, personelle und 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, denn mit der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht im Rahmen der Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt.

The article presents data on the supply and utilization of rehabilitation facilities in Germany for the year 2005. 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, because with the first amendment of the hospital statistics regulation, the obligation to report diagnosis data was expanded to include rehabilitation facilities.

19.1 Vorbemerkung

Neben den Krankenhäusern gehören auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Seit 2005 wird diesem Bereich ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem sowohl die Ausstattung der Ein-

richtungen als auch die Patientenstruktur behandelt werden. Aussagen über die Patientenstruktur können jedoch nur für Einrichtungen mit über 100 Betten gemacht werden, da nur diese Diagnosedaten an die amtliche Statistik übermitteln müssen.

Der Umfang der erhobenen Merkmale ist bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen etwas geringer als bei den Krankenhäusern. Insbesondere werden keine Kostendaten erhoben. Demnach gliedert sich das Erhebungsprogramm in nur zwei Teile: die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und die Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten.¹

Informationen über die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auf Basis der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1991 bundeseinheitlich erhoben. Die Rechtsgrundlage wurde erstmals 2001 novelliert, um die Erhebung an veränderte Gegebenheiten anzupassen. Diese Änderungen traten größtenteils 2002 in Kraft. Die Erweiterung des Berichtskreises in der Diagnosestatistik um Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen folgte ein Jahr später.²

19.2 Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Tabelle 19–1 gibt einen ersten Überblick über wesentliche Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und deren Ergebnisse des Jahres 2005 und die Entwicklung gegenüber den Vorjahren.

Die Entwicklung im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich am besten anhand einiger zentraler Indikatoren. Abbildung 19–1 veranschaulicht die zeitliche Entwicklung der zentralen Indikatoren, die alle im Vergleich zu 1995 rückläufig sind. Allerdings war das in diesem Zeitraum kein linearer Trend. 1997 gab es einen deutlichen Einbruch bei Fallzahl, Pfl egetagen und auch bei der Anzahl der Vollkräfte. Ursache hierfür war, dass in diesem Jahr das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz sowie das Beitragsentlastungsgesetz in Kraft traten. Durch diese gesetzlichen Änderungen wurden die Zuzahlungen erhöht, Übergangsgelder gekürzt, die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen generell von vier auf drei Wochen verkürzt und Rehabilitationsleistungen auf Personen beschränkt, die noch nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

1 Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfolgt in der Fachserie 12 (Gesundheitswesen) des Statistischen Bundesamtes. Die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden in der Reihe 6.1.2, die Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Reihe 6.2.2 publiziert. Beide Veröffentlichungen stehen kostenlos beim Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes unter <http://www.destatis.de/publikationen> zur Verfügung.

2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland S, Rosenow C. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer 2005; 291–310.

Tabelle 19–1

Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung (in %)		
	2005	2004	2000	1995	2005 zu		
					2004	2000	1995
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	1 270	1 294	1 393	1 373	-1,9	-8,8	-7,5
Aufgestellte Betten							
– Anzahl	174 479	176 473	189 822	181 633	-1,1	-8,1	-3,9
– je 100 000 Einwohner	212	214	231	222	-0,9	-8,2	-4,5
Vollstationäre Fälle							
– Anzahl	1 813 990	1 889 362	2 046 227	1 895 887	-4,0	-11,4	-4,3
– je 100 000 Einwohner	2 200	2 290	2 490	2 322	-3,9	-11,6	-5,3
Pflegetage in 1 000	46 774	47 442	52 852	58 820	-1,4	-11,5	-20,5
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	26	25	26	31	2,7	0,0	-16,8
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	73	74	76	89	-0,1	-3,5	-17,2
Personal							
– Beschäftigte am 31.12. (Kopfzahl)	113 436	114 272	116 832	116 339	-0,7	-2,9	-2,5
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitaquivalente)	91 547	92 944	97 846	99 889	-1,5	-6,4	-8,4
darunter: – Ärztlicher Dienst	8 073	7 995	8 299	8 284	1,0	-2,7	-2,5
– Pflegedienst	20 889	20 831	21 010	18 004	0,3	-0,6	16,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

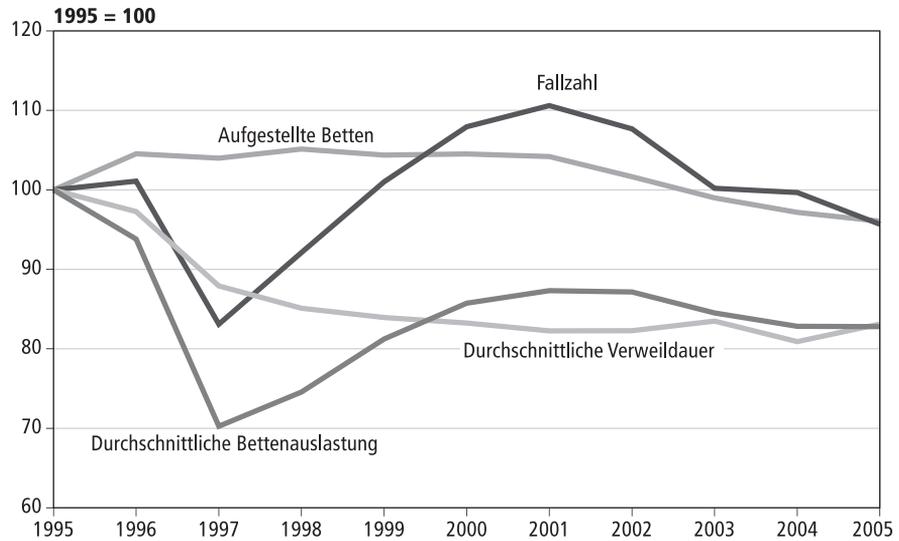
In den Folgejahren war jedoch wieder ein kontinuierlicher Anstieg der genannten Kenngrößen zu beobachten. Insbesondere die Fallzahl stieg über das Niveau von 1995 an.

Von 2001 an waren allerdings wieder gegenläufige Tendenzen zu beobachten, auch hier sticht die Fallzahl mit dem höchsten Rückgang hervor. Ab 2003 stabilisierten sich alle Indikatoren auf Werte, die unter dem Ausgangswert von 1995 lagen.

Die durchschnittliche Verweildauer sank ohne große Schwankungen seit 1995 bis zu einer Annäherung an die Drei-Wochen-Grenze und hat sich dort seit 2000 weitestgehend stabilisiert.

Abbildung 19–1

Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1995–2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

19.3 Das Angebot von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen setzt sich aus einer sachlichen, einer personellen und einer fachlich-medizinischen Komponente zusammen. Die sachliche Ausstattung umfasst die Einrichtungs- und Bettenzahl und die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 19.3.1). Zur personellen Ausstattung gehören die Ärzte und die Beschäftigten im Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst usw. (siehe 19.3.2). In fachlich-medizinischer Hinsicht bestimmen die Fachabteilungen das Leistungsangebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (siehe 19.3.3).

19.3.1 Sachliche Ausstattung

Die Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen war 2005 weiter rückläufig. Am 31.12.2005 gab es in Deutschland 1 270 Einrichtungen, 1,9% weniger als im Vorjahr. Den größten Rückgang gab es im Saarland (–13,6%) und Niedersachsen (–6,8%) (siehe Tabelle 19–2). Bezogen auf die Bevölkerung standen durchschnittlich 1,5 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 000 Einwohner zur Verfügung. Die höchste Einrichtungsdichte gab es in den klassischen „Kurländern“ an Nord- und Ostsee. In Mecklenburg-Vorpommern war sie mit

Tabelle 19-2
 Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Ländern 2005

Bundesland	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl je 100 000 Einwohner		durchschnittliche Verweildauer	
	2005	Veränderung zum Vorjahr	2005	Veränderung zum Vorjahr	2005	Veränderung zum Vorjahr	2005	Veränderung zum Vorjahr	2005	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	in Tagen	in %
Deutschland	1 270	-1,9	212	-1,1	73,4	0,0	2 200	-3,9	25,8	2,7
Baden-Württemberg	221	-3,1	259	-3,2	71,5	-1,4	2 735	-2,8	24,8	-1,6
Bayern	302	-0,3	262	-0,1	68,4	1,1	2 678	1,6	24,5	-0,5
Brandenburg	28	0,0	217	0,0	83,8	2,4	2 372	3,6	27,9	-2,0
Hessen	111	-0,9	292	-0,9	71,0	-1,7	2 758	-2,4	27,5	-0,4
Mecklenburg-Vorpommern	64	-1,5	627	-0,5	72,6	3,7	6 670	3,4	24,5	-1,9
Niedersachsen	136	-6,8	222	-3,3	76,5	2,7	2 484	-0,9	25,0	0,1
Nordrhein-Westfalen	139	0,7	113	-0,2	80,3	2,0	1 189	1,1	27,8	0,3
Rheinland-Pfalz	66	-2,9	200	-3,2	78,1	0,3	2 001	-4,7	28,6	1,7
Saarland	19	-13,6	290	-2,4	73,0	2,7	2 563	-1,5	29,9	0,6
Sachsen	45	0,0	210	0,6	74,4	-0,4	2 105	-1,1	26,8	-0,1
Sachsen-Anhalt	20	0,0	148	1,1	77,2	0,7	1 571	-4,2	25,9	3,8
Schleswig-Holstein	79	1,3	401	1,6	73,2	/	/	/	/	/
Thüringen	36	-2,7	266	-0,4	66,9	1,5	2 396	-0,3	26,7	-0,4
Stadtstaaten zusammen:										
Berlin, Bremen, Hamburg	4	0,0	7	5,4	80,3	7,1	63	16,9	33,5	-3,6

 Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2007

WlD0

durchschnittlich 3,7 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 000 Einwohner am höchsten, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 2,8 Einrichtungen. An dritter und vierter Stelle folgten die südlichen Länder. In Bayern standen 2,4 Einrichtungen und in Baden-Württemberg 2,1 Einrichtungen je 100 000 Einwohner zur Verfügung.

Höchste Bettendichte im Norden

Entsprechend dem Einrichtungsrückgang sank auch die Zahl der aufgestellten Betten. Mit rund über 174 000 Betten gab es gut 2 000 Betten (1,1%) weniger als im Vorjahr. Dies bedingte wiederum einen leichten Rückgang der Bettendichte je 100 000 Einwohner. Im Jahr 2005 standen durchschnittlich 212 Betten je 100 000 Einwohner zur Verfügung, und damit zwei Betten (1,1%) weniger als 2004. Die Bettendichte war in Norddeutschland besonders hoch und lag 2005 in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 627 Betten je 100 000 Einwohner fast dreimal höher als im Bundesdurchschnitt und in Schleswig-Holstein mit 401 Betten je 100 000 Einwohner auch noch fast doppelt so hoch als der Bundesdurchschnitt.

Bei Veränderungen der Bettendichte und der Bettenauslastung gab es keine großen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Die Bandbreite bewegte sich bei der Bettendichte von -3,3% in Niedersachsen bis zu +1,6% in Schleswig-Holstein. Ähnliches zeigt sich bei der Bettenauslastung, hier stand der stärkste Rückgang mit -1,7% in Hessen dem höchsten Zuwachs von +3,7% in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber (Tabelle 19-2).

Zuwachs bei größeren Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

In einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung waren 2005 durchschnittlich 137 Betten aufgestellt. Damit blieb die Durchschnittsgröße in den letzten fünf Jahren annähernd konstant und lag lediglich um fünf Betten über der von 1995. Der Vorsorge- und Rehabilitationsbereich zeichnet sich durch viele kleine Einrichtungen aus. 2005 besaß knapp die Hälfte aller Einrichtungen weniger als 100 Betten. 12,0% aller Einrichtungen waren mit 250 oder mehr Betten ausgestattet. Deren Anteil erhöhte sich als einziger gegenüber dem Vorjahr, während in allen anderen Größenklassen ein Rückgang der Einrichtungen zu verzeichnen war.

Die Anzahl der Einrichtungen mit 50 bis 99 Betten nahm 2005 gegenüber dem Vorjahr am stärksten ab (-4,1%). Entsprechend reduzierte sich auch die Betten- und Fallzahl je 100 000 Einwohner in dieser Größenklasse (-4,6% bzw. -4,2%).

Hintergrund dürften, ähnlich wie im Krankenhaussektor, Fusionen kleinerer Einrichtungen sein (Tabelle 19-3).

Die Trägerstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt unverändert

Das Gros der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen befand sich in privater Trägerschaft. Die Privaten stellten einen Anteil von 57,2% aller Träger von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Dieser Wert hat sich im 10-Jahres-Vergleich kaum geändert (1995 = 62,1%). Ähnliches kann man bei Einrichtungen mit freigemeinnützigen oder öffentlichen Trägern beobachten. Auch hier gab es – wie Abbildung 19-2 zeigt – in den letzten zehn Jahre kaum Bewegung.

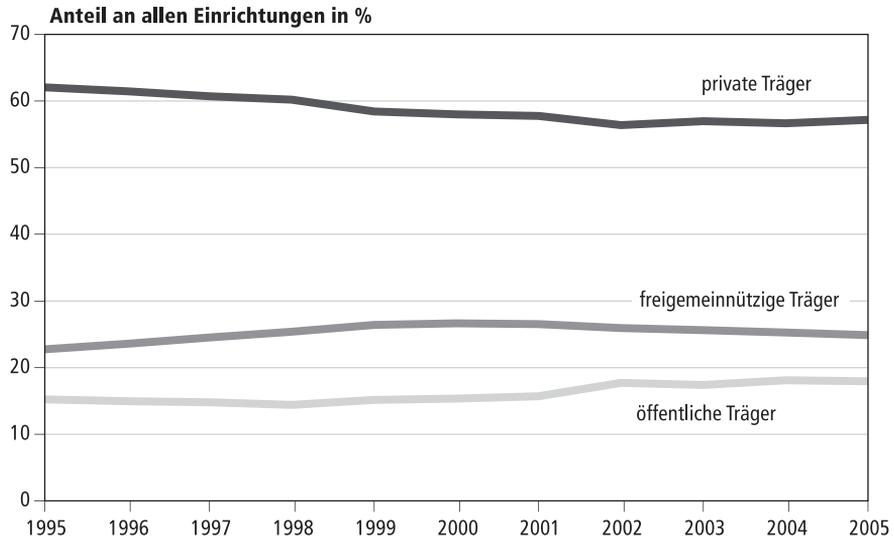
Tabelle 19-3
Ausgewählte Kennzahlen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Größenklassen 2005

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Bettengrößenklassen	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen		Aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner		Bettenauslastung		Fallzahl je 100 000 Einwohner		durchschnittliche Verweildauer	
	2005 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 in %	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in %	2005 in Tagen	Veränderung zum Vorjahr in %
Einrichtungen insgesamt	1 270	-1,9	212	-1,1	73,4	0,0	2 200	-3,9	25,8	2,7
VR bis 49 Betten	286	-1,0	10	-1,4	67,6	0,2	82	-2,0	31,0	0,5
VR mit 50 bis 99 Betten	306	-4,1	26	-4,6	65,8	-4,7	233	-4,2	27,3	-5,4
VR mit 100 bis 149 Betten	167	-2,9	25	-3,1	75,6	0,3	262	-2,3	26,3	-0,8
VR mit 150 bis 199 Betten	188	-1,1	40	-0,6	77,8	1,3	438	-0,3	25,8	0,7
VR mit 200 bis 249 Betten	170	-1,7	46	-1,8	75,1	1,1	493	0,3	25,5	-1,3
VR mit 250 und mehr Betten	153	1,3	64	1,6	72,8	0,0	691	-9,5	24,6	11,9

Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 19-2

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach der Trägerschaft 1994–2004

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Medizinisch-technische Großgeräte

In der Krankenhausstatistik werden auch medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen, wie z. B. Dialysegeräte, Computer- und Kernspin-Tomographen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Quantitativ haben sie jedoch nicht die gleiche Bedeutung wie in den Krankenhäusern. Der Vollständigkeit halber gibt Tabelle 19-4 einen Überblick über die Geräte und Sondereinrichtungen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, um so die medizinisch-technische Ausstattung in der stationären Versorgung insgesamt darzustellen. Am 31.12.2005 waren 156 medizinisch-technische Großgeräte in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellt. Damit stieg der Bestand im Vergleich zum Vorjahr um acht Geräte (5,4%).

19.3.2 Personelle Ausstattung

19

Mehr Teilzeitbeschäftigte bei geringem Personalabbau

Am 31.12.2005 waren insgesamt gut 113 000 Personen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Dies waren 0,7% weniger als ein Jahr zuvor. Entgegen der Vorjahre traf der Personalrückgang nur die pflegefernen Bereiche. Im ärztlichen Dienst gab es fast keine Veränderung zum Vorjahr und im Pflegedienst war ein Zuwachs von 1,2% zu verzeichnen.

Um die Auswirkungen unterschiedlicher (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung) und kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse entsprechend zu be-

Tabelle 19–4

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2005

Medizinisch-technisches Großgerät/Sondereinrichtung	2005 Anzahl	Veränderung gegenüber 2004 in %
Insgesamt	156	5,4
Computer-Tomographen	30	15,4
Dialysegeräte	64	6,7
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	8	0,0
Gamma-Kameras	3	50,0
Herz-Lungen-Maschinen	20	11,1
Kernspin-Tomographen	14	16,7
Koronarangiographische Arbeitsplätze	14	-26,3
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	–	–
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	–	–
Stoßwellenlithotripter	3	0,0
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

rücksichtigten, geben die befragten Einrichtungen die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente) an. Insgesamt gab es 91 500 Vollkräfte, von denen ca. 8 100 im ärztlichen Dienst und 83 500 im nichtärztlichen Dienst arbeiteten. Hier zeigt sich das gleiche Bild, das schon bei den absoluten Beschäftigungszahlen zu beobachten war: Der Personalabbau wurde nur vom nichtärztlichen Dienst – und dort von dem für die Patientenbetreuung unrelevanten Bereich – getragen. Lediglich beim medizinisch-technischen Dienst kann man einen leichten Personalrückgang von 0,4% beobachten.

Weiterhin veränderte sich die Struktur der Arbeitsverhältnisse. Die Einrichtungen beschäftigen wieder mehr Teilzeitkräfte bzw. geringfügig Beschäftigte. Der Anteil dieser Personalgruppe stieg von 35,8% im Jahr 2004 auf 37,4% im Jahr 2005 an.

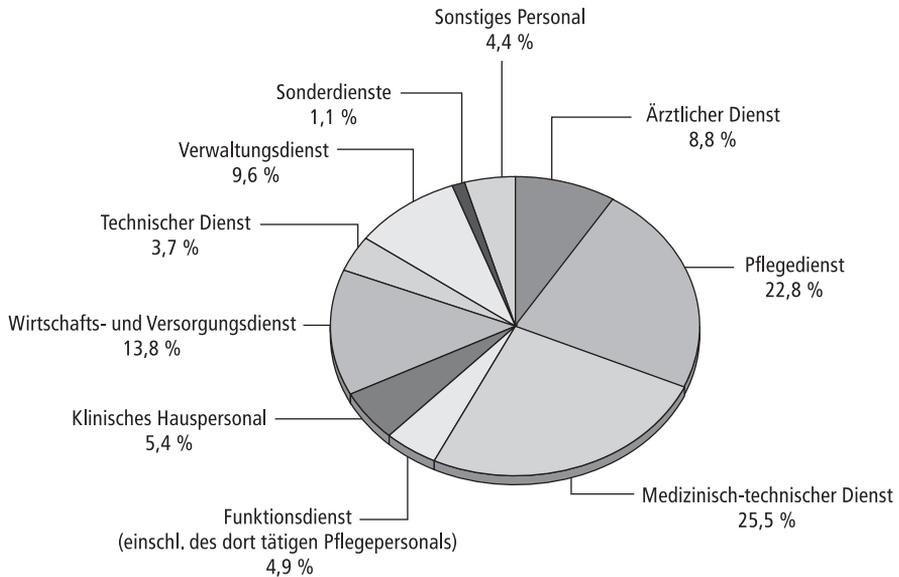
Jeder vierte Beschäftigte arbeitete im medizinisch-technischen Dienst

In den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen hat der ärztliche Dienst eine nicht so starke Bedeutung wie in den Krankenhäusern. Im Jahr 2005 waren 8,8% aller Vollkräfte im ärztlichen Dienst beschäftigt. Mit 25,5% stellte der medizinisch-technische Dienst die größte Personalgruppe. Zur ihr gehören beispielsweise Krankengymnasten, Logopäden und Diätassistenten. An zweiter Stelle folgte der Pflegedienst (22,8%).

Einen Überblick über die Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2005 gibt Abbildung 19–3. Grundlage der Darstellung sind die 91 547 Vollkräfte.

Der Frauenanteil innerhalb des ärztlichen Personals lag 2005 in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wie im Vorjahr auf hohem Niveau (45,7%) und

Abbildung 19–3
Personalstruktur der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005 (Vollkräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

hat sich damit um einen Prozentpunkt gesteigert. Mit steigender Hierarchie nahm der Frauenteil des ärztlichen Personals ab: 2005 waren 57,8% aller Assistenzärzte weiblichen Geschlechts, bei den leitenden Ärzten waren es nur noch 19,1%. Allerdings zeichnet sich hier langsam eine Steigerung des Frauenanteils ab (+4,6%-Punkte seit 1995).

Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergeben sich auch bei Betrachtung der Beschäftigungsverhältnisse: 19,8% aller hauptamtlichen Ärzte waren 2005 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Frauen stellten mit 69,5% das Gros in diesen Beschäftigungsverhältnissen.

Innerhalb des nichtärztlichen Personals war der Frauenanteil viel höher. Er betrug 2005 78,1%. Dies zog sich durch nahezu alle Berufsgruppen. Nur im technischen Dienst dominierten die männlichen Beschäftigten.

19.3.3 Fachlich-medizinische Ausstattung

Der fachlich-medizinische Schwerpunkt der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen lag auf den Fachabteilungen Innere Medizin und Orthopädie. Gemessen an der Bettenzahl kam diesen beiden Fachgebieten im Jahr 2005 die größte Bedeutung zu. In der Inneren Medizin waren 26,9% und in der Orthopädie 26,7% der insgesamt gut 174000 Betten aufgestellt. Die Anzahl der Fachabteilungen zeigte die gleiche Verteilung (Tabelle 19–5).

Tabelle 19-5
 Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2005

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt			Aufgestellte Betten			Durchschnittliche Bettenauslastung			Durchschnittliche Verweildauer		
	2005		Veränderung zum Vorjahr	2005		Veränderung zum Vorjahr	2005		Veränderung zum Vorjahr	2005		Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %		Anzahl	in %		in %	in %		in Tagen	in %	
Fachabteilungen insgesamt	1 811	-1,5	174 479	-1,1	73,4	0,0	25,8	2,7				
Allgemeinmedizin	45	-6,3	3 118	-12,4	62,8	-2,2	21,0	-2,7				
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13	-13,3	696	7,7	67,5	-5,7	23,4	3,0				
Haut- und Geschlechtskrankheiten	38	-2,6	1 568	-4,3	55,5	-4,4	26,2	3,3				
Innere Medizin	484	0,8	46 898	-2,1	72,1	1,6	22,7	-0,4				
Kinderheilkunde	59	-6,3	6 067	-4,3	69,9	0,0	28,3	1,0				
Neurologie	150	2,0	16 809	3,9	81,7	0,4	32,1	-1,8				
Orthopädie	356	2,0	46 596	2,5	76,1	-0,1	22,4	-0,3				
Physikalische und Rehabilitative Medizin	35	-5,4	1 706	-1,2	58,7	12,1	24,5	10,4				
Psychiatrie und Psychotherapie	192	-3,0	12 684	1,7	87,2	-2,3	63,5	1,1				
Psychotherapeutische Medizin	139	-2,1	12 624	-5,6	79,1	3,2	40,9	2,1				
Sonstige Fachbereiche	300	-6,3	25 713	-5,4	60,6	-5,6	22,0	16,7				

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Anhand der prozentualen Veränderung zum Vorjahr können kurzfristige Entwicklungen innerhalb der Fachabteilungen analysiert werden. Den stärksten Rückgang gegenüber dem Vorjahr hatte mit 12,4% die Allgemeinmedizin zu verzeichnen. Demgegenüber gab es die stärkste Steigerung bei der Frauen- und Geburtshilfe mit 7,7% mehr aufgestellten Betten. Die Bettenauslastung schwankte in den Fachabteilungen von 55,5% in der Fachabteilung Haut- und Geschlechtskrankheiten bis zu 87,2% in der Psychiatrie und Psychotherapie.

19.4 Die Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Angaben zu vollstationären Behandlungsfällen in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden sowohl in den Grunddaten als auch seit 2003 in der Diagnosestatistik erfasst. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen beiden Erhebungen. Bei den Grunddaten handelt es sich um eine Vollerhebung, während die Diagnosestatistik als Teilerhebung konzipiert wurde. Es sind nur Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten dazu verpflichtet, Angaben über ihre Patienten zu machen. Diese Einschränkung erfolgte, um den zusätzlichen Erhebungsaufwand durch die erste Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung gering zu halten. Das Kriterium galt im Jahr 2005 für etwas mehr als die Hälfte aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Zusammen behandelten diese 81,9% 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 19.3.1). Die Diagnosestatistik ergänzt diese Angaben um Informationen über die Patienten- und Diagnosestruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (siehe 19.3.2).

19.4.1 Vollstationäre Behandlungen (Grunddaten)

Die Anzahl der Behandlungsfälle rückläufig bei steigender Verweildauer

Die Anzahl der vollstationär behandelten Fälle ging im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr um 4,0% zurück. Demgegenüber stieg die durchschnittliche Verweildauer um 2,7% an und lag durchschnittlich bei 25,8 Tagen. Sie reichte von knapp 25 Tagen in Bayern bis zu 30 Tagen im Saarland.

Bei der Betrachtung der einzelnen Landesergebnisse muss Schleswig-Holstein bei den Vorjahresergebnissen herausgenommen werden, da es 2004 zu einer Übererfassung der Fallzahl kam. Der Wert wirkte sich zwar nur unbedeutend auf das Deutschlandergebnis aus, würde aber den Ländervergleich bezüglich der Verände-

rungen gegenüber dem Vorjahr verzerren. Aus diesem Grund fehlen in der Tabelle 19–2 die Vorjahresvergleichswerte für Schleswig-Holstein, die in einem direkten Zusammenhang mit der Fallzahl stehen.

Einen Überblick über die restlichen Länderergebnisse bietet Tabelle 19–2.

19.4.2 Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Seit 2003 werden in der Krankenhausdiagnosestatistik auch Angaben zu den Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten erhoben. Es handelt sich um eine jährliche Teilerhebung, für die Auskunftspflicht besteht.

Von den insgesamt 1,8 Mio. Behandlungsfällen³ wurden aufgrund der Einschränkung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten im Jahr 2005 rund 1,4 Mio. (81,9%) in der Diagnosestatistik erfasst. Die Erfassung lag 2004 noch bei 76,5%. Auch hier zeigt sich, dass eine Konzentration zu den größeren Einrichtungen stattfindet. Dadurch wird auch der Erfassungsgrad der Patienten in der Diagnosestatistik größer. Tabelle 19–6 gibt einen Überblick über einige Eckdaten der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Alle folgenden Berechnungen wurden **ohne** Patienten mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Alters und unbekanntem Geschlechts vorgenommen, um die Ergebnisse in Relation zur Durchschnittsbevölkerung Deutschlands setzen zu können

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 56 Jahren

2005 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 wurden 2005 14,5% mehr Patienten je 100 000 Einwohner behandelt, die zu den Hochbetagten (über 85 Jahre) zu rechnen sind. Auch hier zeigen sich die Auswirkungen des demographischen Wandels, allerdings mit einem positiven Hintergrund: Eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zeigt eher, dass man bei den Patienten eine Besserung ihres Gesundheitszustand erwartet.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bestimmten das Behandlungsgeschehen

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-Pos. M00–M99) waren die häufigste Ursache für einen Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. 34,4% aller Patienten wurde aufgrund einer entsprechenden Hauptdiagnose behandelt. Es folgten Krankheiten des Kreislaufsystems

³ Die Begriffe „Behandlungsfälle“ und „Patienten“ werden im Folgenden anstelle der korrekten Bezeichnung „aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit mehr als 100 Betten im Berichtsjahr entlassene Patienten (einschl. Sterbefälle)“ verwendet.

Tabelle 19–6

Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten 2003–2005

Gegenstand der Nachweisung	2005	2004	2003
Diagnosedaten der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen¹⁾			
Patienten insgesamt	1 485 254	1 463 633	1 482 847
Patienten ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alters			
Zusammen	1 473 764	1 433 035	1 462 839
nach Geschlecht			
Männer	689 912	674 404	703 762
Frauen	783 852	758 631	759 077
Altersspezifische Rate je 100 000 Einwohner			
– unter 15 Jahre	684	758	724
– 15 bis unter 45 Jahre	787	809	875
– 45 bis unter 65 Jahre	2 767	2 759	2 871
– 65 bis unter 85 Jahre	3 604	3 452	3 333
– 85 Jahre und mehr	1 700	1 484	1 364
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)			
Insgesamt	56	54	53
Männer	55	54	53
Frauen	56	55	55
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)			
	26	26	26

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

(16,2%), Neubildungen (12,0%) sowie psychische und Verhaltensstörungen (11,3%). Zusammen entfielen fast drei Viertel aller Behandlungsfälle auf diese vier Diagnosekapitel (Tabelle 19–7).

Bei psychischen Erkrankungen verbrachten die Patienten mit durchschnittlich 39 Tagen die längste Zeit in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Demgegenüber betrug die durchschnittliche Verweildauer bei Patienten mit Krankheiten des Blutes über 22 Tage.

Tabelle 19-7
Behandlungsanlässe der Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005

Pos.-Nr. der ICD-10	Diagnoseklasse / Behandlungsanlass	Patienten und Patientinnen ¹⁾				Durchschnittliche Verweildauer	
		Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl				in Tagen	
Insgesamt		1 485 254	694 895	790 092	25,6	26,0	25,2
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4 432	2 229	2 203	25,7	25,9	25,5
C00-D48	Neubildungen	177 714	81 524	96 180	23,6	23,3	23,9
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	8 453	4 069	4 383	22,2	22,2	22,2
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	40 881	20 818	19 959	25,4	25,0	25,9
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	168 537	62 441	106 074	38,9	45,2	35,1
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	40 810	20 970	19 835	30,1	30,1	30,1
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1 115	524	591	24,3	24,2	24,4
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	3 921	2 107	1 814	28,5	28,3	28,6
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	240 034	150 234	89 792	25,4	24,9	26,1
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	69 193	36 840	32 335	23,6	23,7	23,5
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	18 576	8 449	10 127	23,1	23,1	23,2
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	20 133	9 449	10 682	24,8	25,1	24,4
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	511 631	218 389	293 203	22,6	22,9	22,4
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	4 680	1 791	2 885	23,2	23,1	23,2
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	99	–	99	23,1	–	23,1
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	182	112	70	28,2	28,2	28,1
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3 560	1 598	1 959	25,4	25,8	25,1

Tabelle 19-7
Fortsetzung

Pos.-Nr. der ICD-10	Diagnoseklasse / Behandlungsanlass	Patienten und Patientinnen ¹⁾		Durchschnittliche Verweildauer			
		Insgesamt	Anzahl Männer Frauen	Insgesamt	Männer Frauen		
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	12 289	4 435	7 853	23,4	24,1	23,1
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	94 432	38 965	55 455	25,2	26,9	23,9
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	57 069	26 627	30 437	21,6	21,8	21,5
	Ohne Diagnoseangabe	7 501	3 319	4 149	23,7	23,9	23,5

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Das Diagnosespektrum variierte je nach Lebensphase

Die häufigste Einzeldiagnose bei den unter 15-Jährigen war Asthma (ICD-Pos. J45) mit 11 300 Behandlungsfällen. Von den 11 300 Kindern im Alter unter 15 Jahren, die in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, hatte jedes siebte die Hauptdiagnose Asthma. An zweiter Stelle folgte die Neurodermitis (ICD-Pos. L20) mit 7 300 Behandlungsfällen und an dritter Stelle die Adipositas (ICD-Pos. E66) mit 6 600 Behandlungsfällen.

In der Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen waren es vor allem Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, wegen derer eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Anspruch genommen wurde. Insbesondere die Rückenleiden stellten einen Schwerpunkt da. Fast jeder sechste Patient dieser Altersgruppe wurde wegen Bandscheibenschäden (ICD-Pos. M51) und Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) behandelt. Diese beiden Diagnosen waren die häufigsten in dieser Altersgruppe.

Auch bei den 45- bis unter 65-Jährigen dominierten die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes das Behandlungsgeschehen. Die häufigste Einzeldiagnose waren die Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) mit 52 900 Behandlungsfällen. Bei mehr als jedem elften Patienten in dieser Altersgruppe wurde eine solche Hauptdiagnose gestellt. Die zweithäufigste Diagnose war die Arthrose des Hüftgelenks (Koxarthrose M16).

Bei den 65- bis unter 85-Jährigen rückten die Arthrosen des Hüftgelenks (Koxarthrose M16) und des Kniegelenks (Gonarthrose M17) in den Vordergrund. Sie stellten allein 25,9% dieser Altersgruppe. Ursache sind vermutlich häufig in dieser Altersgruppe durchgeführte Einsetzungen von künstlichen Hüft- bzw. Kniegelenken.

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen ist die Fraktur des Femurs (ICD-Pos. S72) mit 19,2% aller Behandlungsfälle die zentrale Einzeldiagnose. Im Vergleich dazu liegt der Hirninfarkt (ICD-Pos. I63) auf Platz zwei mit 9,7% aller Fälle weit dahinter (Tabelle 19–8).

Tabelle 19–8

Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter 2005

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
unter 15 Jahre					
		Insgesamt	81 121	25,5	6,7
1	J45	Asthma bronchiale	11 305	27,0	6,7
2	L20	Neurodermitis (Atopisches Ekzem)	7 335	24,6	5,3
3	E66	Adipositas	6 626	34,6	11,2
4	D80	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel	6 267	22,0	5,1
5	J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	4 297	21,6	5,2

Tabelle 19–8

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
15 bis unter 45 Jahre					
Insgesamt			266 834	29,6	36,0
1	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	23 915	23,6	37,1
2	M54	Rückenschmerzen	23 115	23,5	37,8
3	F48	Andere neurotische Störungen	19 302	22,1	35,5
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	13 324	33,0	36,0
5	F32	Depressive Episode	9 249	35,9	36,6
45 bis unter 65 Jahre					
Insgesamt			598 537	26,3	54,8
1	M54	Rückenschmerzen	52 885	23,7	53,5
2	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	34 886	22,4	56,9
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	33 400	23,5	53,3
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	31 485	22,3	56,0
5	M17	Gonarthritis (Arthrose des Kniegelenks)	31 128	22,7	57,3
65 bis unter 85 Jahre					
Insgesamt			513 195	22,7	72,9
1	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	66 462	20,8	72,9
2	M17	Gonarthritis (Arthrose des Kniegelenks)	66 451	20,9	73,1
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	39 980	20,9	72,4
4	I63	Hirnininfarkt	34 539	30,6	73,8
5	S72	Fraktur des Femurs	21 062	22,4	76,1
85 Jahre und älter					
Insgesamt			25 131	23,2	87,7
1	S72	Fraktur des Femurs	4 831	23,3	88,5
2	I63	Hirnininfarkt	2 437	28,1	87,5
3	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	2 229	21,3	86,8
4	M17	Gonarthritis (Arthrose des Kniegelenks)	1 729	21,0	86,9
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	929	21,0	87,0

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Tabelle 19–9

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Männern und Frauen 2005

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten und Patientinnen ¹	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
Insgesamt			694 895	26,0	55
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	55 343	21,5	63
2	M54	Rückenschmerzen	42 635	23,5	51
3	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	42 425	21,5	64
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	37 114	23,4	49
5	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	33 672	21,9	65
6	I63	Hirnfarkt	32 319	31,7	65
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	29 100	23,0	65
8	I21	Akuter Myokardinfarkt	13 898	21,3	61
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	13 833	80,6	44
10	J45	Asthma bronchiale	12 555	25,5	26
Frauen					
Insgesamt			790 092	25,2	56
1	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	68 296	21,4	69
2	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	65 364	21,4	68
3	M54	Rückenschmerzen	43 328	23,1	52
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	42 814	23,8	59
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	30 819	23,0	52
6	I63	Hirnfarkt	24 985	31,8	70
7	S72	Fraktur des Femurs	23 205	22,8	76
8	F48	Andere neurotische Störungen	22 640	22,7	39
9	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	21 275	23,6	51
10	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	20 846	32,7	43

¹⁾ Grundgesamtheit: Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten
a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Unterschiedliches Behandlungsspektrum bei Männern und Frauen

Bei Betrachtung der häufigsten Hauptdiagnosen zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Im Jahr 2005 wurden 55 300, und damit die meisten Männer wegen der chronischen ischämischen Herzkrankheit (ICD-Pos. I25) in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Im Durchschnitt waren sie 63 Jahre alt und verbrachten 22 Tage in der Einrichtung. Zwei Tage länger wurden die männlichen Patienten mit Rückenschmerzen (ICD-Pos. M54) behandelt, der zweithäufigsten Diagnose. Hier lag das Durchschnittsalter der insgesamt 42 600 Männer mit 51 Jahren unter dem aller behandelten Männer (Tabelle 19–9).

Die häufigsten Hauptdiagnosen bei den Frauen waren Arthrosen des Kniegelenks (ICD-Pos. M17) und des Hüftgelenks (ICD-Pos. M16). Patientinnen mit diesen Arthrosen waren im Durchschnitt 69 Jahre alt. Männer, die wegen derselben Hauptdiagnosen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, waren durchschnittlich vier Jahre jünger.

Teil VI

Krankenhaus-Directory

(Kapitel 20)

This page intentionally left blank

20 Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006

Das Directory deutsche Krankenhäuser 2006 basiert wie in den Vorjahren auf den Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Den nachfolgenden Darstellung liegen Vereinbarungsdaten und nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtung zu Grunde. Im Jahr 2005 hat der Konvergenzprozess begonnen, in dem das Budget von DRG-Krankenhäusern bis 2009 stufenweise an einen landesweiten Basisfallwert angepasst wird.

Insgesamt werden 1 622 Krankenhäuser vorgestellt. 53 Krankenhäuser aus der Liste sind für das Jahr 2006 als besondere Einrichtung zu zählen. Von den 1 569 Krankenhäusern im DRG-Bereich operieren 15 im Jahr 2007 nicht mehr als eigenständige Einrichtungen, sondern sind mit einem weiteren Haus fusioniert.

Die einzelnen Spalten des Directory haben, soweit sie nicht selbsterklärend sind, folgende Bedeutung:

Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2006 mit einem anderen Krankenhaus fusioniert.

Betten

Jedes Krankenhaus wird nach seiner Bettenzahl klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- <50 = unter 50 Betten
- <200 = 50 bis unter 200 Betten
- <500 = 200 bis unter 500 Betten
- <1 000 = 500 bis unter 1 000 Betten
- >1 000 = 1 000 Betten und mehr.

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2006, andernfalls aus den Vorjahren.

Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 bilden mit 39% der hier dargestellten Einrichtungen die größte Gruppe, gefolgt von der Größenklasse 50 bis unter 200 mit 27% und kleiner 50 mit 19%. 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:

- ö für öffentlich
- fg für freigemeinnützig
- p für privat.

Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 42% der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen Häusern mit 39%. Die restlichen 19% befinden sich in privater Trägerschaft.

BFW (Basisfallwert)

Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, der im Prinzip multipliziert mit der Bewertungsrelation den Preis einer DRG-Fallpauschale festlegt. Bei den hier ausgewiesenen Basisfallwerten aus dem Jahr 2006 handelt es sich um den Wert ohne Ausgleiche und Berichtigungen. Dieser entspricht in der Regel nicht dem tatsächlichen Zahlbetrag, welcher Ausgleiche aus Vorperioden und Korrekturbeträge bei unterjährigem Inkrafttreten beinhaltet.

In der Spalte BFW ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2006 nach der Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen (FPVBE) 2006 vereinbart wurde und somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen ist.

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. Vereinfacht dargestellt erhalten Einrichtungen mit einem Basisfallwert unterhalb des LBFW eine Budgeterhöhung, Krankenhäuser oberhalb des LBFW eine Budgetabsenkung. Diese Budgetveränderung wird als Anpassungsbetrag bezeichnet. 2006, also in der zweiten Stufe, erfolgt eine Konvergenz um 23,5% des rechnerischen Anpassungsbetrags. Die negative Anpassung ist für das Jahr 2006 auf eine Obergrenze von 1,5% des Krankenhausbudgets begrenzt, für positive Anpassungsbeträge existiert keine Obergrenze.¹

In der Spalte wird die prozentuale Budgetanpassung durch die Konvergenz gegen den landesweiten Basisfallwert dargestellt. Beträgt der Wert $-1,5$, so handelt es sich um ein Krankenhaus, für das die Obergrenzenregelung gegriffen hat.

Krankenhäuser, die 2006 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 60% der hier dargestellten Einrichtungen überwiegt der Anteil der Konvergenzgewinner gegenüber dem der Konvergenzverlierer. Mit 43% wurde zudem ein relevanter Anteil der Konvergenzverlierer von der vollständigen Budgetanpassung geschont. Somit ist der Anteil der Konvergenzgewinner gegenüber dem Directory des Jahres 2005 gestiegen und der Anteil der geschonten Verlierer rückläufig. Im Krankenhaus-Report 2006 wurde der Anteil der Gewinner mit 53% festgestellt, der Anteil der Geschonten betrug 49%.

Dabei sind mehr Budgeterhöhungen bei den Gewinnern angefallen, als die Verlierer abgeben mussten: Das bundesweite Saldo der durch die Konvergenz umver-

¹ Im Jahr 2005 lautete der Anpassungsschritt 15,0%, die Obergrenze lag bei 1,0% des Budgets. Die Regelungen finden sich im Detail in § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Tabelle 20–1

Konvergenzwirkungen nach Bundesländern im Jahr 2006

	LBFW	VB	BE KH	DRG KH	Konvergenz- gewinner	Konvergenz- verlierer	davon: geschont
	Anzahl				in %		
Brandenburg	2 642	47	4	43	51	49	29
Berlin	2 955	39	0	39	74	26	30
Baden-Württemberg	2 814	211	9	202	56	43	53
Bayern	2 737	300	19	281	64	35	48
Bremen	2 849	12	0	12	58	42	40
Hessen	2 786	113	4	109	61	39	40
Hamburg	2 847	16	1	15	73	27	50
Mecklenburg-Vorpommern	2 625	25	1	24	75	25	33
Niedersachsen	2 756	176	1	175	50	49	38
Nordrhein-Westfalen	2 687	369	7	362	59	40	42
Rheinland-Pfalz	2 956	77	1	76	76	22	47
Schleswig-Holstein	2 653	51	3	48	60	35	41
Saarland	2 902	25	0	25	40	60	60
Sachsen	2 711	78	1	77	49	51	36
Sachsen-Anhalt	2 730	44	0	44	48	52	48
Thüringen	2 722	39	2	37	65	35	23

Krankenhaus-Report 2007

Wido

teilten Budgets beträgt +144 Millionen Euro. Im Jahr 2005 betrug der Wert noch +4 Millionen Euro.

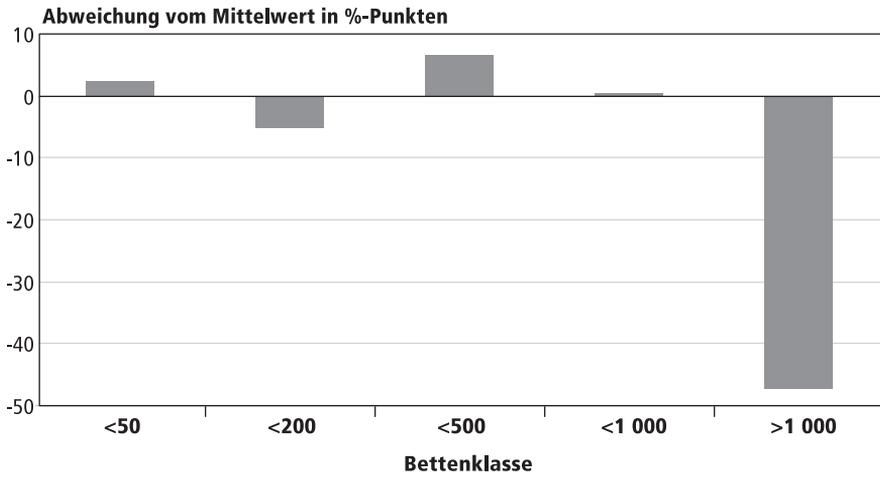
Tabelle 20–1 illustriert die Konvergenzwirkungen nach Bundesländern. Der Anteil der Konvergenzgewinner variiert zwischen 76% in Rheinland-Pfalz und 40% im Saarland. Die geschonten Einrichtungen umfassen einen Anteil an den Konvergenzverlierern zwischen 60% im Saarland und 23% in Thüringen.

Für Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 Betten lässt sich ein überdurchschnittlicher Anteil an Konvergenzgewinnern feststellen, für Einrichtungen von 50 bis unter 200 Betten ein leicht unterdurchschnittlicher. Die hier dargestellten Krankenhäuser mit über 1 000 Betten sind im Budgetjahr 2006 überwiegend Konvergenzverlierer. Verglichen mit den Ergebnissen des Vorjahres ist für 2006 festzustellen, dass der Anteil der Gewinner unter Einrichtungen mit hohen Bettenzahlen ansteigend ist, was sich besonders in der Bettenklasse zwischen 500 bis unter 1 000 Betten zeigt (Abbildung 20–1).

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. Im Jahr 2005 wiesen die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft den geringsten Anteil an Gewinnern auf (Abbildung 20–2).

Abbildung 20–1

Anteil Konvergenzgewinner im Jahr 2006 nach Bettenklassen



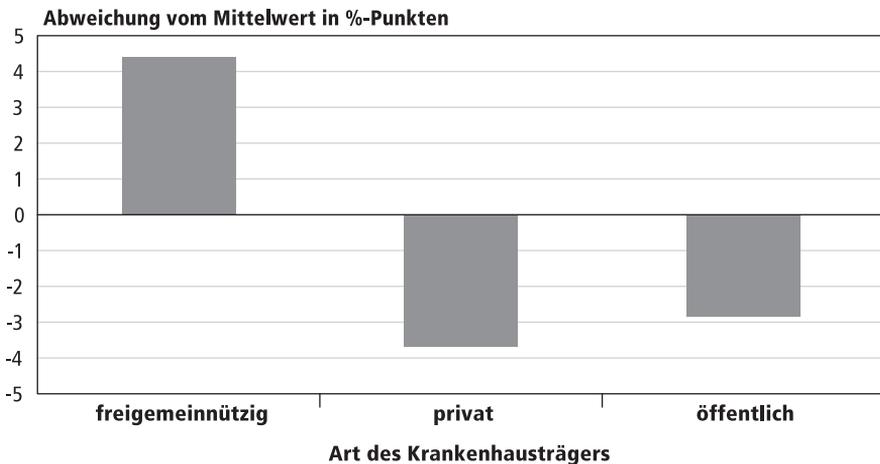
Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Die Darstellung nach Regionstypen verdeutlicht, dass Konvergenzgewinner in ländlichen Regionen überrepräsentiert sind, während sie in Agglomerations- und verstärkten Räumen unterdurchschnittliche Anteile aufweisen (Abbildung 20–3).

Abbildung 20–2

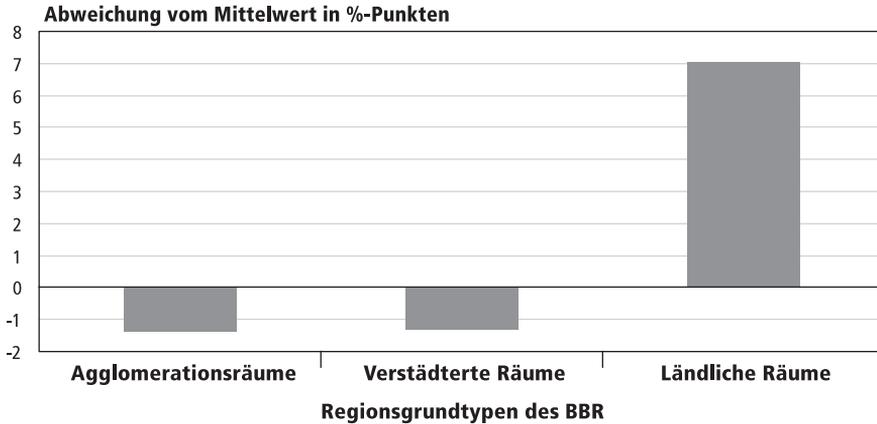
Anteil Konvergenzgewinner im Jahr 2006 nach Trägerarten



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 20–3

Anteil Konvergenzgewinner im Jahr 2006 nach den Regionsgrundtypen des BBR

Quelle: BBR und WIdO

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Umsetzungszeitpunkt

Vereinbarungsergebnisse auf Krankensebene können während der Konvergenzphase erst mit vorliegendem Landesbasisfallwert erzielt werden, sofern nicht Abschlüsse mit mehrjährigen Laufzeiten getroffen wurden.

Der erste vereinbarte Landesbasisfallwert für die Budgetrunde 2006 lag im Februar aus Niedersachsen vor, sodass dort die Budgetverhandlungen auch am frühesten beginnen konnten. Bis Juli 2006 waren mit zwölf dreiviertel aller Landesbasisfallwerte vereinbart und im November lag mit der Vereinbarung aus Hamburg auch der letzte Wert vor.

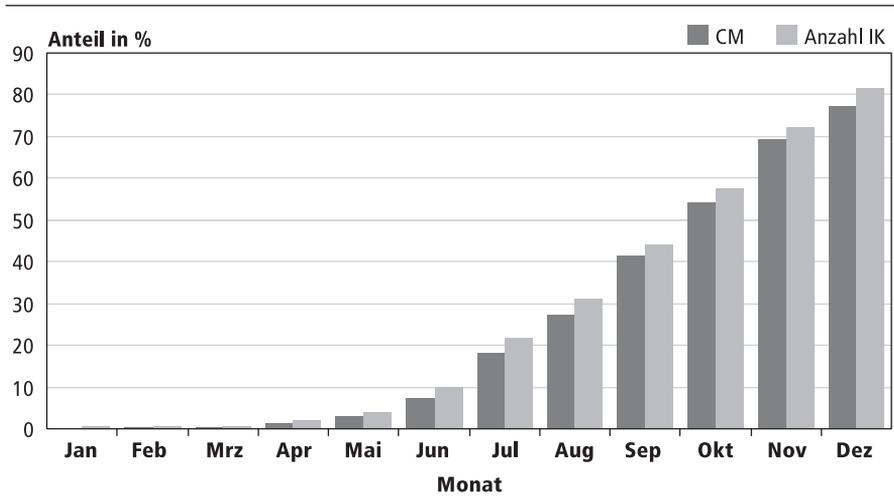
In der Konsequenz liegen im Jahr 2006 keine prospektiven Vereinbarungen vor. Zu 81 % der hier beobachteten Einrichtungen bzw. 77 % der Fälle konnten die Vereinbarungen unterjährig umgesetzt werden. Die übrigen erfolgten retrospektiv (Abbildung 20–4).

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 = 50 000 Bewertungsrelationen und mehr.

Abbildung 20–4

Umsetzungszeitpunkte

Krankenhaus-Report 2007

WidO

CMI (Casemix-Index)

Der Casemix-Index (CMI) zeigt die mittlere Fallschwere eines Krankenhauses an. 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 Internet)

Für jede Einrichtung erfolgt ein Vergleich zwischen dem individuellen CMI und dem entsprechenden Landeswert (Internetportal 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 –20% und darunter.

Leistungsdichte Basis-DRGs (25%/50%)

Es wird jeweils angegeben, mit wie vielen Basis-DRGs (ADRGs) 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 2006 existieren 544 Basis-DRGs.

Leistungsdichte Basis-DRGs (25%/50%/75%) (nur im Internet)

Im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de befindet sich eine zusätzliche Spalte für die Zahl der Basis-DRGs zu 75% aller Leistungen.

TOP 3 MDC

In einer weiteren Annäherung an das DRG-Leistungsspektrum eines Hauses werden die drei jeweils stärksten MDCs mit ihrer Nummer sowie dem jeweiligen Prozentanteil an sämtlichen DRG-Leistungen dokumentiert. 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 an hepatobiliärem System und Pankreas
 - 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
 - 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
 - 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
 - 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
 - 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
 - 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
 - 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
 - 15 Neugeborene
 - 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
 - 17 Hämatologische und solide Neubildungen
 - 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
 - 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
 - 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
 - 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
 - 22 Verbrennungen
 - 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Abbildung 20–5 illustriert, wie sich Fälle und Casemix anteilig auf die einzelnen MDCs verteilen. Im Internetportal findet sich die erweiterte Darstellung der TOP 5 MDCs.

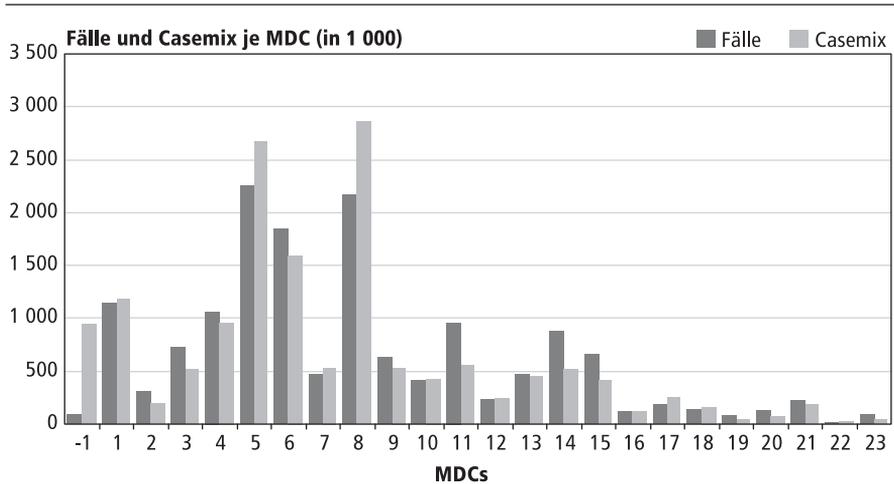
Partitionen in % (Verteilung über die Partitionen)

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 20–5

Verteilung von Fällen und Casemix im Jahr 2006 auf MDCs (in 1 000)



Krankenhaus-Report 2007

WlD0

- DRGs der anderen Partition beinhalten Prozeduren, für die kein OP-Saal erforderlich ist.²
- DRGs der medizinischen Partition beinhalten keine relevanten Prozeduren.

Die Abkürzungen der Partitionen bedeuten Folgendes:

O = operativ

A = andere

M = medizinisch.

Abbildung 20–6 illustriert die Verteilung von vereinbarten Fällen und Casemix auf die einzelnen Partitionen. In den betrachteten Krankenhäusern wurden insgesamt 15 349 390 DRG-Fälle vereinbart. Diese entfallen zu 37% auf die operative Partition, zu 6% auf die andere und zu 57% auf die medizinische Partition.

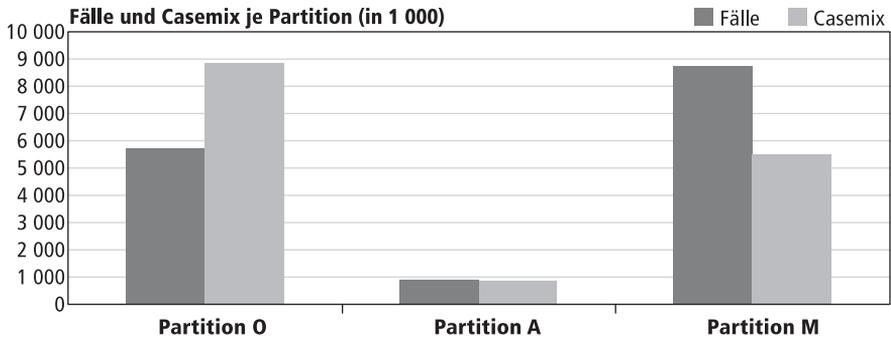
In der Printversion wird lediglich der prozentuale Anteil von Fällen in der operativen Partition dargestellt. Im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de sind alle drei Partitionen für jedes Krankenhaus ausgewiesen.

Budgetanteile ZE/SE

Für Leistungen, die im Jahr 2006 noch nicht mit DRGs sachgerecht vergütet werden, können die Vertragspartner individuelle Leistungskomplexe und Entgelte vereinbaren. Dazu gehören u. a. 41 DRGs, zu denen das InEK keine sachgerechte Bewertungsrelation ermitteln konnte, aber auch Leistungen in besonderen Ein-

² Die Unterscheidung, ob eine Prozedur einen OP-Saal benötigt oder nicht, erfolgt anhand des Schlüssels, nicht anhand des Durchführungsorts.

Abbildung 20–6

Verteilung von Fällen und Casemix im Jahr 2006 auf Partitionen (in 1 000)

Krankenhaus-Report 2007

Wido

richtungen und teilstationäre Behandlung³. Die Spalte Budgetanteil SE beschreibt den Anteil solcher tages- oder fallbezogenen Leistungen am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil ist von der Vergütung nach DRGs sowie der Budgetkonvergenz ausgenommen.

Zusatzentgelte können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 40 vom InEK kalkulierten und damit bundeseinheitlich vergüteten hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Die Spalte Budgetanteil ZE beschreibt den Anteil der bundesweiten und hausindividuellen Zusatzentgelte am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil mindert das DRG-Budget, welches an der Budgetkonvergenz teilnimmt.

Der Budgetanteil der Zusatzentgelte wächst mit steigender Bettenzahl von 0,9% für Krankenhäuser mit bis zu 50 Betten bis auf 4,2% für solche mit über 1 000 Betten. Dagegen ist der Budgetanteil der sonstigen Entgelte in Einrichtungen bis zu 50 Betten mit durchschnittlich 4,5% am höchsten, für die übrigen variiert er zwischen 1,7% und 3,5% (Abbildung 20–7).

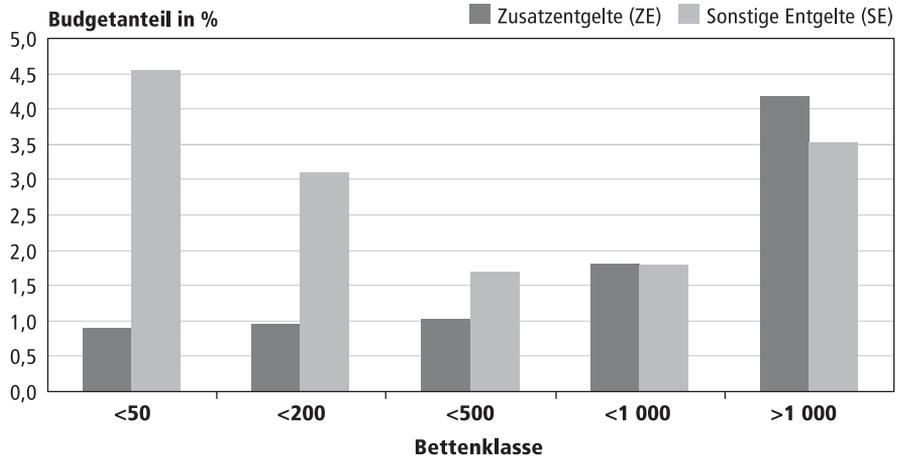
Bes. Leist. (B/N/H)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern finden sich vereinbarte Leistungsbe- reiche, die nach FPVBE 2006 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind.

Das „N“ markiert Einrichtungen, in denen für 2006 Entgelte für neue Untersu- chungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetz- es (NUB) vereinbart wurden. Verglichen mit den 82 Krankenhäusern, die im Jahr 2005 eine Vereinbarung über mindestens eine NUB-Leistung getroffen haben, ist der Wert 2006 auf 171 stark angestiegen.

³ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Abbildung 20–7

Budgetanteile Zusatz- und sonstige Entgelte im Jahr 2006 nach Bettenklassen

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Das „H“ kennzeichnet Krankenhäuser, in denen hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. Von den hier beobachteten Krankenhäuser haben 18 eine solche Leistung vereinbart, 2005 waren es noch neun.

Abweichung Ist-Werte: Fälle / CMI / Casemix

Zu 1 343 Einrichtungen liegen neben den Vereinbarungen auch IST-Daten für das gesamte Jahr 2006 vor. Für diese Einrichtungen erfolgt ein Vergleich mit den vereinbarten Werten Fallzahl, CMI und Casemix. Die Abweichungen werden 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 -20% und darunter.

Mit 61% hat die Mehrzahl der betrachteten 1 343 Krankenhäuser demnach die vereinbarte Fallzahl überschritten. Eine Überschreitung des vereinbarten Casemix ist für 59% festzustellen, des CMI für 45% (Tabelle 20–2).

Tabelle 20–2

Abweichung der Ist-Werte gegenüber der Vereinbarung im Jahr 2006 für 1 343 Einrichtungen

	Fallzahl	Casemix	CMI
Überschreitung	61 %	59 %	45 %
keine Abweichung	2 %	0 %	0 %
Unterschreitung	37 %	40 %	55 %

Krankenhaus-Report 2007

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 vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt (Tabelle 20–3).

Tabelle 20–3
Budgetanteile im Jahr 2006 nach Bundesländern

	Anz VB	CMI	Partitionen in %			Leistungsdichte Basis-DRGS		Top 3 MDC			Budgetanteile in %			bes. Leistungen		
			O	A	M	25%	50%	1	2	3	ZE	SE	B	N	H	
Brandenburg	47	1,007	37	7	57	22	84	5: 17%	8: 16%	6: 12%	2,0	0,9	6	7	1	
Berlin	39	1,057	40	7	53	22	90	5: 14%	8: 14%	6: 11%	2,3	2,1	1	6	2	
Baden-Württemberg	211	0,981	38	5	57	18	80	5: 14%	8: 13%	6: 11%	1,9	2,3	12	12	2	
Bayern	300	0,994	39	5	56	24	90	8: 16%	5: 15%	6: 12%	2,5	4,0	44	43	8	
Bremen	12	0,966	36	5	59	22	100	8: 14%	5: 12%	6: 11%	2,2	3,8	0	2	1	
Hessen	113	1,021	38	7	56	33	127	5: 15%	8: 14%	6: 12%	1,6	2,6	9	5	2	
Hamburg	16	1,164	50	6	45	26	108	8: 17%	6: 11%	5: 11%	2,0	6,7	2	1	0	
Mecklenburg-Vorpommern	25	0,980	35	5	59	26	99	5: 14%	8: 13%	6: 11%	2,0	2,5	1	0	0	
Niedersachsen	176	1,017	38	5	57	28	106	8: 14%	5: 14%	6: 12%	1,4	1,6	2	17	0	
Nordrhein-Westfalen	369	0,977	36	6	58	20	84	5: 15%	8: 14%	6: 12%	1,6	2,2	25	48	2	
Rheinland-Pfalz	77	0,923	36	6	59	25	102	5: 16%	8: 14%	6: 13%	1,3	2,3	8	1	0	
Schleswig- Holstein	51	1,027	36	7	57	27	112	5: 16%	6: 13%	8: 12%	2,3	2,7	6	0	0	
Saarland	25	0,949	31	6	63	14	78	5: 15%	11: 13%	8: 12%	2,2	1,4	1	1	0	
Sachsen	78	1,039	38	5	57	28	101	5: 15%	8: 14%	6: 12%	2,2	1,4	1	18	0	
Sachsen-Anhalt	44	1,005	35	6	59	56	213	5: 15%	8: 13%	6: 13%	1,8	1,8	0	6	0	
Thüringen	39	1,036	37	7	57	36	135	8: 15%	5: 14%	6: 12%	2,0	1,4	2	4	0	

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %	%			25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Kreisklinik Hechingen Kreisasse Zollernalbkreis	Hechingen	<200	ö	2935	-1,32	<5000	0,807	5	20	6:33 %	5:13 %	14:7 %	35	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankenhaus Bethanien Heidelberg	Heidelberg	<200	fg	3100	-1,50	<5000	1,143	3	10	1:26 %	5:22 %	4:14 %	0	0,0	0,1	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Stiftung Orthop. Uniklinik Heidelberg	Heidelberg	<500	ö	2719	0,80	<10000	1,696	3	8	8:93 %	9:2 %	1:2 %	87	0,3	36,4	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg	Heidelberg	>1000	ö	2860	-0,25	>50000	1,470	16	59	5:18 %	1:10 %	3:9 %	49	4,2	7,1	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
St. Josefs-Krankenhaus	Heidelberg	<500	fg	2561	2,80	<10000	0,955	4	20	5:19 %	6:16 %	14:11 %	38	0,0	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kurpfälzrankenhaus Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<200	fg	2876	-0,23	<5000	1,136	3	10	5:29 %	1:25 %	11:11 %	0	2,4	20,4	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Reha-Zentrum für Chronisch Nierenkranke	Heidelberg	<50	fg	2795	0,30	<5000	0,182	1	1	11:94 %	-1:2 %	5:1 %	1	4,1	0,3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
St. Vincentius-Krankenhaus	Heidelberg	<50	fg	2704	1,08	<5000	0,914	2	10	5:21 %	4:18 %	20:12 %	1	0,0	0,2	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Krankenhaus Salem	Heidelberg	<500	fg	2533	3,40	<10000	0,871	4	15	6:22 %	14:11 %	15:10 %	43	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thoraxklinik – Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<500	ö	2637	2,31	<20000	1,217	1	1	4:89 %	6:3 %	-1:2 %	22	2,4	1,4	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Frauenklinik St. Elisabeth	Heidelberg	<50	fg	2200	9,38	<5000	0,474	1	2	14:34 %	15:26 %	8:25 %	45	0,0	0,0	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Kreiskrankenhaus Heidenheim	Heidenheim	<1000	ö	2734	0,85	<20000	0,706	1	13	11:32 %	5:11 %	6:10 %	24	1,3	0,2	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dr. med. E. Klein GmbH	Heilbronn	<50	p	2643	1,16	<1000	0,692	1	1	11:51 %	12:41 %	13:3 %	85	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinikum Heilbronn GmbH	Heilbronn	<1000	ö	2719	1,38	<50000	0,931	7	36	5:11 %	6:10 %	14:9 %	38	1,1	0,3	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dr. med. Rudolf Glöckner Dr. med. Frido Mütsch	Heilbronn	<50	p	2458	3,41	<1000	0,545	1	2	6:53 %	5:16 %	7:11 %	99	0,0	0,0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Städtisches Krankenhaus	Herbolzheim	<200	p	3165	-1,50	<5000	0,820	4	20	8:22 %	5:16 %	14:12 %	32	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kreiskrankenhaus Herrenberg	Herrenberg	<500	ö	2600	2,66	<10000	0,858	4	21	5:17 %	6:16 %	14:13 %	33	0,1	0,1	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Isny/Leutkirch	Isny	<200	fg	3100	-1,50	<5000	0,963	7	22	8:33 %	5:18 %	6:12 %	37	0,1	0,0	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinikum Karlsbad–Langensteinbach	Karlsbad	<1000	p	3620	-1,50	<20000	1,457	5	19	8:44 %	5:20 %	1:17 %	42	4,4	24,5	B	N	H	+	+	+	+	+	+	+
Evangelische Diakonnenanstalt	Karlsruhe	<500	fg	2874	-0,41	<20000	0,956	4	29	6:12 %	3:11 %	5:11 %	49	0,6	0,3	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
St. Vincentius Krankenhaus	Karlsruhe	<1000	fg	2575	3,01	<50000	0,946	6	27	8:15 %	5:14 %	2:9 %	57	0,8	0,0	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Städtisches Klinikum gGmbH	Karlsruhe	>1000	ö	2887	-0,53	>50000	0,932	5	37	11:19 %	5:12 %	6:10 %	35	2,5	1,4	B	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH	Karlsruhe	<50	p	3102	-1,50	<10000	4,257	1	2	5:95 %	-1:3 %	21:0 %	97	1,5	0,0	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Paracelsus-Klinik	Karlsruhe	<200	p	2719	0,87	<10000	0,995	10	29	8:30 %	6:19 %	5:13 %	50	0,1	0,0	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Krankenhäuser d. Ortenaukreis, Kreiskrankenhaus Kehl	Kehl	<200	ö	3045	-1,50	<5000	0,837	9	30	6:14 %	5:13 %	8:10 %	30	0,1	0,0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %		Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte	
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI			
Oberschwaben-Klinik gGmbH St. Elisabethen-Krankenhaus	Ravensburg	<1000	fg	2582	2,90	<50000	1,082	11	43	8:17%	5:13%	6:12%	42	1,7	0,7	-	+	+				
Klinikum am Steinenberg	Reutlingen	<1000	ö	2637	1,85	<50000	0,998	7	33	5:15%	8:12%	6:11%	38	1,2	0,3	+	+	+	N			
Chirurgische Klinik Dr. Decker/Dr. Kübel	Reutlingen	<50	ö	2197	9,43	<1000	0,564	2	4	8:64%	6:20%	5:8%	98	0,0	0,0	-	+	+				
Frauenklinik Rheinfelden GmbH & Co	Rheinfelden	<50	p	2756	0,63	<5000	0,729	1	5	9:37%	14:24%	13:18%	55	0,0	0,0	+	+	+				
Kreiskrankenhaus Rheinfelden	Rheinfelden	<200	ö	2998	-1,50	<5000	1,139	4	17	8:52%	5:15%	1:7%	40	0,0	0,0	-	-	+				
Winghofer Medicum	Rottenburg	<50	p	2547	3,56	<1000	1,267	1	2	8:97%	5:1%	6:1%	99	0,0	0,0	-	+	+				
Vinenz von Paul Hospital gGmbH	Rottweil	<500	fg	2620	2,46	<1000	0,852	1	3	1:64%	8:24%	19:5%	0	1,9	4,4	+	+	+				
Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH	Rottweil	<500	ö	2563	3,13	<10000	0,863	6	29	14:14%	6:13%	5:11%	33	0,3	0,2	+	-	-	B			
Kinderklinik Schömberg	Schömberg	<50	fg	BE																		
Spital Schönau im Schwarzwald	Schönau	<50	ö	3197	-1,50	<1000	0,809	3	9	1:19%	5:16%	4:13%		0,0	0,0	-	-	-				
Kreiskrankenhaus Schopfheim Kliniken des Landkreises Schopfheim	Schopfheim	<200	ö	3138	-1,50	<5000	0,966	3	19	10:21%	8:18%	5:15%	33	0,0	0,0	-	-	-				
Kreiskrankenhaus Schorndorf	Schorndorf	<500	ö	2783	0,13	<10000	0,911	7	29	6:16%	5:15%	8:13%	34	0,4	0,0	-	-	-				
Gesundheitszentren Landkreis Rottweil GmbH	Schramberg	<200	ö	2928	-1,17	<5000	0,769	4	20	14:15%	8:12%	5:12%	33	0,1	0,1	-	-	+				
Klinikum Schwäbisch Gmünd – Margariten-Hospital	Schwäbisch Gmünd	<500	ö	2650	2,02	<20000	0,883	7	30	6:14%	8:13%	5:11%	35	0,4	0,2	-	-	+				
Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall	<1000	fg	2756	0,65	<20000	0,967	8	36	8:14%	5:12%	6:11%	41	1,1	1,5	nb	nb	nb	B			
Fachklinik für Neurologie Dierenbronn GmbH	Schwendi	<50	p	BE																		
Kreiskrankenhaus Schwetzingen	Schwetzingen	<500	ö	2530	3,82	<20000	0,917	10	34	5:21%	8:16%	6:14%	40	0,5	0,0	-	+	+				
Klinik GmbH Sigmaringen Kreiskrankenhaus Sigmaringen	Sigmaringen	<500	ö	2783	0,61	<20000	0,967	9	31	6:13%	5:11%	8:11%	39	0,4	0,4	+	+	+				
Städt. Krankenhaus Sindelfingen*	Sindelfingen	<500	ö	2766	0,68	<20000	1,123	9	33	8:25%	5:19%	1:13%	43	1,7	0,2	nb	nb	nb				
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Singen	<1000	ö	2792	0,18	<50000	0,832	8	33	5:14%	6:13%	8:9%	31	0,9	0,0	-	+	+				
Kreiskrankenhaus Sinsheim	Sinsheim	<500	ö	2674	1,59	<10000	0,885	7	25	6:15%	8:13%	5:13%	36	0,0	0,0	+	-	-				
Klinik St. Blasien	St. Blasien	nb	p	2421	5,70	<5000	0,960	1	1	4:90%	5:3%	-1:2%	2	0,0	24,4	-	+	+				
Krankenhaus Stockach	Stockach	<50	ö	2773	0,21	<5000	0,764	7	20	5:21%	6:20%	8:19%	29	0,0	0,0	nb	nb	nb				
Charlottenhaus	Stuttgart	<50	fg	3294	-1,50	<1000	0,373	1	1	14:46%	15:36%	13:13%	26	0,0	0,0	nb	nb	nb				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte			
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI							
Krankenhaus Dr. Lay GmbH	Vogtsburg	<200	p	3678	-1,50	<5000	0,767	1	6	20: 30%	5: 17%	4: 11%	1	0,0	0,0	+	+	+								
Kreiskrankenhaus Waiblingen	Waiblingen	<500	ö	2897	-1,01	<20000	0,808	4	20	6: 15%	5: 12%	14: 10%	22	0,1	0,0	+	-	-								
Chirurgische Privatklinik Waiblingen GmbH	Waiblingen	<50	p	2092	10,58	<5000	0,712	2	8	8: 64%	6: 10%	3: 9%	92	0,0	0,0	0	-	-								
Bruder-Klaus-Krankenhaus	Waldkirch	<200	fg	3128	-1,50	<5000	0,999	8	25	8: 28%	6: 18%	5: 15%	38	0,1	0,3	+	+	+								
Krankenhaus-Spitalfond Waldshut-Tiengen	Waldshut-Tiengen	<500	fg	2588	2,94	<10000	0,817	13	37	6: 16%	5: 13%	8: 12%	34	0,7	0,1	+	+	+								
Oberschwabens-Klinik, gGmbH Ravensburg, Krankenhaus Wangen	Wangen	<500	fg	2817	-0,06	<10000	0,856	6	28	6: 12%	8: 10%	14: 10%	44	1,1	0,9	+	+	+								
Fachklinik Wangen	Wangen	<200	p	2652	2,04	<5000	1,102	1	2	4: 83%	-1: 3%	23: 3%	13	3,1	21,3	++	++	++								
Städtisches Krankenhaus Vierzehn Nothelfer	Weingarten	<200	ö	2559	3,24	<5000	0,720	3	17	14: 15%	6: 13%	15: 13%	31	0,2	0,0	nb	nb	nb								
Kreiskrankenhaus Weirheim	Weirheim	<500	ö	2465	4,41	<10000	0,841	8	25	6: 22%	5: 19%	8: 11%	34	0,0	0,0	+	+	+								
Zentrum für Psychiatrie Weinsberg	Weinsberg	<1000	ö	2784	0,69	<5000	0,851	1	3	1: 78%	8: 9%	19: 4%	0	1,0	1,2	nb	nb	nb								
Städtisches Krankenhaus	Wertheim	<500	ö	2622	2,31	<10000	0,859	6	25	6: 20%	5: 16%	14: 9%	33	0,0	0,1	-	-	-								
Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Winnenden	Winnenden	<500	ö	3510	-1,50	<5000	0,932	1	4	1: 73%	8: 9%	3: 4%	0	0,6	0,7	++	++	++								
Kreiskrankenhaus Wolfach	Wolfach	<200	ö	3054	-1,50	<5000	0,683	5	22	5: 19%	6: 15%	8: 12%	24	0,1	0,0	+	+	++								
Parkinson-Klinik Wolfach	Wolfach	<50	p	BE															B							
Städtisches Krankenhaus	Zell	<50	ö	2453	4,10	<1000	1,412	1	6	1: 31%	8: 26%	5: 9%		12,9	0,0	nb	nb	nb								
Bayern		262		2737	0,00		0,994	24	90	8: 16%	5: 15%	6: 12%	39	2,5	4,0	44	43	8								
Krankenhaus Aichach	Aichach	<200	ö	2604	1,58	<5000	0,824	8	29	8: 19%	5: 15%	6: 14%	29	0,0	0,0	-	-	-								
Krankenhaus Nuemberger Land gGmbH	Altdorf	<50	ö	2672	0,75	<5000	0,796	4	14	6: 27%	5: 17%	20: 13%	13	0,3	0,0	+	+	+								
Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting	Altötting	<500	ö	2428	4,02	<20000	0,762	1	17	11: 27%	8: 11%	5: 11%	28	1,6	0,1	---	---	---								
Kreiskrankenhaus Alzenau	Alzenau	<200	ö	2726	0,11	<5000	0,933	7	24	5: 27%	8: 18%	6: 16%	36	0,7	0,0	-	-	-								
Klinikum St. Marien Amberg	Amberg	<1000	ö	2713	0,26	<50000	0,988	10	40	5: 16%	6: 12%	8: 12%	35	1,7	1,2	B	N	N								
Bundeswehrkrankenhaus Amberg	Amberg	<50	ö	2086	10,59	<1000	1,213	1	9	8: 49%	6: 13%	5: 11%	56	0,1	0,0	nb	nb	nb								
Klinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	2679	0,65	<20000	0,988	9	35	5: 17%	8: 16%	6: 13%	40	1,5	0,1	-	-	-								
Bezirksklinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	3092	-1,50	<5000	0,780	1	3	1: 62%	8: 21%	19: 5%		0,5	1,1	+	+	+								
Rangau-Fachklinik LVA Oberfranken/Mittelfr.	Ansbach	<50	ö	3187	-1,50	<5000	0,746	1	1	4: 95%	3: 1%	5: 1%	3	0,0	2,52	+	+	+								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC						Part. in %	Budget-anteile in %			Bes. Leist.	Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H		Fälle	CM	CMI				
AmperKliniken AG	Dachau	<500	ö	2675	0,71	<20000	0,970	10	35	5:15%	8:14%	6:11%	36	1,2	1,7	N	+	+	-					
Klinikum Deggendorf	Deggendorf	<500	ö	2522	2,64	<50000	0,870	1	15	11:29%	5:11%	6:10%	29	2,5	0,6	N	---	+	++					
Bezirkskrankenhaus Mainkofen	Deggendorf	<1000	ö	2584	1,82	<5000	0,978	1	3	1:83%	19:5%	8:3%	1	0,5	52,4	B	+	+	-					
Kreiskrankenhaus St. Elisabeth, Dillingen	Dillingen	<500	ö	2710	0,30	<10000	0,761	6	25	8:13%	5:13%	6:11%	40	0,0	0,0		-	-	+					
Kreiskrankenhaus Dingolfing	Dingolfing	<200	ö	2578	1,92	<5000	0,813	7	26	8:20%	5:11%	6:11%	39	0,2	0,0		-	-	-					
Verbundkrankenhaus Dinkelsbühl-Feuchtswangen	Dinkelsbühl	<500	ö	2546	2,35	<10000	0,870	9	28	8:20%	5:16%	6:15%	31	0,1	0,0		-	+	+					
Krankenhaus Donaustauf LVA Ndb.-Opf.	Donaustauf	<200	ö	2510	2,83	<5000	0,847	1	2	4:93%	5:3%	-1:1%	2	0,3	2,3		+	+	+					
Donau-Res-Klinik Donaauwörth	Donaauwörth	<500	ö	2720	0,18	<10000	0,876	8	30	8:17%	6:14%	5:13%	39	0,1	0,1		+	+	-					
Donau-Res-Klinik Oettingen	Donaauwörth	<200	ö	2909	-1,50	<5000	0,873	7	24	5:20%	6:19%	1:13%	17	0,0	0,0		-	-	-					
Bezirksklinikum Obermain	Ebensfeld	<500	ö	2601	1,60	<10000	1,192	1	5	4:49%	8:42%	1:2%	36	1,3	5,8		-	+	+					
Klinik Frankeische Schweiz gGmbH Ebermannstadt	Ebermannstadt	<50	ö	2732	0,04	<5000	0,920	3	13	5:45%	4:15%	6:9%	13	0,0	0,1		+	+	-					
Kreiskrankenhaus Ebern	Ebern	<50	ö	2817	-0,86	<5000	0,830	4	17	5:31%	8:17%	6:13%	32	0,0	0,0		++	++	+					
Kreiskrankenhaus Sonderkasse	Ebersberg	<500	ö	2572	1,99	<20000	0,908	8	33	8:20%	5:12%	6:12%	40	1,0	2,7	N	-	+	+					
Kreiskrankenhaus Eggenfelden	Eggenfelden	<500	ö	2471	3,40	<20000	0,920	7	28	5:16%	8:15%	6:13%	36	0,1	0,0		+	+	-					
Kreiskrankenhaus Eichstätt	Eichstätt	<200	ö	2975	-1,50	<10000	0,852	8	27	8:19%	5:15%	6:12%	36	0,4	0,0		-	-	-					
Kreiskrankenhaus Erding	Erding	<500	ö	2734	0,02	<20000	0,928	8	35	8:15%	5:15%	6:12%	31	0,5	0,3	N	+	-	-					
Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	>1000	ö	2789	-0,55	>50000	1,227	15	53	2:11%	3:10%	5:10%	44	5,8	6,5	B	H	+	+					
Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen	Erlangen	<500	fg	2635	1,18	<20000	1,042	9	26	8:20%	5:16%	6:15%	52	1,2	0,2		+	+	-					
Klinikum am Europakanal	Erlangen	<1000	ö	3041	-1,50	<5000	0,907	1	3	1:65%	8:23%	19:2%	0	0,1	71,5	B	+	+	+					
Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH, Klinik Erlenbach	Erlenbach	<500	ö	2886	-1,50	<20000	0,794	8	26	6:15%	5:15%	8:13%	32	0,7	0,0		+	+	-					
Kreiskrankenhaus Eschenbach	Eschenbach	<50	ö	2815	-0,85	<5000	0,849	8	27	8:19%	6:18%	5:16%	30	0,1	0,0		+	-	-					
Klinik Feldafing	Feldafing	<50	p	2739	-0,03	<1000	0,961	2	9	8:60%	6:11%	4:5%	30	1,0	42,7		nb	nb	nb					
Städtisches Krankenhaus Forchheim	Forchheim	<500	ö	2508	2,87	<10000	0,989	9	30	8:18%	6:16%	5:11%	38	0,3	0,3		-	-	-					
Kreiskrankenhaus Freising GmbH	Freising	<500	ö	2682	0,62	<20000	0,899	8	30	5:17%	8:15%	6:13%	29	1,2	3,2	B	N	+	+					
Kreiskrankenhaus Freyung	Freyung	<500	ö	2544	2,36	<10000	0,790	6	21	8:14%	3:12%	6:12%	28	0,8	0,0		-	-	-					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %		Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte	
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI			
Salzachklinik Fridolfing	Fridolfing	<50	ö	2050	11,47	<5000	0,664	6	21	8:28 %	5:14 %	6:12 %	26	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Krankenhaus Friedberg	Friedberg	<200	ö	2522	2,68	<10000	0,872	7	23	6:22 %	5:15 %	8:14 %	34	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Kreis Krankenhaus Fürstfeldbruck	Fürstfeldbruck	<500	ö	2754	-0,19	<20000	0,950	10	35	8:18 %	5:16 %	6:14 %	32	0,7	2,1	B	N					
Klinikum Fürth	Fürth	<1000	ö	2627	1,29	<50000	0,893	7	30	4:13 %	5:13 %	6:13 %	32	0,5	0,8							
Krankenhaus St. Georg Fürth im Wald	Fürth im Wald	<50	ö	2652	0,32	<5000	0,883	1	4	8:66 %	6:9 %	5:9 %	83	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Fachklinik Ennsberg	Füssen	<200	p	2506	2,90	<1000	0,741	1	1	8:96 %	1:4 %	23:0 %	0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Kreis Kliniken Ostallgäu Haus Füssen	Füssen	<200	ö	2740	-0,03	<5000	0,862	7	26	8:16 %	5:13 %	6:12 %	32	0,0	0,0							
Klinik Dr. Beger	Garmisch-Partenkirchen	<50	p	2495	0,00	<1000	0,857	1	1	8:98 %	5:0 %	6:0 %		0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Kreis Krankenhaus Garmisch Partenkirchen	Garmisch-Partenkirchen	<500	ö	2728	0,09	<50000	1,046	8	32	8:21 %	5:17 %	6:13 %	40	2,1	0,0							
Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie	Garmisch-Partenkirchen	<200	fg	BE												B						
Asklepios Fachkliniken München-Gauting	Gauting	<500	p	2829	-0,97	<10000	0,939	1	1	4:91 %	-1:1 %	3:1 %	10	2,8	12,1							
GEOMED-KLINIK Krankenhaus Betriebs-gGmbH	Gerolzhofen	<200	ö	2574	1,96	<5000	0,952	6	22	8:28 %	5:14 %	6:14 %	35	0,2	0,0							
Privatklinik Dr. Fritz Wolfart	Gräfelfing	<50	p	2551	2,28	<5000	0,699	2	9	8:54 %	6:10 %	14:10 %	81	0,0	0,0							
Kreis Krankenhaus Grafenau	Grafenau	<200	ö	2711	0,29	<5000	1,033	8	26	6:18 %	5:18 %	8:12 %	45	0,0	0,3							
Kreis Krankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	2551	2,28	<10000	0,900	8	29	5:19 %	8:17 %	6:14 %	36	0,4	0,2							
Kreis Krankenhaus Gunzenhausen	Gunzenhausen	<200	ö	2465	3,49	<10000	1,021	7	23	8:32 %	5:20 %	1:7 %	39	0,6	0,0							
Isar-Amper-Klinikum, München-Ost	Haar	>1000	ö	2798	-0,66	<5000	1,639	2	6	1:54 %	8:10 %	23:10 %	4	0,5	9,8							
Carl-von-Hess-Krankenhaus Hammelburg*	Hammelburg	<200	p	3146	-1,50	<5000	0,909	5	22	6:31 %	8:14 %	5:11 %	29	2,5	0,0							
Kreis Krankenhaus Haßfurt	Haßfurt	<200	ö	2550	2,29	<10000	0,800	7	24	5:18 %	6:16 %	8:15 %	29	0,1	0,0							
Krankenhaus Agatharied	Hausham	<500	ö	2666	0,81	<20000	0,977	7	27	5:21 %	8:17 %	6:14 %	37	1,1	0,0							
Kreis Krankenhaus Henuau	Henuau	<50	ö	2591	1,75	<1000	0,679	3	14	5:25 %	4:14 %	6:12 %	0	0,0	0,0							
Privatklinik Dr. Schindlbeck	Herschling	<200	p	3105	-1,50	<5000	0,491	1	1	11:55 %	5:17 %	6:6 %	3	3,3	0,0							
PsoiSol Therapiezentrum	Hersbruck	<50	p	2241	6,57	<5000	1,095	1	1	9:92 %	21:6 %	23:1 %	3	0,2	0,0							
Kreis Krankenhaus Höchstadt	Höchstadt	<50	ö	2520	2,69	<5000	0,868	7	21	6:22 %	5:21 %	8:16 %	34	0,3	0,0							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %		Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte	
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI			
Kinderkrankenhaus St. Marien	Landshut	<200	fg	2658	0,92	<5000	0,709	2	6	6:24 %	1:13 %	4:13 %	11	0,0	4,1	-	+	+				
Klinikum Landshut	Landshut	<1000	ö	2692	0,49	<20000	1,007	12	43	5:15 %	8:15 %	6:10 %	41	2,5	5,3	+	+	+				
Krankenhaus Landshut-Achdorf	Landshut	<500	ö	2575	1,96	<20000	0,902	4	22	5:25 %	14:12 %	6:10 %	35	2,0	2,9	+	+	+				
Stadtkrankenhaus Langenzenn	Langenzenn	<50	ö	2561	1,25	<1000	0,687	3	9	5:23 %	6:18 %	1:13 %	5	0,0	0,0	nb	nb	nb				
Kreiskrankenhäuser Heersbruck und Lauf	Lauf	<500	ö	2658	0,91	<10000	0,882	7	26	5:18 %	6:16 %	8:15 %	29	0,1	0,0	+	+	+				
Schließklinik Abtsee GmbH Fachklinik für Venenerkrankungen	Laufen	<50	p	2332	1,38	<5000	0,726	1	1	5:100 %			100	0,0	0,0	+	+	+				
Fachklinik Lengries für Neurologie und Physikalisch	Lengries	<50	p	BE															B			
Kreiskrankenhaus Lichtenfels	Lichtenfels	<500	ö	2600	1,63	<10000	0,879	8	28	8:17 %	5:16 %	6:15 %	33	0,4	0,0	+	+	+				
Kreiskrankenhaus Lindau/Bodensee	Lindau	<200	ö	2711	0,28	<5000	0,922	8	29	8:17 %	6:16 %	5:12 %	41	0,1	0,0	-	+	+				
Dr. Otto Gessler-Krankenhaus	Lindenberg	<200	p	2603	1,60	<5000	0,865	10	31	8:20 %	6:13 %	5:12 %	40	0,1	0,0	+	+	+				
Kreiskrankenhaus Lohr	Lohr	<500	ö	2941	-1,50	<10000	0,849	9	31	8:20 %	6:19 %	5:16 %	31	0,2	0,0	+	+	+				
Kreiskrankenhaus Maimburg	Maimburg	<200	ö	2778	-0,45	<5000	0,727	5	23	14:15 %	5:13 %	8:12 %	27	0,0	0,0	-	-	-				
Kreiskrankenhaus Mallersdorf Pfaffenberg	Mallersdorf-Pfaffenberg	<500	ö	2494	3,07	<10000	1,057	7	27	8:26 %	5:15 %	6:13 %	44	0,1	0,0	+	+	+				
Kreiskliniken Ostallgäu Haus Marktobendorf	Marktobendorf	<200	ö	2648	1,03	<5000	0,874	9	29	5:16 %	8:16 %	6:12 %	37	0,0	0,0	+	-	-				
Klinikum Fichtelgebirge	Marktredwitz	<500	ö	2869	-1,38	<20000	0,976	11	36	5:17 %	6:13 %	8:11 %	34	1,0	0,0	-	-	+				
Kreis- u. Stadtkrankenhaus Marktredwitz*	Marktredwitz	<500	ö	2869	-1,38	<20000	0,976	11	36	5:17 %	6:13 %	8:11 %	34	1,0	0,0	nb	nb	nb				
Klinikum Memmingen	Memmingen	<1000	ö	2746	-0,10	<20000	0,940	8	33	6:15 %	5:12 %	8:11 %	29	1,0	0,6	++	+	+				
Kreislinik Mindelheim	Mindelheim	<500	ö	2768	-0,35	<10000	0,845	7	26	5:17 %	6:16 %	8:12 %	24	0,0	0,0	+	-	-				
Kreiskrankenhaus Mühldorf	Mühldorf	<500	ö	2561	2,14	<20000	0,903	10	33	5:14 %	6:13 %	8:10 %	33	0,1	1,1	+	+	+				
Kliniken Hochfranken, Klinik Münchenberg	Münchenberg	<500	ö	2534	2,51	<10000	0,945	5	20	8:35 %	5:14 %	6:13 %	39	0,0	0,1	-	+	+				
Sana-Klinik München-Sendling GmbH	München	<50	p	2742	-0,05	<5000	1,642	1	1	8:99 %	1:0 %	18:0 %	97	0,6	0,0	nb	nb	nb				
Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH	München	<200	p	3458	-1,50	<5000	0,899	4	15	8:48 %	6:16 %	5:7 %	51	0,0	0,0	-	-	-				
Paracelsus-Parthospital	München	<200	p	2285	6,46	<5000	0,624	1	3	8:32 %	6:19 %	14:14 %	77	0,3	0,0	-	-	-				
Chirurg. Klinik Dr. Rinecker	München	<500	p	3335	-1,50	<10000	1,504	6	19	8:45 %	6:15 %	9:10 %	57	0,3	0,0	nb	nb	nb				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Vivantes GmbH	Berlin	>1000	ö	2944	0,06	>50000	0,979	9	42	5:17%	8:11%	6:10%	35	1,5	2,1	N	H	+	+	+	+	+			
Unfallkrankenhaus Berlin Krankenhaus Berlin-Marzahn	Berlin	<1000	ö	2528	5,62	<50000	1,409	11	40	5:20%	8:18%	1:12%	55	1,4	14,1			+	+	+	+	+			
St. Hedwig-Kliniken Berlin GmbH	Berlin	<1000	fg	2775	1,99	<20000	1,052	9	27	6:16%	11:15%	5:12%	46	1,8	0,1	N		+	+	+	+	+			
West-Klinik Dahlem	Berlin	<50	p	2955	-0,73	<1000	0,700	1	3	8:97%	1:3%	18:0%	80	0,0	0,0			+++	+	+	+	+			
Evangelische Lungenklinik Berlin	Berlin	<200	fg	2709	2,29	<5000	1,020	1	1	4:95%	23:2%	17:1%	16	0,6	2,1			-	-	-	-	-			
Havelklinik GmbH	Berlin	<50	p	2881	0,00	<5000	0,680	1	4	8:76%	3:13%	6:6%	97	0,0	0,0			--	-	-	-	+			
Augenklinik Berlin Marzahn	Berlin	<50	p	2877	0,73	<5000	0,565	1	1	2:100%			84	0,0	0,0			-	--	-	-	-			
Martin-Luther-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2916	0,42	<20000	0,953	4	20	8:23%	14:14%	5:12%	47	0,1	0,1			-	-	-	-	-			
Immanuel-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	3078	-1,23	<10000	1,186	1	4	8:90%	1:4%	4:1%	51	2,1	8,4			+	+	+	+	-			
Paulinenkrankenhaus	Berlin	<200	fg	3276	-1,50	<5000	1,720	1	2	5:83%	-1:6%	4:3%	11	1,6	3,1			-	-	-	-	+			
Evangelisches Krankenhaus Hubertus	Berlin	<500	fg	2673	3,31	<10000	1,329	3	14	5:35%	8:27%	1:13%	45	0,7	1,2			0	+	+	+	+			
Krankenhaus Waldfriede	Berlin	<200	fg	2672	3,33	<10000	0,768	3	15	8:20%	14:15%	15:12%	48	0,3	0,0			+	+	+	+	+			
Bundeswehr-Krankenhaus-Verwaltung Berlin	Berlin	<200	ö	2144	12,80	<10000	1,087	8	30	8:17%	3:15%	11:13%	54	2,5	0,1			+	+	+	+	+			
Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH	Berlin	<200	fg	2535	4,71	<5000	1,670	1	4	8:31%	1:26%	5:16%	6	0,0	11,0			nb	nb	nb	nb	nb			
Malteser Krankenhaus	Berlin	<50	fg	2514	5,18	<5000	1,514	1	3	8:31%	5:27%	1:12%	0	0,0	0,0			0	0	0	0	0			
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Berlin	<500	fg	2996	-0,45	<10000	0,865	3	20	5:16%	14:13%	6:12%	30	4,5	5,2	B		-	-	-	-	+			
St. Gertrauden-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2958	-0,03	<20000	0,915	7	30	3:16%	5:14%	8:11%	50	0,1	0,3			-	-	-	-	-			
Caritas-Kliniken Pankow Klinikbereich	Berlin	<500	fg	2839	1,28	<10000	0,796	2	16	14:17%	8:16%	5:13%	31	0,0	0,0			+	+	+	+	+			
HELIOS Klinikum Berlin-Buch	Berlin	>1000	p	3113	-1,50	<50000	1,260	14	50	8:18%	5:13%	1:9%	46	2,7	1,6	N		+	-	-	-	-			
DRK-Kliniken Mark Brandenburg	Berlin	<500	fg	2778	1,98	<10000	0,866	1	5	4:41%	5:24%	6:10%	28	1,4	0,4			+	+	+	+	+			
DRK-Kliniken Köpenick	Berlin	<1000	fg	2921	0,36	<20000	1,062	11	36	5:25%	6:14%	8:12%	39	1,3	1,0			-	-	-	-	-			
St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee	Berlin	<500	fg	2994	-0,99	<5000	0,876	1	3	1:74%	8:18%	3:2%		0,4	0,0			0	0	0	0	0			
Jüdisches Krankenhaus	Berlin	<500	fg	2780	1,90	<10000	1,029	3	16	5:33%	1:22%	6:11%	30	1,8	0,0			+	+	+	+	+			
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Berlin	<500	fg	3020	-1,27	<1000	0,846	1	3	1:57%	8:32%	20:4%		0,0	6,4			+	+	+	+	+			
DRK Kliniken Westend	Berlin	<500	fg	2819	1,49	<50000	0,827	5	27	6:16%	5:13%	8:12%	45	0,6	0,0			-	-	-	-	-			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Luise-Krankenhaus Hessen/Klinik	Lindensfels	<200	fg	2928	-1,46	<5000	0,863	7	23	8:16%	4:15%	5:15%	28	0,1	0,6	-	-	+							
Chirurg.-Orthop. Fachklinik Lorsch GmbH u. Co. KG	Lorsch	<50	p	2655	1,54	<5000	1,837	1	3	8:97%	1:1%	9:1%	76	0,3	0,0	+	+	+							
Dr. Schwackendiek GmbH Klinik KG	Marburg	<50	p	2226	6,39	<1000	0,399	1	1	3:96%	9:2%	4:1%	87	0,0	0,0	-	-	-							
Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehda	Marburg	<500	fg	2675	1,29	<10000	0,982	4	17	5:21%	6:13%	8:12%	28	0,0	0,0	+	+	+							
Klinikum Universitäts Marburg	Marburg	>1000	ö	2888	-1,12	<50000	1,212	18	61	5:11%	8:10%	3:10%	41	2,5	1,4	+	+	-							
Privatklinik Dr. Fröhlich OHG	Offenbach	<50	p	2719	-0,04	<1000	0,701	1	3	20:39%	5:29%	10:9%		0,0	0,0	++	+	-							
Städtische Kliniken Offenbach am Main	Offenbach	<1000	ö	2859	-0,74	<50000	1,043	12	40	5:12%	6:11%	8:11%	35	1,4	2,7	-	+	+							
Ketteler-Krankenhaus	Offenbach	<500	fg	2634	1,80	<10000	0,819	4	16	6:21%	14:15%	5:10%	33	0,1	0,0	+	+	+							
Kard.-Fachklinik Marburg	Rotenburg	<200	p	2565	2,71	<10000	0,961	1	3	5:96%	4:2%	1:1%	33	0,4	0,0	-	-	-							
HKZ – Herzchirurgie	Rotenburg	<50	p	2449	4,40	<10000	3,932	1	1	5:94%	1:3%	-1:1%	98	0,1	0,0	--	--	+							
Kreis-Krankenhaus Rotenburg/Fulda	Rotenburg	<500	fg	2776	0,11	<10000	0,842	7	23	8:18%	4:16%	6:16%	30	0,1	0,2	+	+	+							
Scivias Caritas gGmbH Krankenhaus St. Josef Rüdeshelm	Rüdeshelm am Rhein	<200	fg	2963	-1,50	<10000	0,923	7	22	8:18%	6:15%	5:14%	35	0,1	0,0	-	+	+							
Stadtkrankenhaus Rüsselsheim/PR Rüsselsheim	Rüsselsheim	<500	ö	2818	-0,34	<20000	0,932	11	35	5:16%	6:14%	8:9%	32	0,9	0,1	+	+	-							
HSK Klinik Schlangenbad GmbH	Schlängenbad	<50	ö	2199	7,99	<1000	0,883	1	1	8:93%	1:2%	7:1%	1	0,0	0,0	--	--	+							
Kreis-Krankenhaus Schlüchtern	Schlüchtern	<500	ö	3344	-1,50	<5000	0,827	9	30	5:17%	6:17%	8:14%	33	0,0	0,0	nb	nb	nb							
Kreis-Krankenhaus Schotten Hessenklinik	Schotten	<200	ö	2627	1,89	<10000	0,836	7	23	5:20%	6:18%	8:16%	24	0,0	0,0	-	-	-							
Kreis-Krankenhaus Jugenheim	Seeheim-Jugenheim	<50	ö	2306	6,44	<5000	1,963	1	1	8:96%	9:1%	21:1%	87	0,0	0,1	-	-	+							
Akklepios-Klinik	Seligenstadt	<200	p	2548	2,88	<10000	0,865	7	22	6:22%	5:20%	8:14%	29	0,2	0,0	+	+	-							
Klinik des Hochtaunuskreis Hessenklinik Ursingen	Ursingen	<200	ö	3171	-1,50	<5000	0,871	6	23	5:20%	6:19%	8:14%	23	0,2	0,0	nb	nb	nb							
St. Josefs-Krankenhaus	Viernheim	<50	fg	2950	-1,50	<5000	0,723	5	19	5:25%	6:18%	8:10%	29	0,0	0,0	nb	nb	nb							
St.-Elisabeth Krankenhaus Hessenklinik	Vollmarsen	<50	fg	2331	5,39	<5000	0,757	1	6	5:45%	14:13%	15:8%	60	0,0	0,0	-	-	-							
Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e. V.	Waldsolms	<50	fg	2498	3,25	<1000	1,569	1	1	20:100%				0,0	0,0	-	-	+							
Kreis-Krankenhaus	Weilburg	<200	ö	2904	-1,22	<10000	0,954	7	25	8:21%	6:19%	5:17%	36	0,4	0,3	nb	nb	nb							
Klinikum Weimünster gGmbH	Weimünster	<200	ö	3272	-1,50	<5000	1,215	1	4	1:61%	8:13%	4:7%	1	0,7	2,31	+	-	-							
Klinikum Weizlar-Braunfels	Weizlar	<1000	ö	2767	0,20	<50000	0,910	12	39	5:22%	6:14%	8:11%	31	1,5	0,8	nb	nb	nb							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %	%			25 %	50 %	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Krankenhaus St. Georg	Bad Pyrmont	<200	fg	2845	-0,95	<5000	0,868	4	12	5: 45 %	6: 13 %	4: 10 %	3	0,0	0,0	-	+	+						
Evangelische Bathildis-Krankenhaus Bad Pyrmont gmbH	Bad Pyrmont	<500	fg	2623	1,55	<10000	1,368	4	18	8: 48 %	1: 22 %	6: 7 %	49	1,8	1,3	-	-	-						
AugenKlinik Dr. Georg	Bad Rothenfelde	<50	p	2259	5,42	<1000	0,425	1	1	2: 100 %			90	0,0	0,0	-	+	+						
Schlichtermann-Klinik	Bad Rothenfelde	<200	p	2871	-1,21	<20000	2,739	1	3	5: 96 %	-1: 2 %	4: 1 %	65	1,4	0,0	+	-	-						
Joh.-Wilhelm-Ritter-Klinik	Bad Rothenfelde	<50	p	2108	9,67	<1000	1,177	1	1	9: 100 %				0,0	0,0	+	+	+						
Klinikum Bad Salzdetfurth Salze Klinik I	Bad Salzdetfurth	<50	p	2794	-0,42	<1000	1,220	2	5	1: 32 %	5: 19 %	8: 17 %		0,0	0,0	+	+	-						
Bundeswehrkrankenhaus Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	<50	ö	2100	10,56	<1000	1,030	3	12	8: 53 %	5: 13 %	6: 10 %	49	0,4	0,0	nb	nb	nb						
Krankenhaus Bassum	Bassum	<200	ö	2764	-0,09	<5000	0,821	6	21	8: 18 %	5: 14 %	6: 12 %	41	0,1	0,0	-	-	-						
St.-Bernhard-Hospital	Brake	<200	fg	2702	0,61	<5000	1,040	8	26	8: 19 %	5: 19 %	6: 16 %	33	0,0	0,0	nb	nb	nb						
Johanniter Krankenhaus Bramsche gGmbH	Bramsche	<200	fg	2873	-1,24	<5000	0,890	8	22	8: 25 %	6: 18 %	5: 15 %	35	0,0	0,0	+	-	-						
Stadt Braunschweig Städtisches Klinikum gGmbH	Braunschweig	>1000	ö	2825	-0,74	>50000	1,204	14	51	5: 16 %	8: 11 %	6: 10 %	41	2,5	0,6	N	+	+						
Venenzentrum Braunschweig GmbH	Braunschweig	<50	p	1938	13,20	<1000	0,619	1	1	5: 96 %	6: 4 %		97	0,0	0,0	nb	nb	nb						
AugenKlinik Dr. Hoffmann	Braunschweig	<50	p	2240	5,79	<1000	0,431	1	1	2: 100 %			95	0,0	0,0	nb	nb	nb						
Krankenhaus St. Vinzenz	Braunschweig	<200	fg	2698	0,65	<5000	0,661	3	14	4: 20 %	14: 15 %	5: 13 %	31	0,5	0,0	-	+	+						
Krankenhaus der Ev. Luth. Diakonissenanst. Marienstift	Braunschweig	<200	fg	2581	2,12	<10000	0,824	3	16	14: 19 %	6: 16 %	15: 12 %	39	0,1	0,0	-	-	-						
Herzogin-Elisabeth-Hospital (HEH)	Braunschweig	<500	fg	2800	-0,47	<10000	1,364	5	18	8: 48 %	6: 15 %	5: 9 %	62	1,0	1,0	+	+	-						
OsteMed Klinik Brennevörde	Brennevörde	<200	ö	2918	-1,50	<5000	0,767	5	24	6: 14 %	5: 13 %	14: 12 %	28	0,1	0,0	-	-	+						
Krankenhaus Buchholz und Winsen gGmbH	Buchholz	<500	ö	2749	0,07	<20000	0,886	9	32	5: 15 %	1: 12 %	6: 12 %	31	0,4	0,0	+	+	-						
Krankenhaus Bethel	Bückeburg	<200	fg	2651	1,22	<10000	0,895	4	19	8: 23 %	6: 15 %	14: 11 %	43	0,0	0,0	nb	nb	nb						
KreisKrankenhaus Großburgwedel	Burgwedel	<500	ö	2565	2,33	<10000	0,888	7	26	8: 15 %	6: 14 %	5: 13 %	35	0,1	0,0	+	+	+						
Elbe Kliniken Städt. Buxtehude GmbH, Elbe Klinikum Buxtehude	Buxtehude	<500	ö	2794	-0,41	<10000	0,862	5	23	8: 14 %	5: 13 %	6: 13 %	31	0,1	3,0	+	+	-						
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	<1000	fg	2812	-0,61	<50000	0,982	10	36	8: 14 %	6: 14 %	5: 13 %	37	0,9	0,4	-	-	-						
St.-Josef-Stift	Celle	<200	fg	3092	-1,50	<5000	0,946	6	22	5: 22 %	6: 17 %	2: 12 %	49	0,4	0,0	-	-	+						
Aasklepios HerzKliniken GmbH Robert Koch Krankenhaus Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	<50	p	3906	-1,50	<5000	0,824	7	23	8: 26 %	5: 21 %	6: 14 %	33	0,0	0,0	+	+	-						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %		Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI	---	---	---	+
Altus-Klinik	Münster	<50	p	2151	7,94	<1000	0,565	1	1	5: 83 %	9: 6 %	8: 6 %	88	0,0	0,0								
Kreiskrankenhaus Neustadt am Rbge.	Neustadt	<500	ö	2721	0,39	<20000	0,946	6	26	5: 17 %	6: 15 %	8: 11 %	26	0,2	0,0								
Mittelweser Kliniken GmbH Krankenhaus Nienburg	Nienburg	<500	p	2846	-0,96	<10000	1,034	8	26	8: 15 %	6: 14 %	1: 12 %	31	0,3	0,3								
Kreiskrankenhaus Norden	Norden	<500	ö	2967	-1,50	<10000	0,887	8	22	6: 22 %	5: 19 %	8: 15 %	23	0,4	0,1								
Wesermarsch-Klinik Nordenham GmbH	Nordenham	<200	ö	2764	-0,09	<10000	0,891	7	28	8: 15 %	6: 14 %	5: 13 %	34	0,2	0,0								
Dr.-von-Halem-Krankenhaus*	Norderney	<50	p	BE																			
Allergie- und Hautklinik Norderney	Norderney	<50	p	3671	-1,50	<5000	0,764	1	8	9: 44 %	5: 11 %	6: 9 %	12	0,0	0,0								
Marien-Krankenhaus Nordhorn	Nordhorn	<500	fg	2573	2,22	<10000	0,805	5	22	6: 17 %	14: 12 %	5: 10 %	31	0,1	0,0								
Grafschafter Klinikum gGmbH	Nordhorn	<500	ö	2787	-0,34	<10000	0,874	7	26	5: 21 %	6: 14 %	8: 10 %	27	0,9	0,0								
Albert-Schweitzer-Krankenhaus Northeim	Northeim	<500	ö	2836	-0,86	<20000	0,982	10	35	5: 24 %	8: 15 %	6: 12 %	42	0,5	0,2								
Städt. Kliniken Oldenburg Verwaltungsamt	Oldenburg	<1000	ö	2762	-0,07	<50000	1,141	5	30	11: 18 %	5: 17 %	6: 10 %	36	2,1	1,4								
Plus-Hospital Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2533	2,75	<20000	1,073	7	28	2: 19 %	4: 14 %	6: 12 %	64	0,9	0,7								
Ev.-Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	2573	2,21	<20000	1,047	5	19	8: 27 %	3: 18 %	1: 17 %	51	0,5	6,7								
Städtische Kliniken	Osnabrück	<1000	ö	2831	-0,79	<50000	1,110	11	43	5: 15 %	6: 11 %	8: 11 %	38	1,9	5,4								
Paracelsus Klinik	Osnabrück	<500	p	2780	-0,26	<10000	1,180	6	20	8: 27 %	1: 22 %	3: 11 %	59	0,6	1,0								
Kinderhospital Osnabrück	Osnabrück	<200	fg	2678	0,88	<5000	0,781	1	4	4: 27 %	6: 17 %	15: 12 %	3	0,3	8,4								
Marien-Hospital	Osnabrück	<1000	fg	2741	0,15	<50000	1,002	9	36	5: 16 %	6: 15 %	3: 13 %	40	2,1	0,0								
Krankenhaus St. Raphael	Ostercappeln	<200	fg	2500	3,23	<10000	0,974	5	19	4: 18 %	6: 17 %	5: 11 %	34	0,1	0,1								
Kreiskrankenhaus Osterholz-Scharmbeck	Osterholz-Scharmbeck	<200	ö	2821	-0,71	<10000	0,876	7	25	5: 16 %	6: 14 %	8: 12 %	29	0,1	0,1								
Kreiskrankenhaus Otterndorf	Otterndorf	<200	ö	2880	-1,31	<5000	0,851	8	24	6: 23 %	5: 15 %	8: 12 %	39	0,2	0,0								
Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH	Papenburg	<500	fg	2633	1,44	<10000	0,941	6	24	8: 21 %	6: 13 %	14: 10 %	32	0,3	0,0								
Klinikum Peine gGmbH	Peine	<500	ö	2895	-1,45	<20000	0,929	11	32	5: 18 %	6: 15 %	8: 14 %	32	0,2	0,0								
Christliches Krankenhaus Quakenbrück	Quakenbrück	<500	fg	2546	2,57	<10000	1,164	4	18	8: 23 %	1: 18 %	5: 18 %	32	0,6	0,6								
Kreiskrankenhaus Rinteln	Rinteln	<200	ö	2845	-0,95	<10000	1,007	11	32	6: 17 %	5: 15 %	8: 15 %	32	0,1	0,2								
Ev.-Luth.-Diakonissen-Mutterhaus Rotenburg	Rotenburg	<1000	fg	2645	1,28	<50000	1,024	9	38	8: 14 %	4: 13 %	1: 10 %	39	0,8	0,8								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte					
					in %				25 %	50 %	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Städt. Krankenhaus St. Barbara	Attendorf	<500	p	2607	0,87	<10000	1,050	6	26	8: 26 %	5: 15 %	6: 12 %	39	0,2	2,3	+	-	-										
Wittgensteiner Akutklinik GmbH & Co. „Bad Berleburg KG – Kreis Krankenhaus Wittgenstein	Bad Berleburg	<200	p	2561	1,31	<5000	0,911	9	28	5: 20 %	6: 15 %	8: 11 %	27	0,0	0,0	+	-	-										
St. Josef-Hospital	Bad Driburg	<500	fg	2663	0,12	<5000	0,781	6	21	6: 18 %	5: 16 %	14: 9 %	19	0,0	0,0	-	+	+										
Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	<500	fg	2804	-1,50	<10000	0,866	6	22	5: 16 %	3: 14 %	6: 12 %	36	0,1	0,9	+	+	-										
Schloßberg-Klinik Wittgenstein	Bad Laasphe	<50	p	3646	-1,50	<1000	1,179	1	1	1: 97 %	8: 2 %	3: 0 %	+	1,5	0,6	+	+	-										
Karl-Hansen-Klinik	Bad Lipspringe	<500	fg	2321	5,00	<10000	0,762	1	3	4: 44 %	3: 43 %	6: 4 %	35	0,4	9,1	-	-	-										
Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhausen	<200	fg	2631	0,65	<5000	1,639	2	5	8: 99 %	1: 0 %	18: 0 %	76	0,5	0,2	+	+	+										
Rheuma-Klinik Dr. Laufen	Bad Oeynhausen	<50	p	3042	-1,50	<1000	0,836	1	1	8: 100 %				0,0	0,0	+	+	+										
ARTEMED-Fachklinik Prof. Dr. Salfeld GmbH	Bad Oeynhausen	<50	p	2625	-0,17	<5000	0,652	1	1	5: 100 %			100	0,0	0,0	nb	nb	nb										
Zweckverband Krankenhaus Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	<500	ö	2648	0,36	<20000	0,954	9	33	5: 18 %	6: 16 %	8: 13 %	33	1,0	0,0	+	-	-										
Herz- und Diabeteszentrum	Bad Oeynhausen	<500	fg	2809	-1,50	<50000	2,566	1	5	5: 79 %	10: 14 %	-1: 2 %	52	9,0	0,4	nb	nb	nb										
Golwitzer-Meier-Klinik	Bad Oeynhausen	<50	fg	2862	-1,50	<1000	0,904	1	1	5: 97 %	23: 1 %	18: 1 %	0	0,2	0,0	-	-	-										
St. Marien-Hospital gGmbH	Balve	<50	fg	2763	-0,83	<5000	0,783	7	23	6: 22 %	8: 16 %	5: 15 %	24	0,1	0,0	+	+	+										
St.-Elisabeth-Hospital	Beckum	<500	fg	2874	-1,50	<10000	0,936	6	22	8: 33 %	5: 14 %	6: 12 %	38	0,0	0,0	nb	nb	nb										
St.-Hubertus-Stift	Bedburg	nb	fg	3039	-1,50	<5000	0,916	6	19	5: 22 %	8: 20 %	6: 17 %	25	0,0	0,0	+	-	-										
Rheinische Landesklinik	Bedburg-Hau	<500	ö	2696	-0,10	<5000	1,016	1	2	1: 85 %	8: 3 %	19: 2 %	0	0,8	3,2	+	-	-										
Krankenhaus Maria Hilf	Bergheim	<500	fg	2817	-1,50	<10000	0,799	7	24	5: 17 %	6: 15 %	14: 10 %	21	0,3	0,0	nb	nb	nb										
Marien-Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	2605	1,00	<20000	1,187	9	32	8: 24 %	6: 17 %	11: 12 %	44	0,1	0,5	+	+	-										
Vinzenz-Palotti-Hospital	Bergisch Gladbach	<500	fg	2669	0,34	<10000	0,845	2	20	8: 19 %	14: 18 %	15: 13 %	35	0,2	2,2	B	-	-										
Ev. Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	2494	2,37	<20000	0,908	6	26	5: 34 %	6: 11 %	8: 10 %	38	0,8	0,0	+	+	-										
Franziskus-Hospital gGmbH	Bielefeld	<500	fg	2538	1,75	<20000	0,923	7	30	6: 14 %	11: 10 %	14: 9 %	33	3,3	0,3	N	+	+										
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	Bielefeld	<1000	fg	2512	2,03	<50000	0,770	1	6	11: 37 %	1: 11 %	8: 9 %	18	2,5	0,8	N	-	-										
Krankenhaus Mara gGmbH	Bielefeld	<200	fg	BE										0,0	100,0	B												
Städt. Klinikum Bielefeld gGmbH	Bielefeld	<1000	ö	2621	0,77	<50000	0,966	8	34	8: 15 %	5: 15 %	6: 12 %	45	1,2	0,1	N	-	-										
Frauenklinik Dr. Hartog	Bielefeld	<50	p	1965	11,29	<1000	0,646	1	3	13: 36 %	14: 27 %	15: 23 %	59	0,0	0,0	-	-	+										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %		Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte	
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI			
Ev.-Johannes-Krankenhaus	Bielefeld	<1000	fg	2827	-1,50	<20000	0,812	5	22	11: 18 %	1: 12 %	6: 11 %	19	2,0	2,9	B	N	-	+	+	+	
St.-Agnes-Hospital	Bocholt	<500	fg	2407	3,50	<20000	0,937	8	31	5: 22 %	6: 14 %	8: 9 %	34	0,6	0,1			+	+	+	+	
Knappschaftskrankenhaus Langedreer	Bochum	<1000	ö	2690	0,98	<20000	1,232	10	39	1: 14 %	8: 14 %	2: 12 %	45	2,4	0,3	N		+	+	+	+	
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH	Bochum	<1000	fg	2712	-0,28	<20000	0,741	1	11	11: 39 %	5: 12 %	6: 11 %	25	2,1	0,1			-	-	-	-	
St.-Maria-Hilf-Hospital*	Bochum	<200	fg	2877	-1,50	<5000	1,336	3	9	5: 25 %	6: 17 %	1: 16 %	0	0,0	0,0			-	-	-	-	
St. Marien-Hospital Wattenscheid gGmbH	Bochum	<50	fg	2732	-0,86	<5000	1,506	3	7	1: 20 %	5: 19 %	6: 16 %	0	0,0	0,0			+	+	+	+	
St. Elisabeth-Hospital gGmbH*	Bochum	<500	fg	2646	0,49	<10000	0,782	2	11	3: 42 %	14: 14 %	15: 7 %	40	0,0	0,7			-	-	-	-	
St. Josef-Hospital u. St. Elisabeth-Hospital gGmbH Betriebsstell. St. Josef	Bochum	<1000	fg	2714	-0,33	<50000	1,088	8	31	8: 18 %	1: 17 %	5: 15 %	30	2,9	0,4			+	+	+	+	
Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH	Bochum	<500	fg	2620	0,78	<10000	0,977	6	20	8: 25 %	6: 24 %	5: 16 %	40	0,1	0,2			+	+	+	+	
St. Josefs-Hospital Linden	Bochum	<200	p	3325	-1,50	<5000	0,834	1	4	6: 19 %	2: 18 %	8: 18 %	51	0,0	0,0			+	+	+	+	
Berufgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	Bochum	<1000	ö	2775	-0,57	<50000	1,526	11	31	5: 28 %	8: 26 %	1: 10 %	44	2,1	9,1	N		-	-	-	-	
Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth/St. Petrus	Bonn	<500	fg	2618	0,89	<20000	1,139	7	27	5: 33 %	8: 26 %	6: 10 %	48	0,7	0,8			+	+	+	+	
Ev. Krankenhaus Bad Godesbg Gemeinnützige GmbH	Bonn	<500	fg	2446	3,05	<10000	1,033	7	27	3: 21 %	8: 18 %	6: 10 %	51	0,4	0,1			+	+	+	+	
St.-Josef-Hospital	Bonn	<500	fg	2539	1,84	<10000	0,992	5	22	8: 32 %	6: 19 %	2: 10 %	51	0,0	0,0			+	+	+	+	
Universitätsklinikum Bonn	Bonn	>1000	ö	2990	-1,50	<50000	1,229	10	42	5: 11 %	1: 11 %	11: 10 %	41	3,1	4,2	N		+	+	+	+	
Johanniter-Krankenhaus Friedr.-Wilhelm-Stift GmbH	Bonn	<500	fg	2506	2,29	<20000	0,826	5	23	2: 14 %	14: 11 %	6: 11 %	36	4,6	0,9	N		+	+	+	+	
Rheinische Kliniken Bonn	Bonn	<1000	ö	2651	0,05	<5000	1,085	1	3	1: 82 %	8: 4 %	3: 3 %	2	1,1	41,0			+	+	+	+	
St.-Marien-Hospital	Bonn	<500	fg	2369	4,15	<20000	0,865	3	18	6: 20 %	5: 17 %	14: 13 %	35	0,5	0,0			+	+	+	+	
Klinik Dardenne	Bonn	<50	p	2690	-1,15	<1000	0,507	1	1	2: 100 %			91	0,0	0,0			+	+	+	+	
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg	Bonn	<500	fg	2671	0,21	<20000	0,940	7	29	8: 14 %	4: 12 %	6: 12 %	42	0,2	3,4	B		-	+	+	+	
Klinik Dr.-Hoefler-Janker GmbH & Co KG	Bonn	<200	p	2819	-1,31	<5000	1,192	2	5	1: 48 %	8: 22 %	4: 12 %	49	5,1	0,1			-	-	-	-	
St. Marien-Hospital GmbH	Borken	<500	fg	2723	-0,40	<10000	0,938	7	25	8: 26 %	1: 15 %	5: 13 %	29	0,1	2,0			-	+	+	+	
Krankenhaus zur hl. Familie	Bornheim	<50	fg	2407	3,66	<5000	1,542	1	4	1: 32 %	5: 18 %	4: 12 %	0,0	0,0	0,0			-	-	-	-	
Knappschaftskrankenhaus Bottrop	Bottrop	<500	ö	2484	2,48	<20000	0,760	1	8	11: 46 %	5: 14 %	1: 9 %	22	3,7	0,1			+	+	+	+	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI					
Marien-Hospital Bottrop	Bottrop	<500	fg	2532	1,62	<20000	0,909	5	23	6: 23 %	5: 14 %	8: 13 %	38	0,6	0,1	nb	nb	nb						
St. Vincenz-Hospital Brakel	Brakel	<200	fg	2778	-1,23	<5000	1,076	3	11	8: 61 %	5: 11 %	6: 7 %	41	0,1	0,0	+	+	+						
Städt. Krankenhaus Maria-Hilf Brilon	Brilon	<500	ö	2629	0,95	<10000	0,840	8	28	8: 19 %	6: 14 %	5: 11 %	39	0,4	0,1	+	+	+						
Lukas-Krankenhaus Bünde	Bünde	<500	fg	2478	2,12	<20000	1,005	10	34	8: 22 %	6: 16 %	5: 14 %	42	0,1	2,5	+	+	+						
St.-Nikolaus-Hospital Büren	Büren	<200	fg	4049	-1,50	<5000	0,737	4	12	5: 29 %	6: 15 %	4: 14 %	0	0,0	0,0	-	-	-						
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauel	Castrop-Rauel	<500	fg	2862	-1,50	<10000	0,899	7	25	1: 16 %	6: 15 %	8: 14 %	27	0,1	1,4	+	+	+						
St.-Rochus-Hospital Castrop-Rauel	Castrop-Rauel	<500	fg	2757	-1,10	<10000	0,888	6	25	6: 16 %	5: 14 %	14: 9 %	41	0,1	0,1	nb	nb	nb						
Christophorus-Kliniken GmbH Betriebssteil	Coesfeld	<500	fg	2399	3,81	<20000	0,822	4	21	6: 17 %	5: 17 %	14: 11 %	25	0,5	1,1	+	+	+						
St. Vincenz-Hospital GmbH	Datteln	<500	fg	2597	0,80	<20000	0,808	6	26	14: 13 %	6: 12 %	5: 11 %	39	0,7	0,1	+	+	+						
Vestische Kinderklinik und Jugendklinik	Datteln	<500	fg	BE										0,1	99,9	B	nb	nb						
Klinikum Lippe GmbH – Detmold	Detmold	<1000	ö	2742	-0,60	<50000	0,970	7	30	5: 17 %	8: 13 %	6: 13 %	32	1,2	0,1	-	+	+						
St.-Vincenz-Hospital gGmbH Dinslaken	Dinslaken	<500	fg	2688	-0,35	<10000	0,820	5	20	6: 17 %	14: 12 %	8: 11 %	28	0,7	0,0	nb	nb	nb						
Evang. Krankenhaus Dinslaken	Dinslaken	<500	fg	2603	1,02	<10000	1,038	10	33	8: 21 %	5: 20 %	6: 17 %	41	0,8	1,3	-	-	-						
Kreis-Krankenhaus Dornagen	Dornagen	<500	ö	2719	-0,59	<20000	0,972	9	28	8: 19 %	5: 17 %	6: 16 %	37	0,9	0,0	-	-	-						
St.-Elisabeth-Hospital Dorsten	Dorsten	<500	fg	2519	2,07	<10000	0,776	8	24	5: 16 %	6: 15 %	4: 14 %	27	0,6	0,5	-	-	-						
Hütten-Hospital Dortmund	Dortmund	<200	ö	2469	2,82	<5000	1,438	1	7	1: 32 %	5: 19 %	4: 11 %	0	0,0	7,5	+	+	+						
Knappschaftskrankenhaus Dortmund	Dortmund	<500	ö	2644	0,75	<20000	0,992	9	32	8: 17 %	6: 15 %	4: 9 %	37	1,0	0,4	nb	nb	nb						
St. Elisabeth-Krankenhaus Kurl	Dortmund	<50	fg	2936	-1,50	<5000	0,920	3	9	5: 35 %	6: 15 %	4: 15 %	0	0,0	0,0	-	-	-						
Kath.-Krankenhaus Dortmund West	Dortmund	<500	fg	2482	2,32	<10000	1,012	4	17	8: 39 %	6: 15 %	5: 15 %	32	0,0	0,0	-	-	-						
Ev. Krankenhaus Bethanien GmbH Dortmund	Dortmund	<200	fg	2806	-1,25	<10000	1,121	5	16	8: 39 %	5: 22 %	4: 8 %	29	0,9	0,0	-	+	+						
Klinikum Dortmund gGmbH	Dortmund	<50	ö	2828	-1,50	>50000	1,162	13	49	8: 13 %	11: 12 %	3: 9 %	44	1,3	1,1	-	-	-						
St.-Josefs-Hospital Dortmund	Dortmund	<500	fg	2591	1,21	<10000	0,852	9	31	6: 16 %	5: 11 %	11: 10 %	33	0,1	0,0	-	+	+						
St. Marien-Hospital Dortmund	Dortmund	<500	fg	3100	-1,50	<5000	0,928	2	7	5: 23 %	20: 20 %	10: 16 %	7	0,0	0,0	-	+	+						
Ev. Krankenhaus Lügendortmund GmbH Dortmund	Dortmund	<500	fg	3087	-1,50	<5000	0,957	5	21	8: 19 %	5: 15 %	6: 14 %	36	0,0	0,0	-	-	-						
St.-Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	<1000	fg	2681	0,00	<50000	0,863	1	12	5: 30 %	11: 22 %	6: 8 %	37	4,1	1,0	+	+	+						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte				
					in %	%			25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM
Marien-Hospital	Düsseldorf	<500	fg	2621	0,75	<20000	0,804	3	23	11:23 %	6: 10 %	1: 8 %	31	2,8	1,4	N	+	-	-								
Rheinische Kliniken Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	ö	3455	-1,50	<1000	1,014	1	2	1: 83 %	8: 6 %	19: 5 %	0	0,3	0,6		0	0	0								
St. Franziskus-Krankenhaus Eitorf GmbH	Eitorf	<200	fg	2765	-1,07	<5000	0,799	7	25	5: 21 %	6: 18 %	8: 12 %	26	0,0	0,0		+	-	-								
St.-Willibrod-Spital Emmerich-Rees GmbH	Emmerich	<500	fg	2851	-1,23	<10000	1,080	5	25	8: 35 %	4: 16 %	6: 9 %	35	0,6	1,4		+	+	-								
Marienhospital GmbH	Emmelen	<500	fg	2538	1,78	<10000	1,033	7	27	8: 25 %	5: 17 %	6: 15 %	36	4,7	0,0		-	-	-								
St.-Josef-Krankenhaus	Engelskirchen	<500	fg	2727	-0,59	<10000	0,915	4	21	8: 28 %	6: 13 %	5: 11 %	36	0,0	0,1		-	-	+								
Ev. Krankenhaus Enger gGmbH	Enger	<50	fg	2536	1,71	<5000	1,712	1	1	8: 43 %	1: 26 %	5: 11 %	0	0,0	0,0		-	+	+								
Marien-Hospital	Erfstadt	<200	fg	2623	0,73	<5000	0,802	7	19	5: 23 %	6: 21 %	8: 14 %	21	0,1	0,0		+	-	-								
Hermann-Josef-Krankenhaus	Eitelenz	<500	fg	2423	3,62	<20000	0,881	6	26	5: 22 %	6: 13 %	11: 9 %	37	0,8	0,5		+	+	+								
Von Hoerde'sches Marien-Hospital	Enwitte	<200	fg	2968	-1,50	<5000	0,859	5	19	11: 26 %	6: 21 %	5: 11 %	46	0,1	0,0		-	-	-								
Universitätsklinikum Essen	Essen	>1000	ö	2813	-1,00	>50000	1,353	14	44	5: 10 %	2: 10 %	1: 9 %	40	7,4	1,8	N	-	-	+								
Elsabeth-Krankenhaus	Essen	<1000	fg	2486	2,43	<50000	0,973	4	20	5: 35 %	6: 13 %	14: 9 %	28	1,8	0,5		+	+	+								
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach	Essen	<1000	fg	2666	0,72	<50000	1,122	7	31	8: 19 %	3: 14 %	5: 14 %	48	4,3	0,0		+	+	+								
Ruhrlandklinik LVA Rheinprovinz	Essen	<500	ö	2361	4,49	<10000	1,263	1	3	4: 89 %	1: 2 %	3: 2 %	28	0,1	0,4		+	+	+								
Katholisches Krankenhaus Philippusstift gGmbH	Essen	<500	fg	2746	-0,98	<10000	0,971	6	19	5: 30 %	1: 16 %	6: 15 %	18	1,0	0,1		-	-	-								
Evang. Bethesda-Krankenhaus gGmbH	Essen	<500	fg	5818	-1,50	<5000	1,069	6	18	8: 43 %	6: 18 %	14: 8 %	67	0,1	0,0		nb	nb	nb								
Ev.-Krankenhaus Lutherhaus gGmbH	Essen	<500	fg	2566	1,39	<20000	1,003	9	29	6: 20 %	8: 18 %	4: 13 %	40	0,8	0,1		0	-	-								
Ev.-Krankenhaus Essen-Werden gGmbH	Essen	<500	fg	2689	-0,27	<10000	1,144	4	12	8: 33 %	2: 19 %	17: 15 %	43	4,0	6,6	N	+	+	+								
Kath. Krankenhaus St. Josef Essen Werden	Essen	<200	fg	2538	1,68	<10000	0,866	4	18	6: 24 %	3: 17 %	8: 15 %	42	0,8	0,3		+	+	+								
Kliniken Essen Mitte Ev.-Huysens-Stiftung/	Essen	<1000	fg	2697	0,16	<20000	0,922	5	27	4: 19 %	6: 14 %	3: 9 %	32	3,9	8,9	B	+	+	+								
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH	Essen	<1000	fg	2719	-0,17	<20000	0,999	7	30	5: 26 %	6: 13 %	8: 12 %	37	1,4	0,0		-	-	-								
Katholische Kliniken Ruhralbisei gGmbH	Essen	<500	fg	2570	1,24	<20000	0,952	6	24	8: 24 %	6: 18 %	1: 16 %	39	0,2	0,3		+	+	+								
Marien-Hospital	Euskirchen	<500	fg	2433	3,31	<20000	0,932	7	29	5: 20 %	6: 16 %	1: 10 %	36	1,4	1,6	B	+	+	+								
St.-Katharinen-Hospital	Frechen	<500	fg	2526	1,98	<20000	0,882	9	30	5: 21 %	1: 14 %	6: 11 %	27	0,3	0,1		-	+	+								
Krankenhaus Bethesda gGmbH	Freudenberg	<500	fg	2725	-0,39	<5000	1,064	4	15	9: 31 %	8: 18 %	6: 9 %	46	0,1	0,0		+	+	+								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC					Part. in %	Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %	%			25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N		H	Fälle	CM	CMI					
Ev. Krankenhaus Eisey GmbH	Hagen-Eisey	<200	fg	2902	-1,50	<5000	0,914	3	13	20: 28%	6: 11%	5: 10%	29	0,0	0,0	-	-	-							
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH	Hagen-Haspe	<500	fg	2612	0,90	<10000	0,902	8	28	8: 21%	6: 17%	5: 10%	32	0,3	4,5	-	+	+							
Klinikum Ravensberg GmbH Betriebsstell Krankenhaus Halle	Halle	<200	fg	2274	5,72	<5000	0,784	4	15	4: 23%	6: 13%	5: 11%	27	0,0	0,1	+	-	-							
St-Sixtus-Hospital	Haltern	<500	fg	2611	0,65	<10000	0,838	6	23	8: 22%	5: 14%	6: 12%	36	0,1	0,0	-	-	+							
Ev. Krankenhaus Hamm	Hamm	<1000	fg	2640	0,46	<20000	0,939	5	25	5: 15%	6: 13%	14: 11%	24	1,5	0,2	N	nb	nb							
Malteser Krankenhaus St. Josef GmbH	Hamm	<500	fg	2729	-0,66	<10000	0,839	6	24	8: 18%	6: 13%	5: 12%	42	0,3	0,0	nb	nb	nb							
Marien-Hospital Hamm GmbH	Hamm	<1000	fg	2786	-0,80	<20000	1,055	8	29	5: 18%	8: 18%	1: 13%	36	2,9	0,2	N	+	+							
Klinik für Manuelle Therapie e.V.	Hamm	<200	fg	2344	3,72	<5000	1,175	1	1	8: 62%	1: 37%	19: 1%		8,9	0,0	+	+	+							
St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH	Hamm	<500	fg	2424	3,32	<20000	0,767	1	14	11: 35%	8: 12%	6: 7%	35	2,1	0,3	+	+	+							
Bundeswehr-Krankenhaus	Hamm	<50	ö	1774	16,90	<1000	0,646	1	3	3: 75%	6: 10%	8: 9%	72	0,0	0,0	nb	nb	nb							
Kath. Krankenhaus St. Elisabeth Blankenstein GmbH	Hattingen	<200	fg	2883	-1,50	<5000	0,850	2	11	8: 34%	5: 25%	6: 14%	25	3,8	0,0	+	-	-							
Ev. Krankenhaus Hattingen gGmbH	Hattingen	<500	fg	2819	-1,50	<10000	0,861	10	36	6: 16%	8: 13%	1: 11%	34	0,4	0,2	+	+	+							
Städtisches Krankenhaus Heinsberg GmbH	Heinsberg	<500	ö	2449	3,07	<10000	0,854	5	23	5: 16%	6: 15%	14: 14%	33	0,0	0,0	+	+	+							
Lungenklinik Hemer	Hemer	<500	fg	2656	1,28	<10000	1,244	1	2	4: 92%	-1: 1%	23: 1%	28	1,6	1,2	+	+	+							
Paracelsus-Klinik Hemer GmbH	Hemer	<200	p	2760	-0,89	<5000	0,863	8	25	6: 18%	8: 17%	5: 13%	31	0,4	0,0	+	+	+							
Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus	Herdecke	<500	fg	2781	-1,05	<10000	0,907	4	20	8: 14%	5: 14%	14: 12%	26	1,2	12,5	+	+	+							
Mahliden-Hospital gGmbH	Herford	<500	fg	2370	4,29	<10000	0,940	8	26	6: 19%	5: 16%	8: 14%	36	0,3	0,0	+	-	-							
Klinikum Herford	Herford	<1000	ö	2495	2,34	<50000	0,972	11	38	6: 16%	5: 14%	1: 9%	34	1,0	0,1	N	+	+							
St.-Anna-Hospital	Herne	<500	fg	2342	4,73	<20000	0,999	1	7	8: 57%	6: 9%	14: 6%	43	0,3	0,0	nb	nb	nb							
Kath. Krankenhaus Marienhospital	Herne	<1000	fg	2652	0,33	<50000	0,991	3	23	11: 28%	5: 17%	6: 8%	38	2,1	2,0	nb	nb	nb							
Rheumazentrum Ruhrgebiet St.-Josef-Krankenhaus	Herne	<200	fg	3370	-1,50	<5000	0,842	1	1	8: 98%	4: 1%	1: 1%	0	0,3	22,9	+	+	+							
Ev. Krankenhaus Herne	Herne	<500	fg	2642	0,72	<20000	1,055	11	32	6: 18%	4: 14%	1: 13%	39	0,4	1,7	B	+	+							
St.-Elisabeth-Hospital	Herten	<500	fg	2610	1,13	<20000	1,064	7	23	8: 31%	5: 14%	6: 13%	37	0,5	0,1	+	+	-							
Gertrudis-Hospital	Herten	<200	fg	2756	-0,66	<5000	0,950	4	18	6: 38%	5: 13%	1: 10%	25	0,4	3,0	+	+	+							
St.-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH	Hilden	<500	fg	2441	2,98	<10000	0,830	6	23	6: 21%	5: 13%	8: 12%	40	0,4	0,0	-	-	-							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte			
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Klinik im Park GmbH	Hilden	<200	p	2099	2,08	<5000	0,665	1	5: 100%	99	0,0	0,0													
St.-Ansgar-Krankenhaus	Höxter	<500	fg	2476	2,36	<20000	0,721	2	19: 25% 6: 11% 1: 8% 0,2	24	0,8	0,2													
Sana-Krankenhaus Hürth GmbH	Hürth	<200	p	2446	3,65	<5000	0,947	5	20: 36% 6: 18% 8: 12% 0,0	23	0,8	0,0													
Klinikum Ibbenbüren GmbH	Ibbenbüren	<500	fg	2579	1,79	<20000	0,849	3	22: 19% 8: 17% 6: 11% 0,2	31	1,2	0,2													
Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn gGmbH	Iserlohn	<500	fg	2570	1,34	<10000	0,849	3	13: 16% 14: 16% 15: 12% 0,1	16	0,1	5,6													
Marienhospital Letmathe	Iserlohn	<200	ö	2630	0,56	<5000	0,978	5	19: 25% 5: 18% 6: 17% 0,0	33	2,6	0,0													
St. Elisabeth-Hospital gGmbH	Iserlohn	<500	fg	2657	0,33	<10000	0,944	10	31: 21% 8: 17% 11: 13% 0,0	40	0,0	0,0													
Augusta-Hospital Arnholt GmbH	Isselburg	<200	fg	BE							0,0	100,0	B												
Krankenhaus St. Elisabeth	Jülich	<200	fg	2756	-1,09	<5000	0,799	7	24: 21% 6: 18% 8: 14% 0,2	26	0,2	0,0													
St.-Nikolaus-Hospital	Kalkar	<200	fg	2707	-0,48	<1000	0,900	2	6: 39% 1: 19% 4: 18% 0,0		0,2	0,0													
Stadt. Hellmig-Krankenhaus	Kamen	<500	ö	2473	2,21	<10000	0,834	8	26: 17% 6: 17% 5: 13% 0,0	29	0,1	0,0													
St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	Kamp-Lintfort	<500	fg	2676	0,06	<20000	0,965	8	29: 26% 5: 16% 6: 13% 0,1	29	0,5	0,1													
Hospital zum Heiligen Geist	Kempen	<500	fg	2695	-0,02	<10000	0,656	1	15: 28% 6: 10% 5: 10% 0,0	26	0,7	6,3													
Marienhospital	Kevelaer	<500	fg	2830	-1,50	<10000	0,959	5	18: 30% 1: 16% 6: 14% 0,3	44	0,6	0,3													
St.-Antonius-Hospital gGmbH	Kleve	<500	fg	2732	-0,58	<20000	0,478	1	2: 50% 5: 11% 6: 7% 0,1	15	1,4	0,1													
Universitätsklinikum Köln	Köln	>1000	ö	2954	-1,50	>50000	1,267	13	49: 12% 2: 11% 1: 10% 0,0	44	3,3	3,0	B	N											
St.-Vincenz-Hospital	Köln	<500	fg	2448	3,97	<20000	0,946	6	23: 32% 8: 16% 6: 11% 0,0	45	1,3	0,0													
Kliniken der Stadt Köln Betriebsteil Holweide	Köln	<1000	ö	2635	0,34	<20000	0,918	5	28: 13% 6: 12% 11: 10% 0,1	42	2,2	0,1													
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Köln	<200	fg	2572	1,38	<5000	1,284	1	4: 100% 0,0	84	0,0	0,0													
Kliniken der Stadt Köln Betriebsteil Merheim	Köln	<1000	ö	2963	-1,50	<50000	1,254	6	28: 16% 8: 16% 5: 12% 0,1	45	3,3	4,1													
Eduardus-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2672	0,00	<10000	1,260	4	18: 57% 5: 15% 6: 9% 0,0	57	0,0	0,1													
St.-Hildegardis-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2896	-1,50	<10000	0,871	4	19: 25% 11: 15% 8: 11% 0,0	30	0,4	1,0													
Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	<500	fg	2562	1,05	<20000	0,940	6	25: 23% 6: 11% 1: 10% 0,1	32	1,9	0,1													
Ev. Krankenhaus Kalk	Köln	<500	fg	2686	0,03	<20000	0,909	7	27: 16% 5: 16% 14: 12% 0,2	25	1,0	0,2													
Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	<500	fg	2634	0,56	<20000	0,901	4	18: 23% 14: 14% 15: 10% 0,1	38	0,1	0,1													

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Evang. Krankenhaus Bethesda	Mönchengladbach	<500	fg	2771	-1,10	<10000	0,919	8	28	6:21 %	3:13 %	13:11 %	46	0,2	0,1	-	-	+							
St. Josefs-Krankenhaus	Morheim	<200	fg	2408	3,50	<5000	0,929	7	19	6:31 %	5:19 %	8:13 %	31	0,3	0,0	-	+	+							
Stiftung Evangelisches Kranken- und Versorgungshaus	Mülheim	<1000	fg	2573	1,41	<50000	1,077	12	38	5:24 %	6:14 %	8:12 %	47	1,6	0,0	+	+	-							
St. Marien-Hospital	Mülheim	<500	fg	2558	1,41	<20000	1,116	9	26	8:22 %	6:22 %	5:14 %	37	1,3	0,0	+	-	-							
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Münster	<500	fg	2601	0,97	<20000	0,852	8	28	11:17 %	1:14 %	6:13 %	34	2,0	0,3	+	+	+							
Clemenshospital GmbH	Münster	<500	fg	2573	1,49	<20000	1,052	6	26	4:19 %	8:16 %	6:12 %	33	0,2	6,3	+	+	+							
Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH	Münster	<500	fg	2643	0,18	<5000	0,926	6	25	8:18 %	5:12 %	14:10 %	32	0,2	3,6	+	+	+							
Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster	Münster	<500	ö	1756	18,25	<1000	0,853	2	6	20:29 %	4:19 %	1:8 %	0	3,5	0,0	-	-	+							
Fachklinik Hornheide	Münster	<200	fg	2807	-1,50	<5000	1,164	1	4	9:71 %	17:7 %	8:6 %	76	1,1	0,0	-	-	-							
St. Franziskus-Hospital GmbH	Münster	<1000	fg	2380	3,92	<50000	0,879	5	22	5:19 %	8:12 %	6:10 %	41	5,1	0,1	-	-	H							
Universitätsklinik Münster	Münster	>1000	ö	2937	-1,50	>50000	1,496	18	64	8:15 %	5:12 %	3:11 %	50	5,2	5,1	-	-	+							
Raphaelsklinik GmbH	Münster	<500	fg	2684	0,06	<20000	0,970	7	29	6:22 %	8:11 %	5:11 %	43	0,1	0,1	+	+	+							
Stadt. Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal	<500	ö	2498	2,20	<10000	0,969	6	23	8:28 %	6:20 %	5:17 %	36	0,2	0,1	+	+	+							
Johanna-Etienne-Krankenhaus	Neuss	<500	fg	2635	0,68	<20000	1,042	7	31	8:18 %	5:17 %	1:13 %	37	0,5	0,0	+	+	+							
Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<1000	ö	2709	-0,07	<50000	0,957	6	31	5:17 %	6:12 %	3:9 %	38	2,0	0,0	+	-	-							
Rheinort Klinik Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<50	ö	2520	2,07	<5000	1,679	1	1	8:95 %	6:4 %	11:1 %	99	0,0	0,0	+	+	-							
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Oberhausen	<500	p	2864	-1,50	<10000	0,960	6	19	8:19 %	9:17 %	4:14 %	44	0,1	0,0	+	+	-							
St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH	Oberhausen	<500	fg	2610	0,58	<20000	0,950	7	29	6:18 %	5:14 %	8:12 %	28	0,4	1,1	+	+	+							
Evangelisches Krankenhaus	Oberhausen	<1000	fg	2681	-0,26	<20000	0,946	5	26	5:21 %	14:12 %	6:12 %	30	0,7	0,8	+	+	-							
St.-Marien-Hospital Osterfeld	Oberhausen	<500	fg	2688	0,22	<10000	1,000	6	19	8:35 %	6:18 %	4:11 %	47	0,1	0,0	-	-	-							
St.-Josef-Hospital	Oberhausen	<500	fg	2715	-0,64	<10000	0,950	6	22	1:24 %	6:15 %	5:11 %	17	0,9	1,4	+	+	-							
Pius-Hospital	Ochtrup	<200	fg	2761	-0,43	<5000	0,794	3	10	5:31 %	4:19 %	6:14 %	0	0,1	0,0	+	+	-							
Manien-Hospital	Oelde	<200	fg	2581	1,93	<10000	0,806	7	28	6:15 %	8:11 %	14:10 %	33	0,2	0,0	+	+	-							
St.-Martinus-Hospital	Olpe	<500	fg	2448	2,94	<20000	0,661	1	5	11:40 %	5:15 %	6:7 %	24	2,7	0,0	+	-	-							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte		
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI						
Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH-Haus Zschopau	Zschopau	<500	ö	2429	3,76	<10000	0,917	7	26	8: 20%	6: 14%	5: 14%	32	0,2	0,0	+	+	+							
Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau, Städtisches Klinikum	Zwickau	<1000	ö	2586	1,30	<50000	1,036	12	43	8: 14%	6: 10%	5: 9%	40	4,4	0,5	+	+	+							
Paracelus-Klinik Zwickau	Zwickau	<500	p	2584	1,80	<10000	1,087	7	23	1: 24%	8: 19%	5: 13%	33	0,2	0,7	+	+	+							
Sachsen-Anhalt		370		2730	0,00		1,005	56	213	5: 15%	8: 13%	6: 13%	34	1,8	1,8	0	6	0							
Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt	Aschersleben	<1000	ö	2885	-1,50	<20000	0,885	10	33	5: 15%	6: 15%	8: 11%	28	1,7	0,5	+	-	-							
Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH	Ballenstedt	<200	fg	2756	-0,33	<5000	0,758	1	2	4: 91%	5: 2%	23: 2%	3	2,1	4,8	-	-	-							
Waldklinik Bernburg GmbH	Bernburg	<50	p	2873	-1,50	<5000	1,308	1	1	1: 100%				0,0	0,0	0	-	-							
Klinikum Bernburg	Bernburg	<500	ö	2954	-1,50	<10000	0,884	8	25	6: 18%	5: 16%	1: 14%	22	0,9	0,1	nb	nb	nb							
Kreiskrankenhaus Bitterfeld/Wolfen	Bitterfeld	<500	ö	2720	-0,20	<20000	0,877	8	29	5: 16%	6: 16%	8: 11%	25	0,7	0,5	-	-	-							
Kreiskrankenhaus Burg	Burg	<500	p	2749	-0,32	<10000	0,854	6	26	6: 18%	8: 14%	5: 11%	27	0,1	0,0	-	+	+							
Stadtkrankenhaus Calbe	Calbe	<200	p	2435	3,70	<5000	1,124	2	7	5: 31%	1: 21%	6: 14%	0	0,0	0,0	+	-	-							
MediClin Herzzentrum Coswig	Coswig	<200	p	3306	-1,50	<10000	2,209	1	5	5: 95%	-1: 3%	1: 1%	56	2,1	0,0	+	+	+							
Krankenhaus der Anhaltinischen Diakonissenanstalt Dessau	Dessau	<200	fg	2547	2,06	<10000	0,998	7	22	6: 24%	11: 22%	12: 12%	43	0,6	0,7	-	+	+							
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<1000	ö	2730	0,03	<50000	1,036	12	42	5: 16%	8: 13%	6: 8%	38	2,0	0,2	+	+	+							
Diakonie-Krankenhaus Neuvandenburg GmbH	Elbingerode	<50	fg	2568	1,97	<5000	0,866	1	1	20: 61%	5: 13%	6: 8%	0	0,0	0,0	-	-	-							
Fachkrankenhaus für Rheumatologie und Orthopädie Gommern	Gommern	<200	p	2456	3,54	<5000	1,063	1	3	8: 98%	1: 1%	4: 0%	46	0,0	3,0	+	+	+							
St. Salvator-Krankenhaus Halberstadt	Halberstadt	<500	p	2710	0,26	<20000	0,920	9	34	3: 20%	8: 14%	6: 11%	41	0,3	0,0	+	+	+							
Fachkrankenhaus Haldensleben	Haldensleben	<200	p	2794	-0,66	<1000	0,798	1	1	1: 50%	8: 41%	19: 3%		0,0	0,0	+	-	-							
Sana Ohre-Klinikum Haldensleben	Haldensleben	<500	p	2931	-1,50	<20000	0,850	8	29	6: 17%	5: 12%	3: 12%	38	0,5	0,0	0	+	+							
Krankenhaus des Evangelischen Halle	Halle	<500	fg	2754	-0,48	<10000	1,078	1	11	4: 23%	5: 18%	6: 15%	30	0,4	0,8	-	+	+							
Städtisches Krankenhaus Martha-Maria Halle	Halle	<1000	ö	2689	0,54	<20000	1,096	10	33	8: 16%	1: 12%	4: 10%	38	1,4	0,3	+	+	+							
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Stadt Halle	Halle	<500	p	2683	1,20	<20000	1,403	9	30	8: 35%	1: 16%	6: 13%	43	1,5	2,21	+	+	+							
Martin-Luther-Universität Medizinische Fakultät Halle	Halle	>1000	ö	3037	-1,50	<50000	1,413	19	63	5: 12%	8: 12%	2: 8%	51	4,8	2,8	-	-	-							
Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara Halle	Halle	<1000	fg	2484	2,94	<20000	0,887	5	25	6: 20%	5: 20%	14: 8%	26	4,0	1,6	+	-	-							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	BFW	Budget-Konv.		Case-mix	CMI	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-anteile in %			Bes. Leist.			Abweichung Ist-Werte				
					in %				25 %	50 %	O	ZE	SE	B	N	H	Fälle	CM	CMI							
Fachklinik Schloß Friedensburg GmbH	Leutenberg	<50	p	BE																						
Klinikum Meiningen GmbH	Meiningen	<1000	p	2581	1,70	<50000	1,103	10	34	8: 18 %	6: 15 %	5: 15 %	40	3,0	0,5											
Sozialwerk Meiningen GmbH Geriatriische Fachklinik	Meiningen	<50	fg	2073	10,80	<5000	1,916	1	1	1: 39 %	8: 39 %	5: 13 %		0,0	6,8											
Kreis Krankenhaus Unstrut-Hainich	Mühlhausen	<500	ö	2532	2,17	<20000	0,987	8	26	8: 24 %	5: 16 %	6: 16 %	38	1,2	0,0											
Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Mühlhausen	<500	fg	2347	5,15	<5000	0,830	1	4	1: 77 %	19: 5 %	8: 5 %		0,0	2,3											
Evangelisches Krankenhaus	Neustadt	<50	fg	2353	5,19	<5000	0,679	1	1	4: 93 %	5: 3 %	19: 1 %	2	0,0	17,0											
Südharz-Krankenhaus Nordhausen GmbH	Nordhausen	<1000	ö	2818	-1,00	<50000	1,055	11	40	5: 14 %	6: 13 %	8: 9 %	41	2,0	0,2											
Thüringen Klinik	Pößneck	<200	ö	2917	-1,50	<5000	0,926	8	24	8: 23 %	5: 20 %	6: 17 %	33	0,2	0,0											
Kreis Krankenhaus Ronneburg	Ronneburg	<50	ö	2269	6,06	<5000	1,997	1	1	8: 58 %	1: 32 %	5: 8 %		0,0	1,7											
Thüringen-Klinik Georgius-Agricola-gGmbH	Saalfeld	<1000	ö	2586	1,43	<50000	1,093	10	35	5: 16 %	8: 15 %	6: 15 %	31	1,5	0,3											
Kreis Krankenhaus Schleiz	Schleiz	<200	ö	2830	-1,16	<5000	0,800	7	23	5: 17 %	8: 14 %	6: 14 %	25	0,0	0,0											
Kreis Krankenhaus Schmalkalden	Schmalkalden	<500	fg	2669	0,61	<10000	0,878	9	28	5: 17 %	8: 16 %	6: 14 %	32	0,4	0,0											
Kreis Krankenhaus Sonneberg und Neuhaus gGmbH	Sonneberg	<500	ö	2705	0,19	<20000	0,937	9	25	5: 20 %	8: 19 %	6: 13 %	37	0,3	0,0											
Asklepios Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie	Stadtroda	<500	p	2428	3,98	<5000	1,009	1	1	1: 89 %	8: 3 %	19: 3 %	0	1,2	1,2											
Zentraalklinikum gGmbH, Süthüringen	Suhl	<1000	p	2707	0,15	<50000	1,033	13	48	5: 14 %	6: 10 %	8: 9 %	40	2,1	0,2											
KMG Rehabilitationsklinik	Sülzhayn	<50	p	BE																						
Klinik Waldestöbte GmbH	Uhlstädt	<50	p	2669	0,61	<1000	0,990	1	1	8: 97 %	1: 3 %			0,9	16,6											
Sophien- und Hufeland Klinikum gGmbH	Weimar	<1000	fg	2620	1,11	<20000	0,880	7	30	6: 13 %	8: 13 %	1: 13 %	31	0,7	0,3											

This page intentionally left blank

Der Krankenhaus-Report 2007 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2007 stehen im Krankenhaus-Report-Internetportal zur Verfügung und können unter Berücksichtigung des Copyrights heruntergeladen und in eigene Arbeiten übernommen werden. Mit den Daten können eigene Berechnungen durchgeführt werden.

Gehen Sie im Internet auf **www.krankenhaus-report-online.de** und registrieren Sie sich mit der PIN (s. Etikett vorn im Umschlag). Wenn Sie das Formular an den Schattauer-Verlag schicken, erhalten Sie per E-Mail die Zugangsberechtigung zum Internetportal.

Im Internetportal zum Krankenhaus-Report 2007 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im pdf-Format
- alle Tabellen im xls- und pdf-Format
- Krankenhaus-Directory 2007 mit erweiterten Informationen im xls- und pdf-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2000 bis 7/2007 mit Dokumenten zum Download ab 2004.

Zusätzlich zum Buch im Internetportal:

- Ergänzende Tabellen zu den Kapiteln 16, 17 und 18
 - Kapitel 16: fünf Tabellen
 - Kapitel 17: vier Tabellen
 - Kapitel 18: sieben Tabellen
- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2006
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1997 bis 2006

Informationen zum Krankenhaus-Report sind auch hier zu finden:
<http://www.wido.de/khreport.html>.

Autorenverzeichnis



Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung
Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule
Hannover, OE 5410, 30623 Hannover

Studium der Betriebswirtschaft in St. Gallen und Paris; Promotion in St. Gallen und Berlin. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und Visiting Assistant Professor der Columbia University in New York. Seit 2001 Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2005 Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care.



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. Thomas Braun
Bundesministerium für Gesundheit,
Am Propsthof 78a, 53121 Bonn

Seit dem Jahr 2002 Referent im Bundesministerium für Gesundheit. Aufgabenbereiche sind wirtschaftliche Fragen im Krankenhausbereich, die Vorgaben für die Budgetverhandlungen und die Einführung bzw. Weiterentwicklung des DRG-Systems. Weitere Stationen des beruflichen Werdegangs waren die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf sowie die Universitäten in Bochum, Bonn und Santander (Spanien).



Dr. med. Holger Bunzemeier
Universitätsklinikum Münster,
Domagkstr. 20, 48129 Münster

Geboren 1974. Arzt, seit 2000 Mitglied der DRG-Research-Group und des Medizincontrollings am Universitätsklinikum Münster, seit 2006 Leitung des Geschäftsbereichs Medizinisches Management am Universitätsklinikum Münster. Arbeitsschwerpunkte: wissenschaftliche Evaluation des G-DRG-Systems, DRG-Kostenkalkulation, Krankenhausfinanzierung, hausinterne Leistungsverrechnungsmodelle, operatives Medizincontrolling.



Dr. med. Peter Dirschedl
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-
Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr

Geboren 1957. Studium der Medizin und Promotion an der Universität Freiburg. Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie, Zusatzausbildung als Betriebswirt mit Schwerpunkt Krankenhauswirtschaft. 1995–2005 Leiter des Referats Krankenhaus, seit 2006 Leiter des Bereichs Medizinische Versorgungs- und Versorgungsstrukturen im MDK Baden-Württemberg.



Dr. Hermann Ewald
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel,
Klinik für Strahlentherapie (Radioonkologie),
Arnold-Heller-Str. 9, 24105 Kiel

Geboren 1957. Ausbildung zum C-Kirchenmusiker bis 1977. Medizinstudium bis 1984, Promotion 1994. Diploma in Palliative Medicine Univ. of Wales, Cardiff, 2001. Physiologisches Institut der Universitätsklinik Frankfurt a. M. bis 1986, internistisch-onkologische Rehabilitation bis 1992. Seit 1993 in der Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, in Oberarztfunktion. Aufbau und Leitung der dortigen Palliativstation (1999) und des Interdisziplinären Schmerz- und Palliativzentrums (2005). Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes Schleswig-Holstein seit 2004 und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin seit 2002.



Prof. Dr. Stefan Felder
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
(ISMHE), Otto-von-Guericke Universität,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1960. Studium der Ökonomie und der Soziologie in Bern. 1989 Promotion und 1996 Habilitation an der Universität Bern. Forschungsaufenthalte an der University of Western Ontario, London (1990–1991) und der Macquarie University, Sydney (2005). Seit 1997 Professor für Gesundheitsökonomie in Magdeburg. Mitglied der Wissenschaftlichen Beiräte der Techniker Krankenkasse (seit 2003) und der betrieblichen Krankenversicherung (seit 2004) sowie des Trendrates der Deutschen BKK (seit 2007).



Dr. Stefan Fetzer
Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats
der Betrieblichen Krankenversicherung,
Kronprinzenstraße 5–7, 45128 Essen

Geboren 1974. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. 2006 Promotion an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Seit 2006 Mitarbeiter der Geschäftsstelle des wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung.



Dr. med. Wolfgang Fiori
 Universitätsklinikum Münster,
 Domagkstr. 20, 48129 Münster

Geboren 1970. Arzt, seit 2001 Mitglied der DRG-Research-Group und des Medizincontrollings am Universitätsklinikum Münster. Arbeitsschwerpunkte: wissenschaftliche Evaluation des G-DRG-Systems, operatives Medizincontrolling



Dr. rer. pol. Axel Focke
 Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
 management, Schützenbahn 70, 45127 Essen

1985–1987 kaufmännische Ausbildung, 1987–1990 Rettungsdienst. 1990–1994 gesundheitsökonomisch ausgerichtetes Studium. 1994–1998 Krankenhausbudgetverhandler bei der DAK in Bremen. 1998–2003 Tätigkeit am Lehrstuhl für Innovations- und Technologiemanagement. Derzeit am Lehrstuhl für Medizinmanagement tätig und dort für Projekte im Bereich BWL und Krankenhausmanagement sowie für den Klinikführer Rhein-Ruhr zuständig. 1994–2000 stv. Leiter der Arbeitsgruppe OR im Gesundheitswesen der Gesellschaft für Operations Research. 2006 Promotion über Krankenhausplanung.



Jörg Friedrich
 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
 Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

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.



Dipl.-theol. Dr. med. Andreas Gerber, MA, MSc
Kuenstr. 29, 50733 Köln

Geboren 1964. 1983–1990 Studium der Ev. Theologie in Hamburg, Heidelberg, Mainz und Frankfurt am Main. 1986–1988 Studium der Religionswissenschaften an der Temple University, Philadelphia, PA. 1992–1998 Studium der Humanmedizin in Hamburg. Doktorarbeit im Bereich der Immunologie. Bis April 2003 Ausbildung im Fach Pädiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und am Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover. Seit Mai 2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an der Universität Köln. Schwerpunkte: Bürgerversicherung, Theorie der EbM, ethische Fragestellungen, Gesundheitsökonomie und Pädiatrie. August 2005 Aufbaustudium Gesundheitsökonomie in Köln.



Thomas Graf
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIIIA, Zweigstelle Bonn,
Graurheindorfer Str. 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.



Christian Günster
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

Geboren 1966. Studium der Mathematik und Philosophie in Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK tätig. Im Forschungsbereich Krankenhaus Leitung des Projektbereichs Krankenhaus-Analysen. Mitglied der Sachverständigengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 17b Abs. 7 KHG. Seit 2006 Forschungsbereichsleiter Integrierte Analysen.



PD Dr. Günther Heller

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn**

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.



Desdemona Hucke

**Seminar für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und
Management im Gesundheitswesen, Universität zu Köln,
Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln**

Geboren 1980. Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln mit den Schwerpunkten Management im Gesundheitswesen und Evidence Based Medicine. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Seminar für Allgemeine BWL und Management im Gesundheitswesen, bei Herrn Prof. Dr. L. Kuntz, an der Universität zu Köln.



Dr. jur. Gerhard Igl

**Direktor des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik
in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,
Olshausenstr. 40, 24098 Kiel**

Zahlreiche Veröffentlichungen auf dem Gebiet des deutschen und europäischen Sozialrechts, des Gesundheitsrechts, der Pflegeversicherung und der Pflegeberufe, des Heimrechts sowie der Einrichtungsfinanzierung. Vorsitzender und Mitglied verschiedener Schiedsstellen auf Bundes- und Landesebene auf dem Gebiet der Kranken- und Pflegeversicherung. Weitere Informationen unter: www.uni-kiel.de/instsociallaw.



Jürgen Klauber
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Kortrijker Straße 1, 53225 Bonn**

Geboren 1961. Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). 1992–1996 Projektleitung im GKV-Arzneimittelindex, 1997–1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband, 1998–1999 stellvertretender Institutsleiter des WiDO, 2000–2001 kommissarischer Institutsleiter. Seit 2002 einer von zwei Geschäftsführern des WiDO.



Prof. Dr. Ludwig Kuntz
**Seminar für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und
Management im Gesundheitswesen, Universität zu Köln,
Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln**

Geboren 1964. Studium der Wirtschaftsmathematik an der Universität Karlsruhe. 1993–1995 Projektleiter im Dezernat für Informationsmanagement des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. 1995 Habilitation an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Karlsruhe. 1995–2002 Leiter für betriebswirtschaftliche Unternehmensplanung und Controlling im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 2002 Direktor des Seminars für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen an der Universität zu Köln.



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard)
K. W. Lauterbach, MdB
**Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln
(AÖR), Gleueler Straße 176-178, 50935 Köln**

Studium der Medizin in Aachen, Düsseldorf und Texas, USA. Studium der Gesundheitsökonomie (Health Policy and Management) und der Epidemiologie an der Harvard School of Public Health in Boston, USA. Gastdozent an der Harvard School of Public Health in Boston seit 1996. Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln seit 1998. Mitglied des deutschen Bundestages ab 2005. Politische und fachliche Schwerpunkte: Gesundheitspolitik, Pflegeversicherung, Rentensystem, Bildungspolitik.



Dr. Wulf-Dietrich Leber

AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

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 Dependance 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 leitet er dort den Geschäftsbereich Gesundheit.



Dr. rer. pol. Gregor Leclerque

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn**

Geboren 1970. Studium der Volkswirtschaftslehre. 1997–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Verteilungs- und Sozialpolitik, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Promotion zum Thema „Arbeitnehmervertretungen in Japan“. 2003–2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt am Main. Seit Jahresbeginn 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Krankenhaus des WIdO.



Dr. Andreas Lehr

L et V Verlag, Luisenstraße 41, 10117 Berlin

Jahrgang 1965. Studium der Philosophie, Theologie und Erziehungswissenschaften. Gesundheitspolitischer Fachjournalist. Verleger der „highlights – Nachrichten und Analysen zur Gesundheitspolitik“ und des „forum für gesundheitspolitik“. Geschäftsführer L et V Verlag – Cross-media Internetplattform Gesundheitspolitik www.LetV-gesundheitspolitik.de.



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. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Finanzierungs- und Verteilungsfragen des Gesundheitswesens sowie Kosten-Nutzen-Analysen.



Dr. med. Bernd-Oliver Maier
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken,
Ludwig-Erhardt-Straße 100, 65199 Wiesbaden

Geboren 1971. Medizinstudium an der Ludwigs-Maximilians Universität und Technischen Universität München. Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, Master of Science in Palliative Medicine Studium an der Universität Bristol (GB). Seit 2004 Leiter der Abteilung Palliativmedizin der HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden.



Jürgen Malzahn
AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

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),
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn**

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.



PD Dr. med. Matthias Mohrmann

**Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-
Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr**

Geboren 1957. Medizinstudium in Hannover und New Haven. Promotion an der Medizinischen Hochschule Hannover. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Marburg, Zürich und an der Harvard University. Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Habilitation in Freiburg. Seit 2005 leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg.



Prof. Dr. Günter Neubauer

**Universität der Bundeswehr, Institut für Volkswirtschafts-
lehre, Werner-Heisenberg-Weg 39, 85577 Neubiberg**

Seit 1976 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr, München; Mitglied verschiedener Schiedsämter in Bayern; seit 1997 Externes Mitglied des Verwaltungsrates des Klinikums Magdeburg, 1991–1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.



Katrin Paschen

AOK Bundesverband, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

Geboren 1968. Studium der Betriebswissenschaften in Münster. 1997–1998 Klinikum Wuppertal GmbH. 1998–2003 Referat Krankenhausfallmanagement, Abteilung Stationäre Leistungen und Rehabilitation im AOK-Bundesverband. Seit 2004 Leitung des Referats Verhandlungsmanagement im AOK-Bundesverband.



Ferdinand Rau

**Bundesministerium für Gesundheit, Referat 215
„Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser“,
Am Propsthof 78a, 53121 Bonn**

Geboren 1966. Diplom-Verwaltungswissenschaftler. Seit 1993 Referent im Bundesministerium für Gesundheit. Zunächst beschäftigt mit wirtschaftlichen Fragen der zahnmedizinischen Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, Rettungswesen. Seit 1999 befasst mit wirtschaftlichen Fragen der Krankenhäuser, DRG-Einführung, Klassifikationssystemen.



Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, MPH

**Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
(ISHME), Otto-von-Guericke-Universität,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg**

Geboren 1950. Studium der Medizin in Hannover und der öffentlichen Gesundheitspflege in Jerusalem. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Köln. Habilitation für Epidemiologie und Sozialmedizin, seit 1992 Institutsdirektor in Magdeburg.



Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Universitätsklinikum Münster,
Domagkstr. 20, 48129 Münster

Geboren 1957. Arzt, Professor für Qualitätsmanagement seit 2004. Durchführung von Analysen zur Auswahl eines DRG-Systems für die BRD mit Empfehlung des australischen AR-DRG-Systems. 2000 Gründung der DRG-Research-Group am Universitätsklinikum Münster. Wissenschaftliche Evaluation des G-DRG-Systems in vielen Projekten. Gesundheitssystemforschung, Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt der Untersuchung der Auswirkungen der Umstrukturierung des Deutschen Gesundheitssystems auf die Versorgung. Mitglied der Sachverständigenkommission des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17b Abs. 7 KHG.



Isabelle Rotter
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen

Geboren 1975. Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen. 2002–2006 Mitarbeiterin im Bereich Medizincontrolling/Qualitätsmanagement in der Ruhrlandklinik in Essen. Seit September 2006 Projektmitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizin-Management an der Universität Duisburg-Essen.



Torsten Schelhase
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit,
Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Strasse 198,
53117 Bonn

Geboren 1970. Studium der Geographie mit Schwerpunkten Wirtschafts- und Sozialgeographie in Bayreuth und Bonn. 2002–2003 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bereich Bedarfsplanung. Seit 2003 Mitarbeiter im Statistischen Bundesamt, seit 2005 Leiter des Referats Gesundheitsstatistiken.



Dr. rer. pol. Henner Schellschmidt

AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

Geboren 1962. Studium der Volkswirtschaftslehre, Soziologie und Politologie in Kiel und Köln. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Köln und Bielefeld. Wiss. Geschäftsführer des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health. 1999–2006 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK; ab Ende 2000 dort Forschungsbereichsleiter Krankenhaus/Betriebliche Gesundheitsförderung. Seit 2006 Geschäftsbereichsleiter Zentrale Dienste im AOK-Bundesverband.



Dr. med. Thomas Schindler

**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin,
Aachener Str. 5, 10713 Berlin**

Seit 2005 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). 1995–2004 als Arzt am Aufbau und an der Durchführung mehrerer Modellprojekte zur Palliativversorgung im ambulanten Sektor beteiligt (Home Care Berlin, Palliativmedizinischer Konsiliardienst für Berliner Hausärzte, Palliativmedizinischer Konsiliardienst in Nordrhein-Westfalen).



Dr. med. Nils Schneider MPH

**Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung
Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover**

Jahrgang 1969. Studium der Medizin in Hannover. Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in Celle, London, Kiel und Hannover. Berufsbegleitend Ergänzungsstudium der Gesundheitswissenschaften (Public Health). Seit 2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover mit Arbeitsschwerpunkt Versorgungsforschung.



Susanne Sollmann

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn**

Geboren 1959. Studium der Anglistik und Kunsterziehung in Bonn und London. 1986–1988 Wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Redaktion und Koordination des Krankenhaus-Reports.



Jutta Spindler

**Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A, Zweigstelle Bonn,
Graurheindorferstraße 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.



Rüdiger Strehl

**Universitätsklinikum Tübingen, Geissweg 3,
72076 Tübingen, Verband der Universitätsklinika
Deutschland, Alt Moabit 96, 10559 Berlin**

Geboren 1946, Studium der Politischen Wissenschaften in Hannover und Berlin, Studium der Betriebswissenschaften in Berlin, 1971–1977 Wissenschaftlicher Assistent an der FU Berlin. 1978–1993 Tätigkeit in der Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung mit Zuständigkeit für die gesamte Hochschulmedizin. Mitglied in zahlreichen überregionalen Ausschüssen und Arbeitsgruppen der Kultusministerkonferenz, des Wissenschaftsrats und des Bundesgesundheitsministeriums. Seit 1993 Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Tübingen. 2000–2006 Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschland. Seit 2006 Generalsekretär des VUD.



Dr. rer. biol. hum. Enno Swart
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
(ISHME), Otto-von-Guericke-Universität,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1962. Diplom-Statistiker, 1987–1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und Promotion über Qualitätssicherung bei der Früherkennungs-Mammographie. Seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg. Leiter des Fachbereichs Epidemiologie.



Karl Heinz Tuschen
Bundesministerium für Gesundheit, Leiter des Referats
„Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser“,
Am Propstthof 78a, 53121 Bonn

Geboren 1948. Diplom-Kaufmann. Seit 1980 im Krankenhausbereich des Bundesministeriums zuständig für wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser und die entsprechende Gesetzgebung, seit 1991 als Referatsleiter. In diese Zeit fallen insbesondere die Einführung der flexiblen Budgetierung, der Personalverordnungen für den Pflegedienst und die Psychiatrie, der Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen, des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung 1995 und des DRG-Fallpauschalensystems einschließlich erforderlicher Ersatzvornahmen.



Dr. Jutta Visarius
L et V Verlag, Luisenstraße 41, 10117 Berlin

Jahrgang 1954. Studium der Philosophie, Sinologie, Germanistik und Soziologie. Tätigkeiten in Forschung, Industrie, öffentlichem Dienst und Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Fachjournalistin. Heute Verlegerin der „highlights – Nachrichten und Analysen zur Gesundheitspolitik“ und des „forum für gesundheitspolitik“. Geschäftsführerin L et V Verlag – Crossmedia Internetplattform Gesundheitspolitik www.LetV-gesundheitspolitik.de.



Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für
Medizinmanagement, Schützenbahn 70, 45127 Essen

Univ.-Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Volkswirt. Seit 2003 Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Vorherige Stationen: 1999–2003 Universität Greifswald, 1997–1999 Universität München, 1989–1991 und 1994–1997 Fachhochschule Köln, 1991–1994 Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, 1985–1989 Referententätigkeit im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Disease Management und Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie des Geschäftsführenden Vorstands der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt.



Johannes Wolff
AOK-Bundesverband, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn

Geboren 1978. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Seit 2007 Referatsleiter Krankenhaus im AOK-Bundesverband, davor seit 2004 Mitarbeiter der Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation im Referat Krankenhaus.



Rainer Wuttke
Kliniken Ostallgäu, Dr.-Gutermann-Str. 2,
87600 Kaufbeuren

Geboren 1944. Ausbildung zum Dipl.-Volkswirt in Bonn 1976. Anschließend alle Stabs- und Linienfunktionen in der Universitätsklinik Bonn bis zum kommissarischen Verwaltungsdirektor durchlaufen. 16 Jahre Leitung des Krankenhauses Siegburg, zuerst als Eigenbetrieb, dann 15 Jahre als GmbH. 1996–1998 stellv. Vorstand der Rhönklinik AG. Danach neun Jahre Vorstand der Kreiskliniken Ostallgäu. Ab 01.01.2007 Vorstandsvorsitz des fusionierten Kommunalunternehmens Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren mit fünf Häusern. Seit Anfang der 80er Jahre beratende Tätigkeiten, Leitung von Kongressen und Publikationen in Fachzeitschriften.

Index

A

ADRG (Basis-DRG) 54,
186, 189–190, 192, 194,
398

AEB (Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung) 118, 186–189, 194, 259, 265–267, 271, 273, 393

ambulantes Operieren 5, 7,
86, 208, 301

B

Basis-DRGs 34, 55–56, 59,
190, 192, 194, 398–399

Basisfallwert 13, 18–19, 43,
51, 66, 72–73, 95, 101,
117, 187–188, 236, 247,
257–259, 273–275, 393–
394

Begleiterkrankungen 174,
176–178

Behandlungsqualität 44, 81,
95–96, 171

besondere Einrichtung 5, 33,
42, 99, 217, 235, 259,
273, 275, 394

Bettenauslastung 144, 279,
285, 307, 376, 382

Bewertungsrelationen 12,
16, 24–25, 34–36, 45,
50–52, 56, 109, 113, 187,
192, 258, 269, 397–398

BPfIV (Bundespflegesatzver-
ordnung) 6, 17, 42, 119,
300

Budgetkonvergenz 258–260,
267–268, 271–276, 394,
401

Budgetverhandlungen 20,
53–54, 56, 107–118, 150,
259, 268, 397

Bundebasisfallwert 14, 66,
100, 237–238

C

CMI (Case Mix Index) 12,
14, 49, 51, 53, 55–56,

188, 192–193, 276, 398,
402–403

Casemix 51, 55–56, 102,
110, 148–149, 185–186,
188, 192–193, 220, 224,
258–259, 266, 268, 397–
403

D

DIMDI (Deutsches Institut
für Medizinische Doku-
mentation und Informati-
on) 17, 29, 43, 46, 57,
349, 352

DMP (Disease-Management-
Programme) 85–86, 137,
167

Downcoding 53

duale Finanzierung 18, 64,
68–70, 83, 97, 144–145,
235, 239

E

elektive Krankenhausleistun-
gen 19, 72, 81, 87–92,
94, 97–99, 102, 241

Ergebnisqualität 19, 90, 95,
111, 173–177, 183–184,
232, 238, 245

F

Fallpauschalenkatalog 12,
20, 28

Fehlanreize 4, 31, 44, 146

FPG (Fallpauschalengesetz)
4, 14–15, 21, 82, 106,
258

Fusionen 10, 131–133, 260,
281, 376

G

G-DRG-Katalogrevisionen
257, 260, 270, 274–275

G-DRG-Splitts 34, 37

Gesundheitsreform 2000 3,
21, 145, 152

GSG (Gesundheitsstruktur-
gesetz) 83, 235

GKV-WSG (GKV-Wettbe-
werbsstärkungsgesetz)
14, 27, 43, 52, 66, 71, 74–
75, 78–79, 86, 88, 92,
126, 167, 179, 181, 196,
209, 221, 224, 229–231,
241, 245, 247–253

H

Hauptdiagnose 6, 23–24, 26,
56, 175, 177, 309, 320,
334, 343–344, 349–350,
352, 364, 383, 387, 290

Hochschulmedizin 121–140

Höchstpreissystem 19, 73,
98, 237

I

integrierte Versorgung 84,
86, 88, 222, 236, 251

Intensivmedizin 26, 31–32,
42, 125, 362

Investitionsstau 19, 69–70,
97, 129–130, 132, 143–
145, 147, 149, 152–153,
234, 238, 252

K

Kappungsregelung 82, 99

Kassenwettbewerb 81, 84,
93, 97, 99, 223, 251

KHEntgG (Krankenhausent-
geltgesetz) 11, 39, 99–
100, 138, 186, 258–259,
266, 268, 341, 343–344,
393

KHG (Krankenhausfinanzie-
rungsgesetz) 3–4, 15, 17,
25, 27–28, 33, 42, 52–53,
82–83, 99–101, 110,
124–125, 144, 195–202,
206–210, 258, 276, 285,
344

Kodierrichtlinien 17, 43, 45,
50–51, 54, 182, 199, 201,
217, 320, 349, 352

Kodierverhalten 49–50,
54–56, 58, 186–188, 194,
202, 209

- Kollektivverträge 78, 85, 108
 Komorbiditäten 23–24
 Komplexbehandlungen 26, 29, 41
 Komplikationen 174–178, 181, 330, 341, 350
 Komponentenzerlegung 49, 56, 58, 185–194
 Kontrahierungspflicht 70–71, 91, 99, 104
 Konvergenzgewinner 44, 260, 262, 264, 272, 274–275, 394–396
 Konvergenzverlierer 260, 264–265, 269–272, 394–395
 Kosten-Effektivitäts-Analyse 161
 Krankenhausplanung 8, 18–20, 64–68, 70, 72, 75, 77, 83, 90, 97, 101–105, 118, 125, 144, 149, 152–153, 168, 235–239, 252
 Krankenhaussterblichkeit 174–175
 Kurzlieger 26, 311, 316, 348
- L**
 Langlieger 27, 333
 LBFW (Landesbasisfallwert) 11–12, 14, 18–20, 82, 89, 91, 99–101, 103, 105–106, 123, 186, 236–238, 241, 257–272, 276, 394, 397
 leistungsorientierte Vergütung 4, 82, 104
 Leistungsverlagerungen 4, 267, 273
- M**
 Medizincontrolling 8, 201, 207
 Mehrerlösausgleich 51, 108, 185–186, 188, 194
 Mehrerlöse 49–51, 55–56, 187
 Mindererlöse 51, 58, 108, 206, 235
 Mindestmengen 4, 14, 125, 249
- monistische Finanzierung 18–20, 68–70, 97–98, 105, 143, 147, 151–153, 234, 238, 240–241, 247
- N**
 Nebendiagnosen 29, 33, 53–54, 56–57, 138, 341, 343–344, 349–350, 352, 364
 Notfallversorgung 18–19, 67–68, 70, 73–74, 91, 93, 95, 99, 101–102, 104, 125, 237, 259
 Nüble-Modell 53–56
- O**
 OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 17, 29, 43, 46, 50, 57–58, 92, 138, 217, 219–220, 245, 341, 352, 354, 356, 363–364
- P**
 Palliativmedizin 31, 42, 211–226
 Partition 34, 56, 186, 192, 399–400, 403
 Patientenabwanderung 4, 160
 Preiswettbewerb 18, 72–74, 87, 98, 151, 153, 223, 231, 234, 241
 Privatisierung 131–132, 239, 242, 287
- Q**
 Qualitätsindikatoren 96, 159, 163, 172, 174–175, 178, 180, 183, 245
 Qualitätssicherung 4, 14, 37, 85–89, 95–96, 105, 157–158, 163–183, 219, 231–232, 236, 240–241, 245, 248–249
 Qualitätswettbewerb 18, 72–73, 97, 157, 230–231
- R**
 Relativgewichte 202, 236, 258
 Rightcoding 43, 50, 266
- Risikoadjustierung 96, 175, 178–182
- S**
 Schiedsstelle 52, 110, 265
 Schweregradsysteme 24, 34
 Selbstkostendeckungsprinzip 10, 68, 83, 242
 selektive flexible Budgets 107
 selektives Kontrahieren 19–20, 71–72, 112, 237–238
 Selektivverträge 72, 85, 108
 Sicherstellungszuschlag 101, 237
 Sonstige Entgelte 259, 265, 269–270, 275
 Stichprobenprüfungen 15, 195–196, 200–202, 207–210
 Supramaximalversorgung 125
- T**
 Telematik 233, 240, 243–245, 248, 250, 252
 Tracer 95–96, 172–173, 175–176, 178–179, 182, 245
- U**
 Upcoding 43, 50, 53–56, 58, 165, 169
- V**
 Versorgungsstufen 9, 25, 121, 135, 201, 208
 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 75, 231, 251
- W**
 Wahltarife 20, 74–75, 230
- Z**
 Zu- und Abschläge 20, 26, 36, 50, 267
 Zusatzentgelte 16, 20, 23–25, 28–29, 31, 37–39, 42, 47, 99–100, 259–260, 265, 268–272, 401, 403

Die Einführung der Fallpauschalen für fast alle stationären Leistungen ist mehr als eine bloße Neuordnung der Krankenhausvergütung. Sie hat Auswirkungen auf das System der stationären Versorgung insgesamt. Für ihre volle Umsetzung braucht sie Zeit.

Im Jahre 2003 begann eine Übergangsphase, der sogenannte Konvergenzprozess. An dessen Ende soll 2009 das neue Vergütungssystem stehen. Bis dahin sind allerdings zahlreiche Aspekte der ordnungspolitischen Ausgestaltung noch im Detail auszuarbeiten. Der Krankenhaus-Report 2007 fasst einerseits die bisher gemachten **Erfahrungen** zusammen:

- Bilanz der bisherigen »lernenden« G-DRG-Einführung
- Erreichung der ursprünglichen politischen Intentionen
- Weiterentwicklung des G-DRG-Katalogs
- offene Fragen bezüglich des sogenannten UpCodings

Andererseits beleuchtet der Krankenhaus-Report 2007 die **Perspektiven** des entstehenden Vergütungssystems:

- Preisgestaltung, Budgetfindung, wettbewerbliche Ausrichtung, Krankenhausplanung
- Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung
- Möglichkeiten selektiver statt kollektiver Vertragsabschlüsse

Zur Diskussion stehen außerdem:

- Aussichten zur Einführung von Pay-for-Performance-Programmen
- Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten
- Rolle der Palliativmedizin

Der Datenteil umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes sowohl für Krankenhäuser als auch für Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzt werden diese Daten durch das Krankenhaus-Directory und die bewährte »Krankenhauspolitische Chronik«, die Neuerungen im Bereich der Krankenhäuser – z.B. den Weg zum GKV-WSG – nachzeichnet.

Im **Internetportal** zum Krankenhausreport finden sich alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000 mit Dokumenten zum Herunterladen ab 2004.

ISBN 978-3-7945-2609-3



9 783794 526093