

Klauber
Geraedts
Friedrich
Wasem

2015

Krankenhaus-Report

Schwerpunkt:
Strukturwandel

mit Online-Zugang

Zugang zum Internetportal des »**Krankenhaus-Report**«
mit allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial (Details s. S. 515)

... 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: **KHR2015-3091-aB4X@3**

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Krankenhaus- Report 2015

This page intentionally left blank

Krankenhaus- Report 2015

Schwerpunkt: Strukturwandel

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem

Editorial Board

Andreas Beivers

Gerhard Brenner

Saskia Drösler

Hans-Jürgen Firnkorn

Christopher Hermann

Hans-Helmut König

Wulf-Dietrich Leber

Markus Lungen

Michael Monka

Günter Neubauer

Dieter Paffrath

Holger Pfaff

Bernt-Peter Robra

Henner Schellschmidt

Barbara Schmidt-Rettig

Eberhard Wille

Mit Beiträgen von

Boris Augurzky

Andreas Beivers

Alexandra Biermann

Ute Bölt

Johannes Bruns

Dirk Bürger

Reinhard Busse

Werner de Cruppé

Jörg Friedrich

Patrick Garre

Alexander Geissler

Max Geraedts

Matthias Giebner

Andreas Gmeiner

Holger Haas

Günther Heller

Ralf Heyder

Theresa Huke

Alexander Kirstein

Jürgen Klauber

Stefanie Konheiser

Franz Krause

Wulf-Dietrich Leber

Gregor Leclerque

Jürgen Malzahn

Jochen Metzner

Wolfram Mittelmeier

Carina Mostert

Günter Neubauer

Natalie Pomorin

Antonius Reifferscheid

Florian Rinsche

Bernt-Peter Robra

Torsten Schelhase

David Scheller-Kreinsen

Birgit Schliemann

Andreas Schmid

Karl-Heinz Schönbach

Jutta Spindler

Dominik Thomas

Jürgen Wasem

Simone Wesselmann

Cornelia Winten

Stefan Wirth

Mit 90 Abbildungen und 98 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

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

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

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

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

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Kulmbacher Straße 16 ½, 95445 Bayreuth

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

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6900-7

ISBN 978-3-7945-3091-5

Vorwort

Mit der Umstellung der Leistungsvergütung auf ein fallpauschaliertes System ist in den letzten zwölf Jahren ein wichtiger und weitgehender Reformschritt vollzogen worden. Neben der gerechteren Verteilung der begrenzten Ressourcen auf Basis eines permanent lernenden Entgeltsystems und durch die Konvergenz auf einheitliche Vergütungsniveaus gelten die Schaffung von Transparenz und die gestiegene Effizienz der Leistungserbringung als zentrale Effekte dieser Vergütungsreform. Auf der anderen Seite beklagen die Krankenhäuser übermäßigen wirtschaftlichen Anpassungsdruck und ihre Beschäftigten zunehmende Arbeitsverdichtung.

Die vergangenen Jahre waren u. a. auch geprägt von den Diskussionen über hohe Mengensteigerungen fernab der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts, Überkapazitäten und Personalausstattung, die Versorgung ländlicher Regionen, die Qualität der Indikationsstellung und Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungserbringern. Die zahlreichen gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre für den Krankenhausbereich hatten aber lediglich die Anpassung des Finanzierungsrahmens im Fokus, wobei die Investitionsfinanzierung ausgespart wurde.

Auch wenn eine auskömmliche und gerechte Finanzierung zweifelsfrei substanzial für einen funktionierenden Krankenhausesektor ist, mehren sich die Stimmen, dass es an der Zeit sei, die genannten Probleme auch mithilfe geeigneterer Strukturen im Krankenhausesektor zu lösen. Der Reformdruck wird nicht zuletzt auch aus fiskalischen Gründen weiter steigen. Die Politik hat sich deswegen im Herbst 2013 als ein zentrales Anliegen der Großen Koalition eine Krankenhausreform auf die Agenda geschrieben, mit deren Konkretisierung eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Bund und Ländern beauftragt wurde.

Vor diesem Hintergrund greift der Krankenhaus-Report 2015 das Thema Strukturwandel in seinem Schwerpunkt auf. In den ersten Beiträgen wird zunächst die Ausgangslage näher charakterisiert: Auf die Skizzierung der Herausforderungen für die Reform folgt ein Blick auf die vorliegenden internationalen Erfahrungen. Es schließen sich empirische Analysen von Fahrzeiten, Erreichbarkeiten und Kapazitäten in der Quer- und Längsschnittbetrachtung an. Zentrale Themen der Strukturentwicklung, wie der Stand und die Handlungsoptionen bei der Notfallversorgung und die strukturelle Einbettung der universitären Maximalversorgung mit ihrer Verbindung zu Forschung und Lehre, werden gesondert analysiert. Die Frage, für welche Leistungen stärker zentralisierte Strukturen einen Qualitätsgewinn bedeuten und die Bereitschaft zu längeren Fahrtwegen besteht, wird einerseits aus der Patientenperspektive beleuchtet, andererseits aber auch mit Blick auf eine mögliche sinnvolle strukturelle Konzentration von Angeboten, wie z. B. in der Endoprothetik oder Onkologie. Wie sich schließlich ein zukünftiger Strukturwandel vollziehen könnte, kommt in einem breiten Spektrum ordnungspolitischer Positionen zum Ausdruck: Sie reichen von einer stärkeren Ausrichtung der bestehenden Krankenhausplanung an Qualitätsparametern über die Vorstellung freier regionaler Mengen- und Preisverhandlungen ohne Kontrahierungszwang, bei der Planung nur noch rahmensetzend wirkt, bis hin zur Position, dass Strukturwandel sich jenseits der Pla-

nung über eine finanzielle Flankierung von Marktaustritten vollziehen sollte. Ein weiterer Beitrag plädiert für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, abgestimmt mit übergreifenden Vertrags- und Vergütungsprinzipien.

Wie in jedem Jahr greift der Krankenhaus-Report über den Schwerpunkt hinaus weitere Themen von besonderer Relevanz und Aktualität in seinem Diskussionsteil auf. Die vorliegende Ausgabe widmet sich der Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen, der Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht und der Versorgung von Kindern im Krankenhaus. In seinem statistischen Teil stellt der Krankenhaus-Report auch in diesem Jahr wieder umfassende und detaillierte Informationen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) bereit. Das Krankenhaus-Directory verzeichnet zentrale Kennziffern zu Struktur, Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Ergebnisqualität von circa 1 500 Krankenhäusern.

Ein besonderer Dank gilt den Mitgliedern des Editorial Boards. Ihre Anregungen, engagierte Unterstützung und praktische Mithilfe haben den Krankenhaus-Report in seiner vorliegenden Form erst möglich gemacht. Der Schattauer Verlag hat den Krankenhaus-Report auch in seiner aktuellen Ausgabe auf professionelle Weise verlegerisch betreut.

Zu guter Letzt sei auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WiDO gedankt, insbesondere Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung der Veröffentlichung an der Schnittstelle zum Verlag inklusive der Begleitung der Tabellen- und Grafikerstellung sowie für die Erstellung des Internetauftritts. Ein weiterer großer Dank gilt wie in den Vorjahren Gregor Leclerque für seine umfangliche redaktionelle Arbeit.

Berlin, Witten und Essen, im Dezember 2014

Jürgen Klauber
Max Geraedts
Jörg Friedrich
Jürgen Wasem

Inhalt

Teil I	Schwerpunktthema	
	Strukturwandel	
1	Strukturwandel in der stationären Versorgung	3
	Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem	
1.1	Einführung	3
1.2	Bisherige Entwicklung von Krankenhauslandschaft und Krankenhausplanung	4
1.3	Aktuelle Situation und Problemfelder der stationären Versorgung . .	5
1.4	Zukünftige Herausforderungen	7
1.5	Fazit	10
	Literatur	11
2	Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich	13
	Alexander Geissler und Reinhard Busse	
2.1	Einführung	13
2.2	Planungsverantwortung	14
2.3	Planungsbreite und -tiefe	16
2.4	Investitionsplanung	18
2.5	Diskussion	19
	Literatur	21
3	Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhausreichbarkeit und -kapazitäten	23
	David Scheller-Kreinsen und Franz Krause	
3.1	Einführung	23
3.2	Methodik und Datengrundlage.	24
3.2.1	Erreichbarkeits- und Fahrzeitanalyse.	24
3.2.2	Bettenauslastung	27
3.3	Analysen.	28
3.3.1	Erreichbarkeit von Grundversorgern	28
3.3.2	Erreichbarkeit von Grundversorgern nach Siedlungsstruktur	28
3.3.3	Erreichbare Grundversorger nach Fahrzeitradius	30
3.3.4	Fahrzeiten im Jahr 2012	30
3.3.5	Siedlungsstruktur und Fahrzeit	32
3.3.6	Wohnortnächste Versorgung.	33

3.3.7	Bettenauslastung von somatischen Krankenhäusern	34
3.3.8	Bettenauslastung nach Krankenhausgröße.	34
3.3.9	Bettenauslastung nach siedlungsstrukturellen sowie geografischen Kriterien	36
3.4	Fazit	37
	Literatur	38
4	Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf	41
	Florian Rinsche und Andreas Schmid	
4.1	Einführung	42
4.2	Folgen von Strukturveränderungen	43
4.3	Datengrundlage	45
4.4	Ergebnisse Querschnitt.	49
4.5	Ergebnisse Längsschnitt.	53
4.6	Diskussion und Fazit	56
	Literatur	58
5	Notfallversorgung im stationären Sektor.	61
	Theresa Huke und Bernt-Peter Robra	
5.1	Einführung	62
5.2	Ergebnisse der DRG-Statistik auf Ebene des Bundes und der Länder. .	63
5.3	Ergebnisse der AOK-Daten auf Bundesebene	65
5.4	Ergebnisse der AOK-Daten aus Sachsen-Anhalt	67
5.5	Diskussion	71
	Literatur	75
6	Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?	77
	Boris Augurzky, Andreas Beivers, Matthias Giebner und Alexander Kirstein	
6.1	Dänemark: Ein Überblick über die Organisation der Notfall- versorgung	78
6.2	Restrukturierung der Notfallversorgung in Dänemark.	80
6.2.1	Konsequenzen für den Rettungsdienst.	80
6.2.2	Auswirkungen auf die Versorgungsqualität	83
6.3	Organisation der Notfallversorgung in Deutschland und korrespondierende Probleme	83
6.4	Lösungsansätze zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.	88
6.4.1	Implikationen aus Dänemark.	88
6.4.2	Definition des Notfalls	89
6.4.3	Zentralisierung der Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser	90

6.4.4	Verbesserung der spezifischen ärztlichen und pflegerischen Kompetenz	90
6.5	Lösungsansätze aus Sicht der Krankenhäuser und der Krankenhausplanung	91
6.5.1	Festlegung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und der relevanten Leistungen	91
6.5.2	Festlegung der Qualitätsanforderungen	92
6.5.3	Sicherung der Finanzierung	93
6.6	Zusammenfassung	94
	Literatur	95
7	Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung	99
	Ralf Heyder	
7.1	Einführung	100
7.2	Maximal- versus Regelversorgung.	102
7.3	Überregionale Versorgung	104
7.3.1	Einzugsgebietsanalyse für Universitätsklinika	105
7.3.2	Einzugsgebiet Maximalversorgung	105
7.3.3	Einzugsgebiet Regelversorgung.	106
7.3.4	Überregionales Profil der Universitätsklinika	107
7.3.5	Verlegungsanalyse nach Bettengrößenklassen.	108
7.4	Seltene Erkrankungen	109
7.5	Notfallversorgung.	111
7.6	Schlussfolgerungen und politischer Handlungsbedarf	112
8	Strukturwandel aus Patientenperspektive	115
	Max Geraedts und Werner de Cruppé	
8.1	Einführung	116
8.2	Forschungsstand zum Faktor „Nähe“ als Auswahlkriterium für Krankenhäuser	117
8.3	Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen – empirische Befunde auf der Basis von Patientenbefragungen.	118
8.4	Die Inanspruchnahme des „nächsten“ Krankenhauses in Deutschland – empirische Befunde auf der Basis von AOK-Daten	120
8.4.1	Einbezogene Fälle	120
8.4.2	Entfernungs- und Fahrzeitanalyse	121
8.4.3	Patienten, die weiter als zum nächsten Krankenhaus fahren	123
8.5	Fazit	124
	Literatur	124

9	Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert	127
	Holger Haas und Wolfram Mittelmeier	
9.1	Ausgangssituation	127
9.2	Zielsetzung	128
9.3	Entwicklungsprozess	129
9.4	Struktur des Verfahrens und Ablauf der Zertifizierung	130
9.5	Anforderungen	132
9.6	Erfahrungen aus den Pilotphasen	133
9.7	Aktueller Stand	136
9.8	Potenzial für zukünftige Versorgungsstrukturen	136
9.9	Zusammenfassung und Ausblick	137
	Literatur	138
10	Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen	139
	Simone Wesselmann, Carina Mostert, Johannes Bruns und Jürgen Malzahn	
10.1	Vorbemerkung	140
10.2	Nationaler Krebsplan als Startpunkt einer Versorgungsreform	140
10.3	Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft	141
10.4	Herausforderungen für eine qualitätsorientierte Versorgungsreform	146
10.5	Umverteilungsanalysen auf Basis von AOK-Patienten	147
10.5.1	Methodik	147
10.5.2	Analyse und Simulation für die Indikation Brustkrebs	149
10.5.3	Analyse und Simulation für die Indikation Darmkrebs	153
10.6	Fazit	154
	Literatur	157
11	Qualitätsorientierte Krankenhausplanung	159
	Jochen Metzner und Cornelia Winten	
11.1	Einführung	160
11.2	Bestehende Qualitätsvorgaben	161
11.3	Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung	162
11.3.1	Bedarf	163
11.3.2	Leistungsfähigkeit	164
11.3.3	Berufsfreiheit	165
11.4	Gestaltungsmöglichkeiten für Qualität in der Krankenhausplanung	166
11.5	Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung	167
11.6	Weiterentwicklung auf der Landesebene	169
11.7	Weiterer bundesrechtlicher Handlungsbedarf	171
11.8	Fazit	172
	Literatur	172

12	Krankenhausplanung am Scheideweg	175
	Günter Neubauer und Andreas Gmeiner	
12.1	Staatliche Krankenhausplanung – ein ordnungspolitischer Widerspruch zum DRG-Wettbewerb	175
12.2	Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ergebnisse der Krankenhausplanung	176
12.3	Krankenhausplanung und ihre Weiterentwicklung	178
12.4	Staatliche Investitionsförderung – gibt es eine Alternative?	181
12.5	Skizze eines ordnungspolitischen Neuanfangs: von der Angebotsplanung zur Nachfragesteuerung	183
12.5.1	Steuerung über Patienten und einweisende Ärzte	183
12.5.2	Steuerung über die Krankenversicherungen	184
12.5.3	Vertragsfreiheit für Krankenhäuser	184
12.5.4	Rolle des Staates	185
12.6	Leitet die Bund-Länder-Kommission 2014/2015 eine Wende ein?	185
	Literatur	186
13	Marktaustritte sicherstellen	
	Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankensektor	187
	Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen	
13.1	Diagnose: Überkapazität	187
13.1.1	Zu viele Häuser, zu viele Betten, zu viele Fälle	187
13.1.2	Kurze Geschichte der Krankenhausschließungen von 2003 bis 2013	188
13.2	Wege zur Strukturbereinigung	190
13.2.1	Rückbau durch Planungsbehörden?	190
13.2.2	Strukturbereinigung durch qualitätsorientierte Krankenhaus- planung?	192
13.2.3	Der „ReFo“ – Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser	193
13.2.4	Zur Dichotomie von „ReFo“ und Sicherstellung	194
13.3	„ReFo“ und Sicherstellung: Das Beispiel Hessen	195
13.3.1	Hohe Häuser und tiefe Wälder	195
13.3.2	Versichertenperspektive: Erreichbarkeit	195
13.3.3	Simulation des Marktaustritts von hessischen Grundversorgern	197
13.3.4	Methodologische Herausforderung: Standorte klären!	200
13.4	Simulation von Mindestmengen	200
13.4.1	Jede Menge kleine Mengen	200
13.4.2	Rechtssichere Mindestmengen	201
13.4.3	Mindestmengensimulation – eine Frage der Patientenströme	203
13.4.4	Simulationsergebnisse: Knie-TEP in Hessen	204
13.5	Zur Rolle von rekursiven Simulationen bei der anstehenden Strukturbereinigung	208
	Literatur	209

14	Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze	211
	Patrick Garre, Birgit Schliemann und Karl-Heinz Schönbach	
14.1	Einführung	212
14.1.1	Ziele der Bedarfsplanung	212
14.1.2	Ziele der Versorgungsplanung	213
14.1.3	Sektorenübergreifende Versorgungsplanung	214
14.2	Stand der ambulanten Bedarfsplanung	214
14.2.1	Ziele der ambulanten Bedarfsplanung	214
14.2.2	Zuschnitt der Planungsregionen	215
14.2.3	Weiterentwicklung mit dem VStG	217
14.2.4	Einbezug ambulanter Behandlung in Einrichtungen	218
14.2.5	Reformbedarf nach dem Versorgungsstrukturgesetz	219
14.3	Stand der stationären Bedarfsplanung	220
14.3.1	Ziele der Krankenhausplanung	220
14.3.2	Grundlagen der Krankenhausplanung	220
14.3.3	Verknüpfung mit der Investitionsfinanzierung	221
14.3.4	Reformbedarf der Krankenhausplanung	222
14.3.5	Eckpunkte einer Reform der Krankenhausplanung	222
14.4	Sektorenübergreifende Leistungen	226
14.5	Entwicklung der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V	228
14.6	Fehlende Ansätze einer sektorenübergreifenden Planung	229
14.7	Fazit	233
	Literatur	234

Teil II Zur Diskussion

15	Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen	237
	Boris Augurzky	
15.1	Hintergrund	237
15.1.1	Produktionsfaktoren	237
15.1.2	Investitionsbedarf	239
15.2	Investitionstätigkeit	240
15.2.1	Investitionen aus Eigenmitteln	240
15.2.2	Bedeutung von Kapital im Krankenhausbereich	241
15.3	Investitionsfähigkeit	243
15.4	Fazit	247
	Literatur	248

16	Erhebung der Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten . . .	249
	Günther Heller, Stefanie Konheiser und Alexandra Biermann	
16.1	Einführung	250
16.2	Material und Methoden	251
16.2.1	Entwicklung von Qualitätsindikatoren	252
16.3	Ergebnisse	254
16.4	Diskussion	263
	Literatur	264
17	Kinder im Krankenhaus	267
	Stefan Wirth und Max Geraedts	
17.1	Erkrankungsspektrum in der Kinder- und Jugendmedizin.	268
17.2	Pädiatrische Krankenversorgung mit Spezialisierungen	269
17.3	Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	270
17.4	Anforderungen an eine stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen.	271
17.5	Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen.	272
17.6	Qualitätsanforderungen der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen	277
17.7	Das DRG-System in der Kinderheilkunde.	278
17.8	Medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin.	279
17.9	Weitere Entwicklung und Problembereiche.	280
	Literatur	281
 Teil III Krankenhauspolitische Chronik		
18	Krankenhauspolitische Chronik	285
	Dirk Bürger	
 Teil IV Daten und Analysen		
19	Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich.	303
	Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque	
19.1	Einführung	303
19.2	Allgemeine Budgetentwicklung	304
19.3	Vereinbarte Preisentwicklung.	306
19.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung.	309

19.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich	309
19.4.2	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich	316
19.5	Zusammenfassung und Diskussion	320
	Literatur	321
20	Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2012	325
	Ute Bölt	
20.1	Vorbemerkung	325
20.2	Kennzahlen der Krankenhäuser	326
20.2.1	Allgemeine und sonstige Krankenhäuser im Vergleich	327
20.2.2	Krankenhäuser insgesamt.	328
20.3	Die Ressourcen der Krankenhäuser	331
20.3.1	Sachliche Ausstattung	332
20.3.2	Angebot nach Fachabteilungen	342
20.3.3	Personal der Krankenhäuser.	346
20.4	Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	351
20.4.1	Vollstationäre Behandlungen	351
20.4.2	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen.	352
20.4.3	Ambulante Operationen	353
20.5	Kosten der Krankenhäuser	354
21	Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhäuser 2012	361
	Torsten Schelhase	
21.1	Vorbemerkung	361
21.2	Kennzahlen der Krankenhauspatienten	362
21.3	Strukturdaten der Krankenhauspatienten	366
21.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten.	366
21.3.2	Verweildauer der Patienten	368
21.3.3	Regionale Verteilung der Patienten	369
21.4	Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten.	372
21.4.1	Diagnosen der Patienten.	372
21.4.2	Diagnosen nach Alter und Geschlecht	376
21.4.3	Verweildauer bei ausgewählten Diagnosen	380
21.4.4	Regionale Verteilung der Diagnosen	382
21.5	Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2008 bis 2012	385
21.6	Ausblick	386

22	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	389
	Jutta Spindler	
22.1	Vorbemerkung	390
22.2	Erläuterungen zur Datenbasis	391
22.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.	392
22.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	396
22.5	Operationen und medizinische Prozeduren	400
22.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	408
22.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	415

Teil V Krankenhaus-Directory 2013

23	Krankenhaus-Directory 2013 DRG-Krankenhäuser im vierten Jahr nach der Budgetkonvergenz	425
	Literatur	431
	Der Krankenhaus-Report 2014 im Internet	515
	Autorenverzeichnis	519
	Index	537

This page intentionally left blank

Einführung

Mit der Einführung der DRGs hat sich ein grundlegender Wandel in der Finanzierung von Krankenhausleistungen ergeben. Insbesondere die neu gewonnene Transparenz im Leistungsgeschehen hat – in Verbindung mit einer sich wandelnden Nachfrage und dem technischen Fortschritt – zu einer Reihe von Veränderungen geführt, beispielsweise zu Verweildauerverkürzungen, Leistungsverdichtungen und Steigerungen dokumentierter Morbidität. Weitgehend ausgeblieben ist jedoch die von vielen erwartete – in manchen Fällen wohl auch befürchtete – fundamentale Umwälzung in der Struktur des Krankenhausesektors. Die oftmals als sicher angenommenen Krankenhausschließungen sind weitgehend ausgeblieben, anders als Fusionen, Trägerwechsel und Verbundbildung. Auch die erwartete Spezialisierung der Kliniken auf bestimmte Leistungsspektren zeigt sich nur zaghaf. Vor dem Hintergrund der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung einerseits, den ökonomischen Bedingungen und berechtigten Qualitätserwartungen der Bürger andererseits stellt sich die Frage, welche anderen Instrumente geeignet sind, die Krankenhausstrukturen so zu gestalten, dass sie auch zukünftig eine hochwertige Versorgung für alle sicherstellen.

Die bisherige Krankenhausplanung steht immer häufiger in der Kritik, im Wesentlichen bestehende Muster fortzuschreiben, statt eine tragfähige stationäre Versorgung aktiv zu gestalten. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die weitgehend fehlende Berücksichtigung von Qualitäts Gesichtspunkten in der Planung. Das Versäumnis der Länder – mit deutlichen regionalen Unterschieden – adäquate Investitionsmittel für die Krankenhäuser bereitzustellen trägt ein Übriges bei.

Wenn derzeit gestaltend in die Krankenhausstruktur eingegriffen wird, so tun dies in aller Regel nicht die Planungsbehörden und ebenso wenig die Fachverbände und Kostenträger. Strukturelle Neuausrichtungen erfolgen in allererster Linie durch die Krankenhäuser selbst, durch ihre Träger und insbesondere durch die in ihrer Bedeutung immer wichtiger werdenden Klinikketten. Hier finden sich strategische Ansätze und bewusste Neuausrichtungen. Sofern diese der von den Patienten ausgehenden Nachfrage nach Leistungen folgen, ist dieser wirtschaftlich begründete Strukturwandel nicht per se nachteilig. Es fehlt ihm jedoch notgedrungen an einer übergeordneten Ausrichtung und fehlenden Orientierung an gesellschaftlichen Zielen. Das aktuelle Grundproblem des Krankenhausesektors, in dem sich Fälle von Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander beobachten lassen, wird hierdurch nicht grundsätzlich gelöst.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der Krankenhaus-Report 2015 in seinem Schwerpunkt dem Strukturwandel im stationären Sektor. Er analysiert die bestehende Lage, zeigt Entwicklungstendenzen auf und stellt insbesondere die Frage, wie zukünftig die Rollen bei der Gestaltung der Krankenhausversorgung verteilt sein werden, für die neben einem bedarfsgerechten Angebot die Qualität der Leistungsbringung für die Patienten im Vordergrund steht.

Schwerpunktthema: Strukturwandel

Strukturwandel in der stationären Versorgung

Der einführende Beitrag gibt einen Überblick über den strukturellen Wandel der Krankenhauslandschaft. Die historische und die jüngste Entwicklung werden vor dem Hintergrund ihrer Determinanten beleuchtet. Dabei bleibt die entscheidende Frage, wie die zukünftige Struktur dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht gerecht wird. Die Autoren erachten es als nicht verwunderlich, dass angesichts der historischen Entstehung des Krankenhaussektors, der heterogenen Krankenhausplanung und der Auswirkungen des Wettbewerbs unter DRG-Bedingungen deutlicher Optimierungsbedarf besteht.

Verwiesen wird auf unterschiedliche Aspekte der Bewertung der heutigen Versorgungssituation. Ein Thema ist die Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen Deutschlands, die sektor- und professionsübergreifend diskutiert werden muss. Die ausbleibende Investitionsfinanzierung der Länder und der entstandene Investitionsstau sind eine Herausforderung für die Krankenhäuser. Ihre wirtschaftliche Lage stellt sich unterschiedlich dar; private Krankenhäuser haben hier weniger Probleme. Aus internationalen Vergleichen kann geschlossen werden, dass im deutschen Krankenhausmarkt Überkapazitäten bestehen. Empirische Ergebnisse verweisen auf eine angebotsinduzierte Überversorgung, sind doch Mengensteigerungen neben Effizienzsteigerungen eine rationale Reaktion unter den Rahmenbedingungen des DRG-Systems. Studien zur Befragung von Ärzten verweisen andererseits darauf, dass nicht jede nützliche Leistung auch immer erbracht wird. Weiter verweisen internationale Studien auf Qualitätsunterschiede bei der Leistungserbringung und Verbesserungspotenziale für Deutschland. Insgesamt konstatieren die Autoren vor diesem Hintergrund, dass Anzeichen für Unter-, Über- und Fehlversorgung und unerwünschte Entwicklungen bestehen.

Anstehende politische Reformen müssen neben der skizzierten Problemlage weitere Herausforderungen im Blick behalten; dabei ist die demografische Entwicklung und ihre Bedeutung für den zukünftigen Versorgungsumfang einzubeziehen. Verschiebungen im Morbiditätsspektrum werden den benötigten Versorgungsmix verändern. Während beispielsweise der Versorgungsbedarf im Bereich chronischer Erkrankungen und der Altersmedizin steigen dürfte, wird für Geburtshilfe und Pädiatrie von sinkenden Bettenzahlen ausgegangen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der medizinisch-technische Fortschritt, sowohl mit Blick auf die Identifizierung echter Innovationen als auch bezogen auf mögliche Verweildauerverkürzung und das Potenzial für Ambulantisierungen. Schließlich wird die Politik auf die Urbanisierungstendenzen und die Fragen der Sicherstellung der ländlichen Versorgung reagieren müssen.

Für die aktuelle politische Diskussion konstatieren die Autoren, dass die aufgezeigten Probleme und Herausforderungen von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren zum Teil sehr unterschiedlich bewertet werden. Es bleibt eine spannende Frage, welche Reformen der Krankenhauslandschaft in der aktuellen Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden können. (*Beitrag Reifferscheid/Thomas/Pomorin/Wasem*)

Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich

Der Blick auf die Herausforderungen für eine politische Reform der stationären Versorgung, die den Strukturwandel aufgreift, wird hier ergänzt um die internationale Erfahrungsperspektive. Wie werden stationäre Angebotsstrukturen in anderen europäischen Ländern geplant und gesteuert und was kann Deutschland daraus lernen? In den Blick genommen werden Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Italien und die Niederlande.

Erkennbar sind sehr große Unterschiede in der Ausgestaltung. Es beginnt bei dem Grad der politischen Dezentralisierung: Strategische und operationale Planung sind unterschiedlich auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene verortet und zugleich unterschiedlich integriert. Ebenfalls variieren Planungsbreite und -tiefe. Zum Teil, etwa in Dänemark und England, wird auch das ambulante Leistungsspektrum mit in die Planung einbezogen. Die Planungstiefe bedeutet zum Beispiel in Italien und Finnland – wie auch in Deutschland – im Wesentlichen Bettenplanung, während Länder wie Frankreich und England diagnosebezogene Behandlungsvolumina heranziehen. Weit verbreitet ist eine vereinfachende Planungsmethodik wie in Deutschland, die den Bettenbedarf anpasst, obwohl aus dem Feld „Operations Research“ andere Modelle vorliegen.

Weiter zeigen sich große Unterschiede bei der Investitionsfinanzierung. Anders als in Deutschland sind in den betrachteten Ländern meist auch die Zentralregierungen an der Investitionsfinanzierung beteiligt, lediglich in den Niederlanden werden die Investitionen allein von den Krankenhäusern getragen. Internationaler Trend der letzten Jahre ist die schrittweise Einführung von integrierten Investitionszulagen. Neben der Finanzierung aus öffentlichen Mittel oder über Kredite finden sich in einigen Ländern auch Public-private-Partnerships.

Die Autoren sehen Entwicklungspotenziale für Deutschland hinsichtlich einer stärkeren Kooperation der Bundesländer unter Maßgabe einer Rahmenplanung und den damit verbundenen Chancen, die Grenzen zwischen den Leistungssektoren zu überwinden und die Grund- und Spezialversorgung zu organisieren und voneinander abzugrenzen. Als naheliegend wird die Entwicklung einer Leistungsplanung angesehen, wie es sie etwa in Frankreich und England gibt. (*Beitrag Geissler/Busse*)

Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten

Im internationalen Vergleich zeigt sich für Deutschland nach wie vor eine hohe Krankenhausbettendichte bei hoher Zahl der Krankenhausfälle und hoher Verweildauer. Zugleich steht die Frage der Kapazitätsauslastung im Raum – die meisten Krankenhauspläne sehen eine durchschnittliche Bettenauslastung von 85 Prozent vor, die von den Marktbeteiligten unterschiedlich bewertet wird. Vor diesem Hintergrund untersucht der Beitrag, wie es in Deutschland um die Erreichbarkeit von Grundversorgern, die tatsächlichen Fahrzeiten von Patienten und die Bettenauslastung der Krankenhäuser bestellt ist.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit der knapp über 1 000 Krankenhäuser der Grundversorgung in Deutschland zeigt sich, dass 72 Prozent der Bevölkerung in einem Fünfzehn-Minuten-Radius um den nächstgelegenen Grundversorger wohnen. Nur rund ein 1 Prozent wohnt mehr als eine halbe Stunde entfernt. Durchschnittlich erreicht die Bevölkerung im Bundesgebiet einen Grundversorger in 11 Minuten. In

aller Regel haben die Patienten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Für mehr als die Hälfte der Bevölkerung liegen drei verschiedene Grundversorger innerhalb eines Umkreises von zwanzig Fahrminuten; erhöht man die zugrunde gelegte Fahrzeit auf eine halbe Stunde, so steigt der Bevölkerungsanteil mit entsprechender Wahlmöglichkeit auf fast neunzig Prozent.

Tatsächlich macht offenbar ein großer Anteil der Patienten von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch. Viele Patienten sind bereit, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. So lassen sich nur 37 Prozent der Patienten im nächstgelegenen Grundversorger behandeln. Selbst in dünn besiedelten ländlichen Kreisen sind es weniger als die Hälfte. Offensichtlich beeinflussen neben Fahrzeiten andere Parameter wie Patientenpräferenzen und das Einweiser- und Zuweiserverhalten die Wahl des Behandlungsortes wesentlich.

Hinsichtlich der Auswertung der Bettenauslastung kommen die Autoren zu dem Urteil, dass im Rahmen einer künftigen Strukturreform Kapazitätsreserven gehoben werden können. Insgesamt liegt die Auslastung der Betten im Jahr 2012 bei rd. 75 Prozent; in der Analyse nach siedlungsstrukturellen Kreistypen bleibt sie fast im gesamten Bundesgebiet unterhalb der oftmals in der Krankenhausplanung angestrebten 85 Prozent. Dabei besteht ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen der Kapazitätsauslastung und der Krankenhausgröße, wobei kleine Krankenhäuser durchschnittlich schlechter ausgelastet sind. (*Beitrag Scheller-Kreinsen/Krause*)

Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf

Der Beitrag verfolgt das Ziel, ein besseres Verständnis der strukturellen Entwicklungen im Krankenhausesektor zu erhalten. Dazu nehmen die Autoren eine detaillierte Betrachtung des bayerischen Krankenhausmarktes vor, der auch durch seine siedlungsstrukturellen Unterschiede zwischen einzelnen Ballungsräumen und eher strukturschwachen ländlichen Regionen geprägt ist.

Für das Jahr 2012 stellen die Autoren fest, dass der Anteil der AOK-Patienten, die das wohnortnächste Krankenhaus aufsuchen, nach Indikationen deutlich variiert. So wählt nahezu jeder vierte AOK-Versicherte mit der Indikation Hüftendoprothese ein Krankenhaus, das nicht zu den fünf wohnortnächsten Krankenhäusern gehört. Nur 40 Prozent der Patienten wählen den wohnortnächsten Leistungserbringer, gegenüber 70 Prozent der Patienten mit Hüftfraktur.

Im Zeitraum 2003 bis 2012 hat sich die Zahl der bayrischen Krankenhäuser um ca. 20 Prozent verringert. Zugleich zeigen die Autoren aber auch, dass sich dadurch die von den Patienten zurückzulegende Distanz zum nächsten Krankenhaus generell nur leicht vergrößert. Für die Entfernung zum nächsten Krankenhaus ist der Unterschied kaum wahrnehmbar, für das dritte bzw. fünfte Krankenhaus jedoch deutlicher. Differenziert nach Kreistypen zeigen die Autoren, dass bezüglich der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zwischen 2003 und 2012 in den bayrischen Ballungszentren keine nennenswerten Veränderungen stattgefunden haben, in ländlichen Regionen ist eine Zunahme der mittleren Entfernung wahrnehmbar.

Am Beispiel des bayrischen Krankenhausmarktes lenken die Autoren den Blick aber auch auf die möglichen wettbewerblichen Wirkungen einer Konsolidierung. Fusionsprozesse führen immer auch zu einer Reduzierung des regionalen Wettbewerbs. Unter Bezugnahme auf verschiedene internationale Studien gehen sie davon

aus, dass ein geringeres Maß an Marktkonzentration positiv mit der Versorgungsqualität korreliert. Die Autoren verweisen auf die unbestrittenen positiven Effekte von größeren Einheiten und Fallzahlen, wie sie auch aus Konzentrationsprozessen entstehen, auf Qualität und Effizienz. Sie gehen in ihrer Analyse aber vor allem auf die wettbewerbsökonomische Perspektive ein und plädieren dafür, beide Aspekte sinnvoll gegeneinander abzuwägen. (*Beitrag Rinsche/Schmid*)

Notfallversorgung im stationären Sektor

Die Notfallversorgung ist zweifellos eine zentrale Versorgungsaufgabe und muss bei einer Strukturreform des stationären Sektors entsprechend im Blick bleiben. Dabei ist zu beachten, dass die in der Praxis verwendeten Notfallbegriffe aus medizinischer und administrativer Sicht nicht identisch sind. Denn bei Krankenhausaufnahmen ohne reguläre Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt handelt es sich nicht unbedingt auch um medizinisch akute „Blaulichtfälle“. Derzeit existiert also keine Notfalldefinition, die von allen Teilnehmern des Gesundheitssektors gleichermaßen verwendet wird. Eine Unterscheidung in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist entsprechend nicht zweifelsfrei möglich.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl solcher Notfallaufnahmen im stationären Sektor deutlich angestiegen: Lag sie im Jahr 2005 in Deutschland noch bei knapp 6 500 Fällen je 100 000 Einwohner, so stieg sie auf mehr als 9 200 im Jahr 2012, ein Anstieg um rund 42 Prozent. Die administrativen Notfallaufnahmen stiegen damit deutlich stärker als die regulären Aufnahmen und machten 2012 41,5 Prozent aller Aufnahmen aus.

Mit ergänzenden Auswertungen von AOK-Daten zeigen die Autoren u. a., dass rund die Hälfte aller administrativen Notfälle auf Nachtstunden und Wochenenden entfallen. Sie zeigen das weite Diagnosespektrum auf und beleuchten die Rolle demografischer Veränderung.

Befragungsergebnisse bei Notaufnahmeleitern deuten auf einen Anteil von Nicht-Notfällen an allen Patienten in Notfallaufnahmen von siebzig bis fünfundsiebzig Prozent hin. Notfälle in der Abgrenzung der Routinedaten der Krankenkassen beinhalten also nur bedingt medizinische Notfälle. Die Ergebnisse zeigen aber einen Wandel dahingehend, dass ein zunehmender Anteil aller stationär aufgenommenen Patienten einen Zugangsweg zu medizinischen Leistungen wählt, der so im Gesundheitswesen nicht vorgesehen ist. Sie suchen ein Krankenhaus auf, während eigentlich eine (Erst-)Versorgung durch den Notdienst der niedergelassenen Ärzte angezeigt gewesen wäre. Die Autoren schlussfolgern, dass mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Notfallversorgung ein besseres Verständnis der Patientenerwartungen an die Akutversorgung und der Versorgungsprozesse im Vorfeld des Notfall-Krankenhauskontaktes notwendig sind. In der Abrechnung sollte eine bessere Unterscheidung zwischen akuten „Blaulichtfällen“ und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses ohne Überweisung möglich sein. (*Beitrag Huke/Robra*)

Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?

Seit Mitte der 1990er Jahre wurde die Notfallversorgung in Dänemark grundlegend umgestaltet. Die große Zahl an Krankenhäusern, die zuvor an der Notfallversorgung teilgenommen hatten, wurde auf weniger als die Hälfte reduziert. Mit dem

Konzept der Zentralen Notaufnahme (FAM) wurden weitere Transportwege bewusst in Kauf genommen. Gleichzeitig wurde jedoch die Notfallversorgung insgesamt durch eine Professionalisierung des eingesetzten Personals, standardisierte Behandlungsrichtlinien und eine insgesamt optimierte Versorgung bereits auf dem Transportweg verbessert. Die Auswirkungen einer abgestimmten und professionalisierten Versorgungskette auf die Versorgungsqualität erscheinen positiv, trotz deutlich längerer Transportwege. Das neue System wird durch diverse Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet. Patienten äußern sich in durchgeführten Untersuchungen sehr zufrieden. Gemäß OECD ist die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Herzinfarktpatienten und bei ischämischem Schlaganfall von 2001 bis 2011 in Dänemark deutlich gesunken und liegt deutlich unter dem OECD-Durchschnitt und dem deutschen Wert.

Im Ansatz könnte diese sowohl räumliche als auch organisatorische Zentralisierung ein Vorbild für Deutschland darstellen. In Deutschland ruht die Notversorgung auf drei Säulen: dem Notdienst durch niedergelassene Ärzte, dem Rettungsdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Diese Leistungserbringer sind sowohl organisatorisch als auch hinsichtlich ihrer Finanzierung voneinander getrennt, obgleich sie im Rahmen der Notfallversorgung komplementäre Elemente darstellen und eng miteinander kooperieren müssen. Im Übergang von einer zur anderen „Säule“ kann es daher zu Problemen und Verwerfungen kommen. Der starke Anstieg der in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Fälle dürfte zum einen damit zusammenhängen, dass es zunehmend Schwierigkeiten in der Notfallversorgung durch die niedergelassenen Ärzte gibt, insbesondere im ländlichen Raum. Zum anderen werden aber auch die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser in starkem Maße von Patienten aufgesucht, die nicht im eigentlichen Sinne als Notfälle gelten können.

Dort bestehen zudem Hinweise auf qualifikatorische Probleme, da die Tätigkeit in der Notaufnahme anders als in anderen Ländern nicht an eine spezifische fachärztliche Kompetenz gebunden ist und die unbeliebte Tätigkeit zudem oftmals Berufsanfängern überantwortet wird. Eine unter Erreichbarkeitsgesichtspunkten neu geordnete Notfallversorgung mit den Krankenhäusern als zentralen Einrichtungen böte die Möglichkeit, gleichzeitig strukturelle Vorgaben und insbesondere spezifische Qualifikationsanforderungen für das beteiligte medizinische Personal festzulegen. (*Beitrag Augurzky/Beivers/Giebner/Kirstein*)

Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung

Universitätskliniken spielen in der Krankenhauslandschaft eine besondere Rolle. Dies gilt auch aufgrund ihrer akademischen Prägung durch Forschung und Lehre in allen Bereichen der Krankenversorgung. Der Beitrag untersucht datenbasiert die Unterschiede zwischen Universitätskliniken und nicht-universitären Krankenhäusern, insbesondere mit Blick auf die regionale und überregionale Bedeutung für die Versorgung. Dabei ist zunächst nicht verwunderlich, dass den Universitätskliniken bei Leistungen der Maximalversorgung ein besonderes Gewicht zukommt: Ca. 10 Prozent der stationären Behandlungsfälle werden in Universitätskliniken erbracht, ihr Anteil an allen Maximalversorgungsfällen liegt allerdings bei 24 Prozent. Entsprechend groß ist der Anteil der Maximalversorgung am Leistungsportfo-

lio der universitären Einrichtungen; über die Hälfte der Ressourcen wird im Bereich der Maximalversorgung eingesetzt. Der Autor verweist allerdings darauf, dass die Hochschulmedizin daneben auch Grund- und Regelversorgungspatienten für Forschung und Lehre benötigt, da Forschung sich nicht nur auf Hochleistungsmedizin beschränken kann. Ihre besondere Bedeutung in der Patientenversorgung legt der Autor zudem anhand einer überdurchschnittlichen Beteiligung an Verlegungsketten sowie mit Blick auf überdurchschnittliche Patientenwege für Leistungen sowohl der Regel- als auch der Maximalversorgung dar. Eine deutliche Präsenz zeigen Universitätskliniken insbesondere bei seltenen Erkrankungen mit ihren komplexen medizinischen Herausforderungen bei kleinen Fallzahlen. Hier bilden sich Behandlungsangebote vorzugsweise forschungsnah in einem wissenschaftlichen Kontext heraus. Mit Blick auf künftige Krankenhausstrukturreformen kommt der Autor zu dem Schluss, dass geeignete Instrumente zur strukturellen Förderung von Zentrumsaufgaben in der Krankenhausplanung und -finanzierung bislang fehlen. (*Beitrag Heyder*)

Strukturwandel aus Patientenperspektive

Es existieren verschiedene Befragungen, anhand derer die Entscheidung von Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus untersucht wird. Mit Blick auf die vorhandene Krankenhausstruktur ist dabei insbesondere von Interesse, welches Gewicht die Befragten der Nähe zum Krankenhaus gegenüber anderen Kriterien beimessen. Bei allen Unterschieden im Detail zeigen die Befragungsergebnisse, dass die Entfernung zum Krankenhaus, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll, durchaus ein wichtiger Aspekt ist. Es existieren jedoch andere, bedeutsamere Faktoren, insbesondere die eigenen Vorerfahrungen sowie der wahrgenommene „Ruf“ des Krankenhauses, also eigene und die Erfahrungen anderer über die Qualität der Behandlung, Ausstattung und Kompetenz von Ärzten und Pflegepersonal. Laut Befragungsergebnissen würde ein Großteil der Patienten weitere Wege in Kauf nehmen, wenn hierdurch das Behandlungsrisiko reduziert werden könnte.

Im konkreten Falle ist für die Abwägung zwischen Nähe des Behandlungsorts und erwarteter Qualität natürlich von hoher Bedeutung, ob sich überhaupt ein weiteres, die relevante Leistung anbietendes Krankenhaus in erreichbarer Nähe befindet. Angesichts der vorgehaltenen Krankenhauskapazitäten in Deutschland besteht für die Mehrzahl der Patienten eine faktische Wahlmöglichkeit. Wie anhand einer Analyse von Abrechnungsdaten gezeigt werden kann, machen die Patienten von dieser Möglichkeit regen Gebrauch, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Indikationen bestehen. In Abhängigkeit von Patientenalter, Dringlichkeit und Art des Eingriffs wählen Patienten nur zu 38 bis 60 Prozent das nächstgelegene Krankenhaus. Während beispielsweise bei Geburten der Anteil derjenigen Patienten, die das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen, vergleichsweise hoch ist (59,7 Prozent), nimmt bei Knie-Endoprothesen rund ein Drittel der Patienten sogar einen mindestens doppelt so langen Fahrtweg in Kauf. Bei den Indikationen Pankreaseingriff, Myokardinfarkt und Brustkrebs sind dies mehr als ein Viertel der Patienten.

Es lässt sich insgesamt konstatieren, dass – auch aufgrund der insgesamt guten Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland – die Nähe zum Behandlungs-ort zwar ein wichtiges, aber keineswegs dominantes Kriterium gegenüber der erwarteten Behandlungsqualität darstellt. (*Beitrag Geraeds/de Cruppé*)

Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert

Von zentraler Bedeutung bleibt die Frage, welche Versorgungsstrukturen eine gute Qualität der Versorgung hervorbringen. EndoCert ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), nach der sich Krankenhäuser als EndoProthetikZentrum zertifizieren lassen können. Das Ziel ist die Sicherstellung einer hohen Qualität der Patientenversorgung im Bereich der Endoprothetik. So sind aus der wissenschaftlichen Literatur Faktoren der Struktur- und Prozessqualität bekannt, die zu einer besseren Versorgungsqualität führen. Zentrenbildung über Zertifizierung in der Endoprothetik orientiert sich dabei auch an Vorbildern aus anderen Bereichen, für die positive Effekte belegt sind, wie etwa bei den Tumorzentren. Dabei ist zu beachten, dass gerade auch in der Endoprothetik Nachweise für Volume-Outcome-Zusammenhänge vorliegen.

Seit Oktober 2012 ist das Verfahren bundesweit freigegeben. Bislang sind rund 400 Einrichtungen zertifiziert oder befinden sich im konkreten Verfahren. Für die angestrebte Zertifizierung legt EndoCert dabei sowohl strukturelle Voraussetzungen, etwa baulicher, technischer oder personeller Art, als auch prozessbezogene Voraussetzungen zugrunde, beispielsweise die Orientierung an definierten Behandlungspfaden. Hinsichtlich der Ergebnisqualität findet eine enge Kooperation mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) statt; so müssen sich alle Kliniken, die sich um eine Zertifizierung bemühen, zur Teilnahme am EPRD verpflichten. Im Laufe der Erprobungsphase konnten bereits eine Vielzahl von Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und in den hier teilnehmenden Kliniken umgesetzt werden. (*Beitrag Haas/Mittelmeier*)

Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen

Der Beitrag verdeutlicht am Beispiel der onkologischen Versorgung für die Indikationen Brust- und Darmkrebs, wie die Anpassung von Versorgungsstrukturen in einem qualitativ ausgerichteten Gesundheitswesen aussehen kann. Mit der Zertifizierung onkologischer Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft bzw. die Deutsche Krebshilfe ist ein Verfahren etabliert, das deutliche Qualitätsvorteile aufzeigt. Beispielsweise zeigen Brustkrebspatientinnen, die in zertifizierten Zentren behandelt wurden, höhere Überlebensraten als Patientinnen von Nicht-Zentren. Bei Patienten von Darmkrebszentren kommt es im Vergleich mit Nicht-Zentren häufiger zu einer vollständigen Tumorentfernung bei Rektumkarzinom.

Will man die deutsche Versorgungslandschaft für einzelne Indikationen an solchen nachgewiesenen Qualitätsverbesserungen durch Zentren ausrichten, stellt sich die Frage nach der Machbarkeit. Eine Analyse auf Basis der AOK-Brustkrebsfälle des Jahres 2013 zeigt, dass die Behandlung in 783 Krankenhäusern erfolgte, bei 78,8 Prozent der Fälle in einem der 326 Zentren. Während Zentren im Mittel 62 AOK-Patienten behandelten, belief sich die Zahl bei den Nicht-Zentren auf 12. Ein Viertel der Nicht-Zentren behandelte im Jahr 2013 weniger als drei AOK-Fälle.

Schon heute gehen viele Patienten für diese Versorgung nicht ins nächste Krankenhaus; Zentrumspatienten legen weitere Wege zurück als Patienten in Nicht-Zentren.

Von knapp zwei Dritteln der fünfstelligen Postleitzahlbezirke aus sind Zentren in weniger als 25 km zu erreichen, für 95 Prozent der Gebiete unter 50 km und nur für rd. 5 Prozent ergibt sich ein Weg von mehr als 50 km. Nur wenige zusätzliche

Standorte wären erforderlich, um z. B. eine generelle Erreichbarkeit unter 50 km herzustellen, wie eine exemplarische Simulation zeigt. Ähnliches zeigen die Autoren mit ihrer Analyse für die Indikation Darmkrebs.

Beide Betrachtungen zeigen beispielhaft, dass an Ergebnisqualität orientierte Strukturfokussierungen machbar sind und die Basis für mögliche politische Versorgungsreformen schon besteht. (*Beitrag Wesselmann/Mostert/Bruns/Malzahn*)

Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung, die der Sicherstellung der Versorgung dienen soll, beschränkt sich heute im Wesentlichen auf die Planung von Standorten, Fachgebieten und Behandlungskapazitäten. Aspekte im Bereich der Qualität der Versorgung werden partiell in Form von Strukturqualitätsvorgaben in den meisten Bundesländern berücksichtigt. Allerdings findet sich noch keine Möglichkeit, Unterschiede zwischen Krankenhäusern bei den Qualitätsergebnissen einzubeziehen, obwohl eine Vielzahl von Qualitätsinformationen und Qualitätsvorgaben existieren. In den grundlegenden bundesrechtlichen Normen des KHG müssten dafür Qualitätsaspekte stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Die Autoren begrüßen die Qualitätsoffensive der großen Koalition auf Bundesebene und die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Nun komme es darauf an, weitere Schritte im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform zu gehen. Eine auf die Zukunft gerichtete Krankenhausplanung soll neben den bisherigen Zielen einer bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit in den Vordergrund stellen. (*Beitrag Metzner/Winten*)

Krankenhausplanung am Scheideweg

Die Autoren sehen einen grundsätzlichen ordnungspolitischen Konflikt zwischen der bestehenden staatlichen Krankenhausplanung und einem DRG-basierten Wettbewerb. Als Ausdruck dessen konstatieren sie Ineffizienzen, die sich in Unter-, Über- und Fehlversorgung äußern, sowie eine insuffiziente Investitionsfinanzierung.

Die zukünftige Krankenhausplanung sollte die bestehende Angebotsplanung durch eine regionale Versorgungsplanung ersetzen, die auf die DRG-Gruppierung zurückgreift und sich z. B. an der Lösung für den Schweizer Kanton Zürich orientieren kann. Beim Abstecken regionaler Versorgungsaufträge soll dabei die Versorgungsqualität starke Berücksichtigung finden. In diesem Rahmen können sich Krankenhäuser gemäß den vorliegenden Kapazitäten und nach Qualitätskriterien bewerben. Die Zuordnung der Versorgungsaufträge obliegt der Krankenhausplanung in Verbund mit den Krankenkassen. In der Frage der Investitionsfinanzierung wird ausgehend von der These, dass monistische Finanzierung politisch nicht umsetzbar ist, vorgeschlagen, dass die Finanzierung gemeinsam durch Länder und Krankenkassen erfolgt und die gemeinsame Bestimmung in der Krankenhausplanung sich an den Anteilen an der Investitionsfinanzierung ausrichtet.

Die eigentliche ordnungspolitische Perspektive für den Krankenhausmarkt wird im Übergang von der Angebots- zur Nachfragesteuerung gesehen, wobei die Preis-Leistungs-Transparenz des DRG-Systems die Basis bildet. Krankenversicherungen

sollen bei freier Wahl ihrer Vertragspartner individuelle Preis- und Mengenverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern führen können. Für die Krankenhäuser soll die Vertragsfreiheit ein Arbeiten auf Basis von Kostenerstattung ermöglichen und leistungsstarke Krankenhäuser sollen ohne Verträge mit Krankenkassen auskommen können, wenn genügend Patienten diese Option wählen. Die rahmensetzende Krankenhausplanung hat hierbei nur noch eine beobachtende Rolle. (*Beitrag Neubauer/Gmeiner*)

Marktaustritte sicherstellen

Die Autoren charakterisieren den deutschen Krankenhausmarkt als von Überkapazitäten geprägt und schließen daraus, dass eine Strukturbereinigung notwendig ist. Zwischen 2003 und 2013 sind lediglich 74 Krankenhäuser aus dem Markt ausgeschieden, wengleich neben den genannten Kapazitätsüberhängen auch die im internationalen Vergleich hohen Bettenzahlen eine Strukturbereinigung nahelegen.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Krankenhausplanung nicht geeignet ist, um dieses Problem anzugehen. Die Krankenhausplanung habe demnach faktisch in Sachen Strukturwandel nichts bewegt und mit dem weitgehenden Rückzug der Länder aus der Finanzierung gehe ein zentraler Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten verloren. Auch dem Vorhaben der „qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ gemäß Koalitionsvertrag wird wenig Perspektive für Strukturbereinigung bescheinigt, ein Ausschluss von Leistungserbringern schlechter Qualität wird für Deutschland aus methodischen, juristischen und kulturellen Gründen als schwer umsetzbar angesehen. Faktisch sind die handelnden Akteure des Strukturwandels die Leistungserbringer selber. Den erfolgversprechendsten Weg zur Strukturbereinigung sehen die Autoren in der Möglichkeit, Marktaustritte finanziell zu flankieren, wie ursprünglich mit dem Strukturfonds im Entwurf zum Koalitionsvertrag vorgesehen.

Die mögliche technische Umsetzung von Marktaustritten und der Marktberreinigung durch Strukturanforderungen, wie zum Beispiel Mindestmengen, wird anhand von Simulationen für das Land Hessen aufgezeigt. Derartige Simulationen sollen zugleich Transparenz schaffen, welche Krankenhäuser bedarfsnotwendig und welche Marktaustrittskandidaten sind. (*Beitrag Leber/Scheller-Kreinsen*)

Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze

In Deutschland fehlt es am rechtlichen Rahmen für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die unter Versorgungsaspekten geboten erscheint. Faktisch erfolgt die Zulassung von Krankenhäusern auf Basis der Bedarfsplanung der Länder, während mit der Bedarfsplanung und Zulassung der ambulanten Ärzte die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt sind. Die Autoren legen dar, wie die beiden Systeme funktionieren und welche Probleme aus der strikten Trennung der beiden Planungssysteme für die Versorgung folgen. Im ambulanten Bereich steigen die Arztzahlen bei zunehmender Ungleichverteilung des regionalen Angebots. Im stationären Bereich finde praktisch keine Krankenhausplanung mehr statt. Hier soll nach Ansicht der Autoren eine erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung greifen, die bei elektiven Leistungen weniger die Zeitspanne im Notfall als vielmehr die Ausrichtung an zugesicherter Qualität der Versorgung im Blick hat.

Darüber hinaus sehen die Autoren die bestehende sektorenunabhängige Versorgung weder sachgerecht in die ambulante Bedarfsplanung integriert noch mit eigenen bedarfsbezogenen Maßstäben versehen. Neben der fehlenden Integration von Planung stellt dabei schließlich auch die Trennung von Planung, Zulassung und der verbundenen Finanzierungssysteme ein ungelöstes Problem der deutschen Gesundheitspolitik dar. Die Autoren plädieren vor diesem Hintergrund für eine sektorenübergreifende Planung für Leistungen, die prinzipiell sektorenunabhängig erbracht werden können, wobei parallel auch eine Gleichstellung bei den Vertrags- und Vergütungsprinzipien erfolgen soll. (*Beitrag Garre/Schliemann/Schönbach*)

Zur Diskussion

Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen

Nach Schätzungen des RWI sowie Berechnungen des InEK beläuft sich der Investitionsbedarf deutscher Krankenhäuser auf rund 5 Mrd. Euro jährlich. Die Bundesländer, die gesetzlich für die Bereitstellung dieser Mittel verantwortlich sind, werden dieser Aufgabe nicht gerecht, sodass pro Jahr schätzungsweise rund 2 Mrd. Euro Eigenmittel für Investitionen verwendet werden müssen. Hinzu kommt rund eine weitere halbe Mrd. Euro für Zinsaufwendungen. Dabei stellt ein solider Kapitalsockel eine wesentliche Basis für den wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser dar, wie sich anhand der Ausfallwahrscheinlichkeiten zeigen lässt. Dieser Faktor ist sogar bedeutsamer als der Einfluss der Trägerschaft. Angesichts der niedrigen Förderquoten in manchen Bundesländern geht der Autor davon aus, dass hier von der Substanz gezehrt wird. Hiermit besteht die Gefahr, dass die wirtschaftliche Grundlage der Krankenhäuser erodiert.

Auf Basis der EBITDA-Marge lässt sich die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser ermitteln. Danach wären in Deutschland rund 44 Prozent aller Krankenhäuser als nicht investitionsfähig einzustufen. Allerdings trifft dies in besonderem Maße auf die freigemeinnützigen (58 Prozent nicht investitionsfähig) und öffentlich-rechtlichen (66 Prozent nicht investitionsfähig) Häuser zu. Bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft liegt der Anteil der nicht investitionsfähigen Häuser bei lediglich 5 Prozent.

Die Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen stellt streng genommen eine unzulässige Umwidmung von Finanzmitteln dar. Angesichts der zu geringen Mittelbereitstellung durch die Länder bleiben den Krankenhäusern real wenige Optionen und sie folgen daher einer betriebswirtschaftlichen Logik, wenn sie Gewinne aus dem wirtschaftlicheren Umgang mit Betriebsmitteln für die Verbesserung der Investitionstätigkeit verwenden. Vor diesem Hintergrund ist für den Autor die monistische Finanzierung die angemessene Vorgehensweise. (*Beitrag Augurzky*)

Erhebung der Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten

Der Beitrag stellt Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Frühgeborenen mit geringem Geburtsgewicht vor, die im Rahmen des Verfahrens Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) mit Begleitung des Fachpanels Geburtshilfe/Neonatologie entwickelt wurden.

Der dargelegten Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten werden mehrere Vorteile gegenüber dem gesetzlichen Verfahren zugeordnet. Neben der Tatsache, dass zusätzlicher Dokumentationsaufwand vermieden wird, ist insbesondere die Möglichkeit zur einrichtungsübergreifenden Nachverfolgung des Behandlungsverlaufs hervorzuheben. Als weiterer Vorteil gilt, dass hier eine vollständige Dokumentation der Todesfälle vorliegt, während für die Neonatalerhebung von einer Unterdokumentation ausgegangen wird. Schließlich wurde bei der Konstruktion der Kernindikatoren auf therapierelevante und prognostisch relevante Ereignisse fokussiert.

Analysiert wurden AOK-Frühgeborene der Jahre 2008 bis 2012 mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1500 g, sofern sie in einem Level-1- oder Level-2-Perinatalzentrum mit mindestens 30 AOK-Fällen im Betrachtungszeitraum behandelt wurden. Für die einbezogenen AOK-Fälle zeigt sich insgesamt eine neonatale Mortalität von 6,7 Prozent. Der Qualitätsindex „Tod oder schwere Erkrankung“, der eine Reihe weiterer schwerwiegender Ereignisse einschließt, erreicht 14,8 Prozent.

Vergleicht man die Perinatalzentren, so zeigen sich auch nach Risikoadjustierung deutliche Unterschiede beim Qualitätsindex. Während ein Viertel der Kliniken die für das jeweilige Haus nach Risikoadjustierung erwartete Ereignisrate um mindestens 23 Prozent unterschritt, überschritt ein weiteres Viertel der Häuser diese um mindestens 33 Prozent.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht, die in Zentren mit großen Fallzahlen behandelt wurden, eine signifikant unterdurchschnittliche risikoadjustierte Mortalität bzw. Morbidität aufweisen. (*Beitrag Heller/Konheiser/Biermann*)

Kinder im Krankenhaus

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Erkrankungsspektrum von Kindern und Jugendlichen deutlich gewandelt. Laut der KiGGS-Studie (Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey) hat beispielsweise das Krankheitsbild des Übergewichts und der Adipositas in einem Zeitraum von ungefähr zwölf Jahren um 50 Prozent zugenommen. Gewissermaßen flankierend kann man im psychiatrischen Bereich eine starke Zunahme der Ess-Störungen konstatieren. Insgesamt zeigen sich bei den somatischen Erkrankungen eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Indikationen und eine Zunahme psychischer Erkrankungen gegenüber den somatischen.

Gleichzeitig hat sich die Kinder- und Jugendmedizin in den letzten Jahren zunehmend diversifiziert, mit einer Vielzahl von fachlichen Spezialisierungen im pädiatrischen Bereich. Ob in der Praxis ein Patient unter achtzehn Jahren bei einem derartigen Spezialisten behandelt wird oder doch bei einem Facharzt für erwachsene Patienten, hängt stark vom Alter des Kindes ab.

Gerade bei Jugendlichen suchen tendenziell zur Behandlung keinen Kinder- und Jugendarzt mehr auf. Ein ähnliches Muster zeigt sich hinsichtlich der Behandlung in pädiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser. Einer der Eckpunkte der Charta für Kinder im Krankenhaus ist die Maßgabe, dass Kinder gemeinsam mit anderen Kindern in einer auf deren Bedürfnisse abgestimmten Umgebung und von einem spezifisch fachlich ausgebildeten Personal betreut werden. Bezüglich des Anteils der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in Krankenhäusern mit pädiatrischer Spezialkompetenz zeigen sich auf der Kreisebene aber deutliche regionale Unter-

schiede zwischen 64,4 und 100 Prozent mit erkennbar höheren Anteilen in den neuen Bundesländern, die als Fortwirkung anderer Behandlungsroutinen in der DDR erklärt werden können. (*Beitrag Wirth/Geraedts*)

Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory

Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich

Für die Einnahmen der Krankenhäuser bzw. die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer ist die jährliche Vereinbarung der Krankenhausbudgets von besonderer Bedeutung. Krankenhäuser, die ihre Leistungen über DRGs abrechnen, machen dabei den größten Anteil aus. Für diese wurden die Budgetentwicklung und die maßgeblichen Determinanten der Jahre 2012 und 2013 anhand der amtlichen Formulare „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB) analysiert. Im Vergleich dieser zwei Jahre sind die Budgets der 1387 untersuchten Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um knapp 2,6 Mrd. Euro angewachsen. Das entspricht einem Anstieg um 4,5 Prozent. Der größere Anteil dieses Zuwachses geht auf die Preisentwicklung zurück, der ausgleichsbereinigte Effekt beträgt 2,9 Prozent. Besonders bedeutsam waren hier die finanziellen Mittel, die mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zusätzlich bereitgestellt wurden. Zur Veränderungsrate von 2,0 Prozent kamen die Effekte der im Gesetz geregelten nachträglichen Tarifberichtigung und des Versorgungszuschlags hinzu, während die Effekte der zusätzlichen Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene hier noch nicht deutlich sichtbar sind und weitestgehend erst 2014 budgetwirksam abgebildet werden. (*Beitrag Mostert/Friedrich/Leclerque*)

Auch in der vorliegenden Ausgabe enthält der Krankenhaus-Report wieder die bewährte **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Bürger*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich. Im Buch enthalten ist dabei der Zeitraum von der Jahresmitte 2013 bis zur Jahresmitte 2014. Die vollständige Chronik ab dem Jahr 2000 steht im Internetportal bereit.

Darüber hinaus enthält der Krankenhaus-Report 2015 wie üblich einen umfassenden Datenteil auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes mit Übersichten, Darstellungen und Analysen. In drei Beiträgen geben die Autoren Aufschluss über die **Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser** (*Beitrag Bölt*) sowie über das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern sowohl auf Grundlage der **Diagnosestatistik der Krankenhäuser** (*Beitrag Schelhase*) als auch auf Basis der **fallpauschalenbezogenen Statistik nach § 21 KHEntgG** (*Beitrag Spindler*).

Das **Krankenhaus-Directory** präsentiert Angaben zu Grundcharakteristika, Leistungsmengen und Marktposition für rund 1400 Krankenhäuser auf Basis der hausbezogenen „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEBs).

This page intentionally left blank

Teil I Schwerpunktthema

Strukturwandel

(Kapitel 1–14)

This page intentionally left blank

Strukturwandel in der stationären Versorgung

Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem

Abstract

Dieser Beitrag bietet einen breiten Überblick über den Themenkomplex „Krankenhausstruktur im Wandel“. Angesichts der historischen Entstehung des Krankenhaussektors, der heterogenen Krankenhausplanung und des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unter DRG-Bedingungen ist es nicht verwunderlich, dass die heutige Krankenhauslandschaft einen hohen Optimierungsbedarf aufweist. Auch durch demografische, medizinisch-technische sowie regionale Entwicklungen ist es notwendig, die stationären und sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen zielgerichtet weiterzuentwickeln, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.

This article presents a broad overview over ongoing structural changes in the hospital sector. In the light of the historical development of the hospital sector, the heterogeneous hospital planning and the competition induced by the DRG system it is hardly surprising that there is room for improvement in the present structure of the hospital market. Foreseeable demographic, medical-technical and regional developments call for a target-oriented reorganization of inpatient and transsectoral care structures in order to meet future demands.

1.1 Einführung

Aktuell wird auf gesundheitspolitischer Ebene intensiv über die Zukunft der Krankenhausversorgung diskutiert. Einerseits wird diese Diskussion vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitsausgaben geführt – auf den Krankenhaussektor entfällt mit 78,8 Mrd. € der insgesamt größte Kostenblock, der in den letzten Jahren stetig gewachsen ist (Statistisches Bundesamt 2014). Andererseits geht es auch um die konkrete Verteilung dieser Mittel innerhalb des stationären Sektors. Die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Akteure stellen – auch vor dem Hintergrund eigener Interessenlagen – jeweils abweichende Reformbedarfe fest. Insofern gibt es gegenwärtig keinen klaren Konsens, in welche Richtung der stationäre Sektor weiterzuentwickeln ist. Dieser Beitrag bietet einen Einstieg in diese Thematik, indem er die historische Entwicklung und die gegenwärtige Situation der stationären Versorgung beschreibt sowie aktuelle Problemfelder aufzeigt. Ferner soll ein Ausblick auf die zu erwartenden künftigen Entwicklungen im Krankenhaussektor gegeben werden.

1.2 Bisherige Entwicklung von Krankenhauslandschaft und Krankenhausplanung

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist zunächst ohne eine übergeordnete Planung historisch gewachsen. Waren es im 18. und 19. Jahrhundert vor allem Kirchen und karitative Einrichtungen, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernahmen, kamen insbesondere nach 1945 zahlreiche kommunale bzw. öffentliche Einrichtungen hinzu, um die Versorgung in der Nachkriegszeit sicherzustellen. Dabei konnten unabhängig von einem tatsächlich vorhandenen Bedarf praktisch überall Krankenhäuser errichtet werden. Als Folge dieser Entwicklung gab es im Jahr 1972 allein in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 3 500 Krankenhäuser mit insgesamt knapp 700 000 Betten (Spiegel 1972). Finanziert wurden die Krankenhäuser bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich über Pflegesätze seitens der Krankenkassen (monistische Finanzierung). Da die Pflegesätze auf Dauer jedoch nicht hoch genug waren, um neben den Betriebskosten auch notwendige Investitionen zu finanzieren, lösten diese finanziellen Rahmenbedingungen einen erheblichen Investitionsstau bei den Krankenhäusern aus. Die Bausubstanz und die Geräte der Einrichtungen entsprachen zunehmend nicht mehr dem Stand einer modernen und hochwertigen Versorgung. Entsprechend sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, sich aktiv an der Investitionsfinanzierung zu beteiligen. Mit Wirkung zum 1.1.1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen, im Rahmen dessen das Prinzip der dualen Finanzierung eingeführt wurde, das noch bis heute Bestand hat. Der Verabschiedung des Gesetzes war zunächst eine Verfassungsänderung vorausgegangen, die dem Bund erst ein Mitregelungsrecht an der Finanzierung und Planung der Krankenhäuser einräumte, die bis dahin ausschließlich Ländersache waren. Während die Krankenkassen weiterhin die Betriebskosten der Krankenhäuser über die Pflegesätze finanzierten, ist es seitdem die Aufgabe der Bundesländer, die Investitionsfinanzierung sicherzustellen. Hierfür werden von den Bundesländern in regelmäßigen Abständen Krankenhauspläne aufgestellt. Diese basieren auf Bedarfsprognosen und definieren, welche Krankenhäuser für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser – auch Plankrankenhäuser genannt – haben formal einen Rechtsanspruch auf Investitionsförderung durch das jeweilige Bundesland (§ 8 KHG). Die konkrete Umsetzung dieses Investitionsfinanzierungsanspruchs sowie des gesamten Planungsverfahrens ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Für einen umfassenden Überblick sei auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft verwiesen (DKG 2014).

Das in diesem Zusammenhang am längsten praktizierte und am weitesten verbreitete Verfahren zur Ermittlung des Versorgungs- bzw. Bettenbedarfs ist die Hill-Burton-Formel. Die Bedarfsdeterminanten sind die Einwohnerzahl, die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit und der Bettennutzungsgrad einer Region (Thomas et al. 2013). Die Methodik beruht dabei an verschiedenen Stellen auf stark vereinfachenden Annahmen. Beispielsweise werden weder Qualitätsinformationen noch differenzierte Morbiditätsinformationen berücksichtigt. Auch wenn es mittlerweile zahlreiche alternative Methoden oder Weiterentwicklungen gibt, ist die klassische Krankenhausplanung in wesentlichen Zügen durch dieses vereinfachende Instrument geprägt. Die heutige Krankenhauslandschaft stellt sich somit als sehr

heterogene Mischung aus geschichtlicher Entwicklung, (vereinfachender) staatlicher Planung und marktwirtschaftlichem Wettbewerbsverhalten dar. Auf dem Reißbrett entworfen, würde die deutsche Krankenhauslandschaft ohne jeden Zweifel eine andere Struktur aufweisen, als dies derzeit der Fall ist. Ausgehend von den heute vorgefundenen Strukturen, der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie künftigen Trends besteht die Notwendigkeit, den Krankenhaussektor zielgerichtet weiterzuentwickeln.

1.3 Aktuelle Situation und Problemfelder der stationären Versorgung

Seit der Einführung der Krankenhausplanung hat sich (trotz Wiedervereinigung) die Zahl der Krankenhäuser gegenüber dem Stand im Westdeutschland der 1970er Jahre deutlich reduziert. Bedingt durch zahlreiche Krankenhausschließungen und Fusionen existieren mittlerweile noch gut 2000 Einrichtungen der Akutversorgung (Statistisches Bundesamt 2013). Trotz dieses deutlichen Rückgangs ist weiterhin eine sehr gute wohnortnahe Erreichbarkeit der Krankenhäuser gewährleistet: Nach Angaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung erreichen rund 97,5% der Bevölkerung innerhalb einer Fahrzeit von 20 Minuten mindestens ein Krankenhaus in ihrer näheren Umgebung (Schlömer und Pütz 2011). Auch im internationalen Vergleich stellt dies ein sehr gutes Erreichbarkeitsniveau dar (Sachverständigenrat 2014). Lediglich in einzelnen dünn besiedelten ländlichen Regionen (insbesondere im Osten Deutschlands) zeigen sich erste Anzeichen einer mittelfristig drohenden Unterversorgung. Hier würde die Schließung eines einzelnen lokalen Versorgers zu einer erheblichen Verschlechterung der Erreichbarkeit führen (Schlömer und Pütz 2011). Da diese Regionen häufig gleichzeitig einen Ärztemangel im ambulanten Bereich verzeichnen, ist es hier besonders dringend erforderlich, die bestehenden Versorgungsstrukturen sektor- und professionsübergreifend weiterzuentwickeln (Sachverständigenrat 2014). In urbanen Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte stehen der Bevölkerung hingegen zahlreiche Krankenhäuser im näheren Umfeld zur Verfügung. So ist im städtischen Raum zu hinterfragen, inwieweit insbesondere kleinere unspezialisierte Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind und die Patienten unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten eher durch größere Krankenhäuser zu versorgen wären. Die durchschnittliche Krankenhausgröße in Agglomerationsräumen von knapp 270 Betten (Augurzky und Beivers 2011) lässt hier ein Potenzial für weitergehende Konzentrationsprozesse erkennen.

Ein hochaktuelles Problem der Krankenhäuser stellt nach wie vor die unzureichende Investitionskostenfinanzierung dar. Während die dualistische Finanzierung ursprünglich aufgrund von Investitionsrückständen überhaupt erst eingeführt wurde, führt sie heute selbst zu einem erheblichen Investitionsstau. Die Bundesländer ziehen sich aufgrund begrenzter Haushaltsmittel zunehmend aus ihrer Verantwortung zurück. Seit 1991 ist das Fördervolumen im stationären Sektor inflationsbereinigt um über 50% zurückgegangen und es hat sich ein Investitionsstau von (konservativ geschätzt) ca. 15 Mrd. € entwickelt (Augurzky et al. 2013). Sofern das

gegenwärtige Investitionsfinanzierungssystem beibehalten wird, ist angesichts der den Bundesländern durch die Verfassung ab 2020 auferlegten Schuldenbremse zu erwarten, dass sich diese Situation langfristig verschärft (Sachverständigenrat 2014).

Mitunter bedingt durch diese unzureichende Investitionsfinanzierung stellt sich die finanzielle Gesamtsituation vieler Krankenhäuser eher negativ dar. So wiesen 2012 mehr als 35 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag aus, 13 % der Krankenhäuser galten als stark insolvenzgefährdet. Zwischen den Trägern waren hierbei erhebliche Unterschiede festzustellen: Während nur 3 % der privaten Einrichtungen ein erhöhtes Insolvenzrisiko aufwiesen, war bei öffentlichen Krankenhäusern jedes vierte Krankenhaus betroffen (Augurzky et al. 2014a). Zur Finanzierung einer ausreichenden technischen Ausstattung sind viele Krankenhäuser implizit gezwungen, Teile der Betriebskostenfinanzierung für die Finanzierung von Investitionen zweckzuentfremden. Da der Umfang der Betriebskostenfinanzierung aber so kalkuliert ist, dass diese für eine (im Durchschnitt) ausreichende und angemessene stationäre Versorgung der Patienten genügt, kann es zu Versorgungsdefiziten führen, wenn diese Mittel umgewidmet werden. So wirkt sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser bereits insoweit auf die Patientenversorgung aus, als in Ansätzen Rationierungstendenzen (also die Vorenthaltung medizinisch sinnvoller oder gar notwendiger Leistungen aufgrund begrenzter Ressourcen) beobachtet werden (Boldt und Schöllhorn 2008; Stretch et al. 2009). Allgemein geben 45 % der Chefarzte an, schon einmal eine medizinisch nützliche Leistung rationiert zu haben; gut jeder fünfte Chefarzt rationiert sogar mindestens einmal im Monat (Reifferscheid et al. 2014). Auch wenn Rationierung in deutschen Krankenhäusern derzeit eine eher geringe Intensität aufweist, darf die langfristige Entwicklung in diesem Bereich keinesfalls ignoriert werden.

Neben ersten Rationierungstendenzen gibt es aber auch Hinweise auf Überkapazitäten im deutschen Krankenhausmarkt. Obwohl zwischen 1991 und 2012 ca. 160 000 stationäre Betten abgebaut wurden (Statistisches Bundesamt 2013), kommen andere Länder mit deutlich weniger Betten aus. Deutschland weist im OECD-Vergleich mit 8,3 eine deutliche höhere Bettenzahl pro 1 000 Einwohner auf als der Durchschnitt, der bei 4,8 Betten pro 1 000 Einwohner liegt.¹ In dem Zusammenhang ist allerdings zu bedenken, dass die nationale stationäre Leistungsanspruchnahme ebenfalls internationale Spitzenwerte erreicht, sodass die Bettenauslastung von 76 % wiederum fast dem OECD-Durchschnitt entspricht (OECD 2013). Vor diesem Hintergrund wird intensiv diskutiert, ob die große Nachfrage Ausdruck eines hohen Anspruchs- und Versorgungsniveaus ist, die gegenwärtigen Präventionsbemühungen unzureichend sind oder die bestehenden Vergütungsanreize in Kombination mit den vorhandenen Kapazitäten zu einer angebotsinduzierten Überversorgung führen (Augurzky et al. 2012; Blum und Offermanns 2012). Das DRG-System setzt hierzu klare Anreize. So wird ein wirtschaftlicher Druck zur effizienten Leistungserstellung induziert, indem sich die Höhe der Pauschale am durchschnittlichen Aufwand der jeweiligen Fallgruppe orientiert. Somit gibt es Krankenhäuser, die mit dieser Pauschalvergütung Gewinne erwirtschaften können, aber auch Einrich-

¹ Die Statistiken der OECD beinhalten stationäre Betten einschließlich des Bereichs der Rehabilitation.

tungen, die unter diesen Bedingungen Verluste schreiben. Angesichts des hohen wirtschaftlichen Drucks im Krankenhaussektor stellen Mengensteigerungen neben Effizienzsteigerungen eine wesentliche Option zur Sicherstellung der Finanzierung dar. Zudem liegen vielfach die Grenzkosten eines zusätzlichen Falls unterhalb des mit ihm erzielbaren Erlöses. Mit der Mengenausweitung lässt sich also c.p. ein positiver Deckungsbeitrag erzielen. Seit Einführung des DRG-Systems wurde eine deutliche Ausweitung des Casemix-Volumens festgestellt, das nicht allein durch demografische und morbiditätsorientierte Faktoren zu erklären war. Eine bundesweite Befragung von 1 400 Chefarzten zeigt, dass knapp 40 % aller Chefarzte tendenziell die Meinung vertreten, dass auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hohe Eingriffszahlen begünstigen (Reifferscheid et al. 2014).

Ferner lassen sich im internationalen Vergleich gewisse Qualitätsdefizite in deutschen Krankenhäusern feststellen. So weist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich oft nur durchschnittliche Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren auf (z. B. Herzinfarkt; OECD 2013). Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass spezialisierte Einrichtungen in der Regel ein höheres Qualitätsniveau generieren. Gleichzeitig können in diesen Krankenhäusern aufgrund von Skalenerträgen sowie geringeren Komplikationsraten häufiger positive Jahresabschlüsse erzielt werden (Augurzyk et al. 2014a). Vor diesem Hintergrund sind auch die Mindestmengenregelungen zu sehen, die Qualitätsverbesserungen durch Leistungskonzentration erzielen sollen. Gegenwärtig ist die rechtssichere Ausgestaltung dieser Regelungen allerdings noch nicht abschließend geklärt (Aussetzung der Knie-TEP-Mindestmenge).

Zuletzt sind auch Koordinationsdefizite und Effizienzverluste an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu nennen. Diese Defizite wurden zuletzt in den Sondergutachten 2009 und 2012 des Sachverständigenrates thematisiert. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ein wichtiger Schritt gewesen, deren Entwicklung durch die Selbstverwaltung bisher als Erfolg gewertet werden kann.

Auch wenn sich die stationäre Versorgung in Deutschland nach wie vor auf einem sehr hohen qualitativen Niveau befindet, gibt es Anzeichen für Unter-, Über- und Fehlversorgung und unerwünschte Entwicklungen (z. B. mögliche Versorgungsengpässe im ländlichen Raum oder die Investitionskostenproblematik), die im Kontext der zukünftigen Herausforderungen bereits heute einer Intervention der Gesundheitspolitik bedürfen.

1.4 Zukünftige Herausforderungen

Für die Zukunft ergeben sich durch die demografische Entwicklung, die Veränderungen im Morbiditätsspektrum, den medizinischen Fortschritt sowie die Urbanisierungstendenzen erhebliche Umwälzungen für die stationäre Versorgung. Einerseits steigt hierdurch die Gefahr einer Fehlallokation von Versorgungsressourcen, andererseits bieten sich aber auch große Chancen, die Versorgung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht zu verbessern.

Allein durch die demografische Entwicklung der deutschen Bevölkerung wird mittelfristig ein deutlicher Mehrbedarf an stationären Leistungen entstehen. Gleichzeitig nimmt die Prävalenz von Begleiterkrankungen wie Demenz und Diabetes erheblich zu, sodass das künftige Patientenspektrum sowohl deutlich älter als auch multimorbider sein wird (Lux et al. 2013). Für die steigende Zahl von Patienten mit dementiellen Erkrankungen müssen insbesondere im geriatrischen Bereich entsprechende Angebote ausgebaut werden. Zudem treten seit einigen Jahren immer mehr psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder auf, für deren Behandlung ebenfalls noch ausreichende Strukturen geschaffen werden müssen.² Angesichts der zunehmenden Verbreitung von chronischen und psychischen Erkrankungen wird es zunehmend erforderlich, effektive transsektorale Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen (Jacobs und Schulze 2011; Augurzyk et al. 2012b). In anderen Fachbereichen, die eher eine jüngere Klientel besitzen (wie z. B. Geburtshilfe und Pädiatrie), wird der Bettenbedarf dagegen kontinuierlich sinken. Der Abbau von Überkapazitäten ist an dieser Stelle bereits im Gange. Beispielsweise ist zwischen 2006 und 2012 die Zahl von Krankenhäusern mit Geburtshilfebetten um 15 % zurückgegangen. Trotz dieses deutlichen Abbaus werden gegenwärtig immer noch über ein Viertel aller geburtshilflichen Kliniken als entbehrlich angesehen. Bis 2030 könnte sich die Zahl auf etwa 370 Fachabteilungen (190 Abteilungen in ländlichen Regionen, 180 in urbanen Regionen) reduzieren. Um die Erreichbarkeit (trotz regional weiter sinkender Nachfrage) weiterhin zu gewährleisten, wäre dann allerdings keine weitere Reduktion der Versorgungsstandorte möglich (Augurzyk et al. 2014b).

Als weiterer Treiber der Bedarfsentwicklung ist der medizinisch-technische Fortschritt von großer Bedeutung. So weitet sich aufgrund technologischer Entwicklungen und Innovationen das Angebot medizinischer Leistungen kontinuierlich aus, was ebenfalls zu einer steigenden Nachfrage nach stationären Leistungen führt. Durch neue Operationstechniken und Medizinprodukte können zunehmend Menschen noch in sehr hohem Lebensalter behandelt werden, wodurch die Fallzahlen weiter ansteigen werden (Drösler und Weyermann 2013). Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen muss jedoch darauf geachtet werden, dass innovative Medizinprodukte tatsächlich einen relevanten Zusatznutzen bieten. Auch aus Gründen der Patientensicherheit plädiert der Sachverständigenrat dafür, den G-BA bei der Nutzenbewertung von Medizinprodukten verstärkt einzubeziehen (Sachverständigenrat 2014). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass durch neue Behandlungsverfahren die Verweildauern weiter sinken werden und die Ambulantisierung der Leistungserbringung weiter fortschreitet. Dies wird zu weiteren Überkapazitäten in bestimmten Fachgebieten führen. Gleichzeitig bietet die voranschreitende Digitalisierung und Vernetzung große Möglichkeiten, die (sektorübergreifende) Koordination effizienter zu gestalten und wird vermutlich teilweise auch zu einer räumlichen Entkopplung von Leistungserbringer und Patient beitragen (Telemedizin).

² In einigen Bundesländern wurde bereits auf diesen zunehmenden Bedarf reagiert. So wurde im Krankenhausplan 2015 des Bundeslandes NRW bereits beschlossen, das stationäre Versorgungsangebot in der Geriatrie sowie in der Psychiatrie und Psychosomatik auszubauen.

Weiterführend ist zu beachten, dass die Bedarfsentwicklung keineswegs einem bundesweit einheitlichen Muster folgt. Für die ländlichen Regionen im Osten Deutschlands werden bis 2030 sinkende Fallzahlen prognostiziert, während in allen anderen Regionen der Bedarf unterschiedlich stark ansteigt (Schlömer und Pütz 2011). Ebenfalls sind in diesem Zusammenhang räumliche Konzentrationsprozesse zu beobachten. Die zunehmende Urbanisierung, die mit einer Abwanderung aus dem ländlichen Raum einhergeht, führt dort zu einem spürbaren Rückgang der Nachfrage, während sie im städtischen Raum steigt.

Diese Konzentration der Bevölkerung in urbanen Regionen sollte mittelfristig ebenfalls eine Konzentration der stationären Kapazitäten nach sich ziehen. Gerade im städtischen Raum bieten sich somit große Chancen, durch Skalen- und Lerneffekte qualitativ hochwertige Leistungen zu geringeren Kosten zu erbringen. Mit der zunehmenden Etablierung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und deren adäquater Aufbereitung für die Leistungserbringer und die Öffentlichkeit wird insbesondere im urbanen Umfeld ein wirklicher Qualitätswettbewerb ermöglicht. Um sich für die Patienten sichtbar zu positionieren, werden sich die Krankenhäuser weiter spezialisieren und weitere Versorgungszentren bilden sowie die Ausweitung integrierter Versorgungskonzepte vorantreiben. Selektivverträge können in diesem Umfeld ebenfalls einen wichtigen Beitrag für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität leisten. Allerdings ist fraglich, inwieweit unter den gegebenen Rahmenbedingungen tatsächlich deutliche Konzentrationsprozesse im städtischen Raum zu erwarten sind und sich insbesondere die Zahl kleiner urbaner Krankenhäuser reduzieren wird. In diesem Zusammenhang muss kritisch angemerkt werden, dass schon seit der Einführung des DRG-Systems solche Bereinigungseffekte erwartet worden sind, die in der Rückschau aber nur sehr bedingt eintrafen. Es wird sich zeigen, ob die wettbewerblichen Marktberreinigungseffekte im Zeitverlauf an Dynamik gewinnen werden. In vielen Städten stellt sicherlich die Vielfalt der Träger ein Hemmnis für weitergehende (freiwillige) Marktkonzentration dar. Inwiefern hier staatliche Planungseingriffe sinnvoll wären, wird an dieser Stelle nicht weiter erörtert. Die derzeitige gesundheitspolitische Entwicklung geht eher in die Richtung einer übergeordneten Rahmenplanung, um die wettbewerbliche Steuerung weiter zu stärken.

Vor dem Hintergrund der Bedarfsentwicklung stellt sich auch die Frage, inwiefern langfristig eine ausreichende Erreichbarkeit von Krankenhäusern in dünn besiedelten ländlichen Gebieten aufrechterhalten werden kann. Durch den allgemeinen Bevölkerungsrückgang, die Ambulantisierung vormals stationärer Leistungen sowie die geringe Attraktivität unspezialisierter Grund- und Regelversorger für Elektivpatienten ist die Nachfrage im ländlichen Raum deutlich zurückgegangen, was die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Einrichtungen gefährdet (Augurzyk et al. 2012b; Spangenberg und Beivers 2009). Grundsätzlich können Sicherstellungszuschläge nach § 17b KHG Abs. 1 Satz 6 zur Gewährleistung eines ausreichenden Erreichbarkeitsniveaus von Krankenhäusern im ländlichen Raum beitragen. Langfristig müssen die dortigen stationären Strukturen jedoch weiterentwickelt werden, da die Leistungsnachfrage immer weiter zurückgehen wird und die Sicherstellungszuschläge infolgedessen zunehmend ansteigen würden. Da im ländlichen Raum häufig gleichzeitig Probleme bestehen, ausreichende ambulante Versorgungskapazitäten zu gewährleisten, stellen insbesondere sektorübergreifende Ver-

sorgungskonzepte sinnvolle Lösungsansätze für die beschriebene Problematik dar. So wird u. a. im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats das Konzept der lokalen Gesundheitszentren als Weiterentwicklungsoption für ländliche Krankenhäuser empfohlen. In solch einem Gesundheitszentrum werden sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen „unter einem Dach“ vorgehalten. Sofern keine Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgungseinrichtungen im näheren Umfeld vorhanden sind, sollten die lokalen Gesundheitszentren auch spezialisierte Leistungen anbieten, die allerdings in einem überregionalen (morbidityorientierten) Konzept abzustimmen sind. Angesichts der demografischen Entwicklung auf dem Land sind hier insbesondere auch geriatrische sowie ggf. Altenpflegerische Angebote vorzuhalten bzw. an das Gesundheitszentrum anzuschließen. Ebenfalls müssten solche Entwicklungen mit einem umfassenden Notfallversorgungskonzept kombiniert werden, damit gerade in solchen Konstellationen eine einwandfreie Erstversorgung gewährleistet werden kann. Integrierte Notfallversorgungskonzepte können – gekoppelt an lokale Gesundheitszentren – sowohl ökonomische Vorteile bieten als auch zur Reduzierung der Arbeitsbelastung der Ärzte und somit zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit für Ärzte (und andere Berufsgruppen) beitragen (Sachverständigenrat 2014). Diese räumliche Konzentration der verschiedenen Leistungserbringer bietet darüber hinaus erheblich Potenziale zur Verbesserung der sektorübergreifenden Koordination. Die Weiterentwicklung versorgungsrelevanter ländlicher Krankenhäuser zu sektorübergreifenden Versorgungsstandorten stellt angesichts der dargestellten Bedingungen eine realistische Handlungsoption zur Sicherstellung dar, um Zugang, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu gewährleisten.

Mittelfristig müssen die Bundesländer verstärkt Kriterien wie die Erreichbarkeit, eine differenziertere Morbiditätsbetrachtung oder die Qualität der Versorgung in die Planungsinstrumente einbeziehen. Vor diesem Hintergrund sind die jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen zur Berücksichtigung von Qualitätsparametern in der Krankenhausplanung und in der Betriebskostenfinanzierung über die DRGs oder die Bestrebungen zum selektivvertraglichen Kontrahieren durchaus begrüßenswert. Ob diese Maßnahmen jedoch ausreichen, um den dargestellten Anforderungen des Strukturwandels gerecht zu werden und die damit verbundenen Potenziale zu nutzen, bleibt fraglich.

1.5 Fazit

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland unterliegt in den letzten Jahren einem stetigen und teils sehr dynamischen Strukturwandel. Die stationäre Versorgung wird derzeit und auch in Zukunft vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Vor allem die Versorgung in ländlichen Regionen stellt eine herausfordernde gesundheitspolitische Aufgabe dar (Augurzky et al. 2012b). Während Sicherstellungszuschläge kurzfristig geeignet sind, um die Versorgung zu gewährleisten, müssen langfristig neue Strukturen (wie z. B. lokale Gesundheitszentren) geschaffen werden. Umgekehrt bieten sich in städtischen Gebieten zunehmend Möglichkeiten zur Marktkonzentration, die eine hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitig hoher Wirtschaftlichkeit sicherstellen können.

Die aufgezeigten Entwicklungen werden von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren teilweise sehr unterschiedlich bewertet. Entsprechend heterogen sind auch die Forderungen zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft, die von verschiedenen wissenschaftlichen oder gesundheitspolitischen Akteuren vorgebracht werden.

Die jüngsten regulativen Eingriffe bzw. Planungen (Möglichkeit zum Einsatz leistungsorientierter Pauschalen im Rahmen der Investitionsfinanzierung; geplanter Einbezug von Qualitätsparametern in Krankenhausvergütung und -planung; geplante Erprobung von Qualitätsverträgen für ausgewählte Indikationen; verstärkte Ausrichtung auf eine Rahmenplanung anstelle konkreter Versorgungsvorgaben etc.) gehen mit Blick auf die skizzierten Herausforderungen sicher noch nicht weit genug. Daher ist fraglich, inwieweit es der im Mai 2014 gegründeten Bund-Länder-Arbeitsgruppe gelingt, Eckpunkte für eine zukunftsweisende und gleichzeitig politisch durchsetzbare Krankenhausreform für die aktuelle Legislaturperiode zu entwickeln. Grundsätzlich erscheint aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenzen ein solches Vorhaben nur im Rahmen einer großen Koalition auf Bundesebene politisch umsetzbar, auch wenn die Opposition aufgrund der aktuellen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat mit in den Restrukturierungsprozess eingebunden werden muss. Da eine Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft (z. B. Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung oder die gezielte Schließung bzw. Zusammenlegung von Standorten in überversorgten Gebieten; sektorenübergreifende Versorgungskonzepte in ländlich unterversorgten Gebieten) aber mit Einschnitten für einzelne Akteure bzw. Zugeständnissen verbunden sein wird, ist unklar, ob es tatsächlich zum „großen Wurf“ kommen kann.

Literatur

- Augurzky B, Gülker R, Mennicken R, Felder S, Meyer S, Wasem J. Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012.
- Augurzky B, Beivers A, Schmitz H. Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung – Das ländliche Krankenhaus im Fokus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012b; 19–31.
- Augurzky B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt, C. Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei 2014a.
- Augurzky B, Kreienberg R, Mennicken R. Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg: medhochzwei 2014b.
- Boldt J, Schöllhorn T. Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (19): A995–7.
- Blum K, Offermanns M. Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Gutachten. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut 2012.
- Drösler S, Weyermann M. Entwicklung der Leistungen für hochbetagte Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2013 – Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 49–68.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: Deutsches Krankenhausgesellschaft 2014.

- Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft. In: Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 141–64.
- Lux G, Steinbach P, Wasem J, Weegen L, Walendzik A. Demografie und Morbiditätsentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2013 – Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer 2013; 69–82.
- Malzahn J, Wehner C, Fahlenbrach, C. Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 35–72.
- OECD. Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. Paris: OECD 2013.
- OECD. Health Data: Health Status: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (21. Juli 2014).
- Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung (submitted).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2014 – Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bundestags-Drucksache 18/1940, 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 17/10323, 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009 – Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770, 2009.
- Schlömer C, Pütz T. Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte Kompakt. Bonn: Bundesinstitut für Bau, Stadt und Raumforschung 2011; 1–15.
- Spangenberg M, Beivers A. Flächendeckende Versorgung im DRG-Zeitalter. In: Rau F, Roeder N, Hensen P. Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2009: 431–43.
- Spiegel (o. V.). Das Geschäft mit der Krankheit – Ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik. 4. Teil: Die Krankenhäuser (I). Spiegel 1972; 14: 127–43.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1 Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2014.
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134 (24): 1261–6.
- Thomas D, Reifferscheid A, Pomorin N, Focke A, Schillo S. Krankenhausversorgung. In: Wasem J, Staudt S, Matusiewicz D. Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013.

2 Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich

Alexander Geissler und Reinhard Busse

Abstract

Die Planung und Steuerung von stationären Kapazitäten wird in vielen Ländern reguliert. Dies geschieht jedoch äußerst unterschiedlich, ausgehend von nationalen Gesundheitszielen, dem vorhandenen Grad politischer Dezentralisierung, einer differierenden Planungsbreite bzw. -tiefe sowie unter Zuhilfenahme verschiedenster Investitionsfinanzierungsansätze. Dabei rückt die Leistungssteuerung in den Mittelpunkt der Kapazitätsplanung einiger Länder, um die Grundversorgung wohnortnah und eine Spezialversorgung in ausgewählten und mit der notwendigen Kompetenz und Ausstattung versehenen Standorten zu gewährleisten.

Planning and steering of hospital capacities is regulated in many countries. However, the approaches differ based on national health targets, the degree of political decentralisation and the scope of planning. Moreover, different capital investment strategies are used for capacity building. There is a trend towards service planning in order to deliver basic care close to the residence of patients and highly specialised care in selected treatment centres throughout the country.

2.1 Einführung

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über ein Höchstmaß an stationären Kapazitäten. Zwar wurde in Deutschland – wie auch in vielen anderen Ländern – die Anzahl der Krankenhausbetten in der jüngeren Vergangenheit reduziert, jedoch geschah dies ausgehend von einem sehr hohen Niveau und vergleichsweise langsam (Geissler et al. 2010). Zugleich stiegen die Fallzahlen in den vergangenen Jahren im internationalen Vergleich überdurchschnittlich stark an (OECD 2013 a), was den Schluss nahelegt, dass die Kapazitäten deutscher Krankenhäuser den ungewollten Anreiz zur (eingetretenen) Mengenausweitung – insbesondere unter Berücksichtigung der Anreize der Fallpauschalen – begünstigt haben (Schreyögg et al. 2014).

Die Steuerung und Planung stationärer Kapazitäten ist komplex, da sie unter starker Unsicherheit bzgl. zukünftiger gesellschaftlicher und medizintechnologischer Entwicklung getroffen werden muss, erhebliche Investitionen mit langen Nutzungsdauern nach sich zieht und zusätzlich über eine Reihe von Planungsinstanzen unter Mitwirkung zahlreicher Akteure erfolgt. Trotzdem ist sie zwingend notwendig in Gesundheitssystemen, die nicht frei von Informationsasymmetrien, angebotsinduzierter Nachfrage und Leistungsselektion auf Anbieterseite sind.

Eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und zunehmend auch von Qualitätsaspekten bestimmte Planung und Steuerung der Versorgung stellt eine große Herausforderung dar. Dabei gilt es, aufgrund der individuellen Stärken und Schwächen möglichst ein Gleichgewicht zwischen den Entwicklungspotenzialen des einzelnen Krankenhauses im Krankenhauswettbewerb auf der einen Seite und einer qualitätsorientierten Leistungssteuerung durch Struktur- und Prozessvorgaben auf der anderen Seite herzustellen, damit eine *wohnortnahe Grundversorgung* und eine *bedarfsgerechte Spezialversorgung* in ausgewählten und mit der notwendigen Kompetenz und Ausstattung versehenen Standorten gewährleistet werden kann.

In der jüngsten Vergangenheit ist die Krankenhausplanung, die allein den Bundesländern vorbehalten ist, wieder stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte gerückt, weil sie die Möglichkeit bietet, Kapazitäten aus- oder abzubauen bzw. umzuwidmen oder durch qualitätsorientierte Struktur- und Prozessvorgaben eine Leistungssteuerung zu ermöglichen, die allein durch das Angebotsverhalten der Krankenhäuser nicht zu optimalen Ergebnissen kommen kann.

Dieses Kapitel beschäftigt sich deskriptiv mit einigen Ansätzen zur Krankenhausplanung in sechs europäischen Nachbarländern (Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande) um mögliche Entwicklungspotenziale für die deutsche Krankenhausplanung aufzuzeigen. Zunächst werden dabei Unterschiede der Planungsverantwortlichkeiten skizziert und anschließend differierende Planungsumfänge bzw. die unterschiedliche Planungstiefe beleuchtet. Danach wird ein kurzer Überblick zu den verschiedenen Optionen zur Investitionsfinanzierung gegeben, bevor dieses Kapitel mit einer Diskussion der international eingesetzten Planungsansätze und deren Übertragbarkeit auf Deutschland schließt. Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass die vorgestellten Methoden zur stationären Kapazitätsplanung jeweils in ein nationales Gesundheitssystem mit individuellen Anforderungen eingebettet sind und daher meist nicht direkt auf ein anderes Land zu übertragen sind. Zudem gibt es in der ohnehin sehr überschaubaren Literatur zur praktischen Umsetzung der Krankenhausplanung bisher keine Evidenz, welcher der international eingesetzten Planungsansätze vorteilhafter ist und unter Berücksichtigung der vorgenommenen Ausgaben die beste Versorgungsqualität liefert.

2.2 Planungsverantwortung

In internationalen Vergleichen zu ausgewählten Fragestellungen von Gesundheitssystemen spiegelt sich immer der nationale Grad der politischen Dezentralisierung wider, insbesondere bezüglich des Entscheidungsspielraums geografischer Einheiten. So gibt es einerseits Länder, in denen traditionell mehrheitlich zentral auf nationaler Ebene gesteuert wird (z. B. Frankreich), und andererseits Länder, in denen der kommunalen Ebene mehr Gewicht zukommt (z. B. Finnland oder Schweden). Die Krankenhausplanung in europäischen Ländern wird von verschiedensten administrativen Einheiten lokal, regional, national und gleichzeitig unter Einbezug aller Entscheidungsebenen hinweg durchgeführt. Eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche einzelner Entscheidungsebenen ist daher sehr schwer. Zudem ist die

Tabelle 2–1

Verantwortlichkeiten der Krankenhausplanung

Land	
Dänemark	Regionen und Kommunen planen eigenständig unter zentraler Aufsicht
England	Nationale und regionale Planung gelenkt von der Zentralregierung unter Teilnahme lokaler Behörden
Finnland	Planung in kommunaler Verantwortung über Krankenhausbezirke die von Kommunen gebildet werden
Frankreich	Regionale Gesundheitsagenturen planen auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans in Absprache mit lokalen Akteuren
Italien	Regionalregierungen planen auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans
Niederlande	Krankenhäuser planen bis auf wenige spezialisierte Leistungen selbst, Zentralregierung interveniert wenn Zugang zu Versorgung bedroht ist

Quelle: modifiziert auf Grundlage von Ettelt et al. 2009 und Paris et al. 2010

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Planungstiefe sehr divers und reicht von detaillierten Plänen, die für jedes Krankenhaus und jede Fachabteilung genau die Anzahl der maximal nutzbaren Betten und deren minimalen Nutzungsgrad ausweisen, wie es z. B. in einigen deutschen Bundesländern der Fall ist, bis hin zur selbständigen Planung der Krankenhäuser bzw. deren Verbänden in Verbindung mit einem Interventionsrecht der Zentralregierung bei drohenden Zugangsproblemen wie etwa in den Niederlanden (Ettelt et al. 2009) (vgl. Tabelle 2–1).

Um Planungsbereiche besser voneinander trennen zu können, empfiehlt es sich, zwischen strategischer und operationaler Planung zu unterscheiden. Die *strategische Planung* umfasst dabei eine Rahmenplanung, die die wesentlichen Ziele eines Gesundheitssystems berücksichtigt und Strategien zu deren Erreichung skizziert. Die strategische Planung wird meist von den obersten Behörden/Ministerien auf nationaler Ebene (z. B. England, Frankreich, Italien) oder entsprechenden Einrichtungen auf regionaler Ebene wie z. B. in Deutschland (Landesministerien) durchgeführt. Im Gegensatz dazu wird jedoch in skandinavischen Ländern (Dänemark, Finnland) weitestgehend auf eine zentrale strategische Planung verzichtet und die Entscheidungskompetenz auf kommunale Behörden verlagert. Die *operationale Planung* hingegen übersetzt den strategischen Plan in konkrete Maßnahmen wie die Verteilung und Größe von Einrichtungen, deren Ausstattungen und das Niveau des für den Betrieb notwendigen Budgets und wird in vielen Ländern maßgeblich von der regionalen und lokalen Planungsebene bestimmt. Die Verknüpfung von verschiedenen Planungsebenen ist eher in Ländern mit einer nationalen strategischen Rahmenplanung (England, Frankreich, Italien) anzutreffen. Hier werden Vorgaben der strategischen Planung bei der operationalen Planung integriert. In Italien beispielsweise, einem Land, in dem das Gesundheitssystem dezentral organisiert ist und die Regionen großen Entscheidungsspielraum besitzen, wird vom nationalen Gesundheitsministerium ein Drei-Jahres-Gesundheitsplan entwickelt, der die nationale Strategie, damit verbundene Ziele und konkrete Leistungsindikatoren vorgibt. Regionale Akteure sind zwar eingebunden in die Planung, mit Inkrafttreten des Plans sind sie jedoch angehalten, diesen operativ mit Leben zu füllen, was wieder-

Tabelle 2–2

Planungsebenen und deren Beziehung

Land	National	Regional	Lokal	Beziehung der Planungsebenen
Dänemark	strategisch	operational	operational	Integration
England	strategisch	strategisch und operational	operational (Verfolgung lokaler Strategien)	Integration
Finnland	–	operational	operational	Keine
Frankreich	strategisch	strategisch und operational	–	Integration
Italien	strategisch	strategisch und operational	–	Integration
Niederlande	–	–	–	Keine

Quelle: modifiziert auf Grundlage von Ettelt et al. 2009 und Paris et al. 2010

Krankenhaus-Report 2015

WlDO

um seitens des Gesundheitsministeriums kontrolliert wird. In England wurde in den vergangenen Jahren der lokalen Ebene auch mehr Entscheidungsspielraum eingeräumt. Zwar gibt es ähnlich wie in Italien einen nationalen Plan, der wesentliche Schlüsselziele vorgibt, die dann mit einer regionalen/lokalen Planung verfolgt werden müssen. Diese kann aber von den regionalen und lokalen Entscheidungsträgern frei nach dem tatsächlich lokalen Bedarf angepasst werden. In Frankreich sind regionale Gesundheitsagenturen (Agences Regionales de Santé) mit der Planung betraut. Einzig die Errichtung von Krankenhausneubauten und die Einrichtung von Notfallzentren bedürfen der Autorisierung des nationalen Gesundheitsministeriums (van der Vorde 2014) (vgl. Tabelle 2–2).

2.3 Planungsbreite und -tiefe

Die Planung des Leistungsangebots umfasst in manchen Ländern längst nicht nur die Planung von Krankenhauskapazitäten. So wird in Dänemark, England und in Teilen auch in Finnland das ambulante Leistungsspektrum in die Planung einbezogen. Eine solche Systemperspektive scheint angesichts der international zu beobachtenden zunehmenden Verweildauerverkürzung und Verlagerung von vormals rein stationär zu erbringenden Leistungen in ambulante Behandlungsumfelder angebracht. Die ausschließliche Planung von Krankenhauskapazitäten ignoriert einen sich ändernden Versorgungsbedarf und kann die Einführung und Verbreitung moderner Versorgungskonzepte behindern. Die Förderung einer Systemperspektive in der Planung scheint daher zwar vorteilhaft, ist aber abhängig von den politischen Rahmenbedingungen und der Bereitschaft der entsprechenden Entscheidungsträger, strukturelle Veränderungen vorzunehmen.

Auch der Einbezug privater (gewinnorientierter) Krankenhausträgerstrukturen in die Planungsaktivitäten unterscheidet sich international und hängt im Wesentlichen davon ab, ob es Krankenhäusern in privater Trägerschaft *allgemein*

oder *einzelvertraglich* gestattet ist, mit den Sozialversicherungssystemen abzurechnen. Die Ausgestaltung einzelvertraglicher Beziehungen (vgl. Versicherungsverträge i. S. v. §§ 108 Nr. 3 und 109 SGB V in Deutschland) und deren Berücksichtigung in der Krankenhausplanung ist dabei äußerst divers. Jedoch zeigt sich, dass private Träger darüber immer mehr Eingang in die Versorgungsstrukturen finden. So werden z. B. Leistungen aus privater Trägerschaft in Finnland von den lokalen Entscheidern eingekauft, wenn diese als bedarfsnotwendig angesehen werden und mit dem öffentlichen Angebot nicht ausreichend abgedeckt sind, um wichtige Versorgungsziele, wie etwa angemessene Wartezeiten, zu erreichen (Kautiainen et al. 2011). In Frankreich und Italien werden wie in Deutschland die stationären Kapazitäten in privater Trägerschaft bei der allgemeinen Planung berücksichtigt. In England wurden in der Vergangenheit nur Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft einbezogen, jedoch mit zunehmender Verbreitung privater Träger werden diese auch in die Planung aufgenommen. In Dänemark und Finnland werden nur die öffentlichen Kapazitäten und Strukturen einer Planung unterzogen (Ettelt et al. 2009).

Auch die Planungstiefe unterscheidet sich stark über die Landesgrenzen hinweg. Einige Länder planen grob die Anzahl und die Lage von Krankenhäusern und dies zumeist einfach auf Grundlage der vorhandenen Einrichtungen. Andere Länder hingegen planen detailliert die Lage und Anzahl von Fachabteilungen sowie die apparative Ausstattung von Krankenhäusern in einer bestimmten Region. Dabei kommt traditionell immer noch das Bett als Planungseinheit zum Einsatz, z. B. in Italien und Finnland wie auch in Deutschland. Frankreich und England hingegen haben sich von dieser Planungsgrundlage gelöst und planen anhand von Behandlungsvolumina auf Ebene von Diagnosegruppen, da ein Bett zunächst keine Restriktion in der Leistungsausübung von Krankenhäusern darstellt und vielmehr die technische Ausstattung eines Bettes sowie die Personalstärke und -qualifikation die Behandlungsmöglichkeiten determinieren.

Da der Zusammenhang von Qualität und Anzahl der erbrachten Leistungen je Leistungserbringer stets diskutiert wird, ist in den vergangenen Jahren die Leistungssteuerung und insbesondere die Frage nach der Verteilung von spezialisierten Behandlungsangeboten in den Vordergrund gerückt. Dänemark stellt hierfür ein interessantes Beispiel dar, da dort fortlaufend seit 2007 besonders spezialisierte Krankenhausleistungen auf ausgewählte Standorte konzentriert werden (OECD 2013b). Die Zentralregierung gibt dafür einen Rahmenplan vor, der von den fünf Regionen schrittweise umgesetzt wird. Krankenhausleistungen werden dabei getrennt nach Fachdisziplinen und medizinisch geleitet als grundlegend, regional oder hochspezialisiert eingestuft. Circa 90% aller Leistungen sind grundlegender Art und werden in jedem Krankenhaus angeboten. Regionale Leistungen, die verschiedene Ressourcen benötigen (z. B. vaskuläre Chirurgie, klinische Mikrobiologie, spezielle Geburtshilfe und Gynäkologie oder Brustkrebschirurgie), sollen an ein bis drei Standorten einer Region zu finden sein. Hochspezialisierte Leistungen, die durch eine hohe Komplexität, ein seltenes Auftreten und hohe Interdisziplinarität während der Leistungserstellung gekennzeichnet sind (z. B. Neurochirurgie), sollen in ein bis drei Krankenhäusern im ganzen Land angeboten werden. Diese Vorgaben führten zu einer massiven Reorganisation von Leistungen innerhalb der Regionen. Dieser Umbau wird mit 40 Milliarden dänischen Kronen von 2010 bis 2020 unterstützt,

was ca. 2,5% der Gesamtausgaben pro Jahr über die gesamte Dekade entspricht. Ein qualitativer Effekt kann jedoch bisher noch nicht bestätigt werden, da aussagekräftige Evaluationen noch nicht vorliegen.

Neben der Planungstiefe ist auch die Planungsmethodik international sehr unterschiedlich. Obwohl eine breite wissenschaftliche Basis zum optimalen Standort von öffentlichen Einrichtungen (insb. Krankenhäuser) z. B. mithilfe von Location-Allocation-Modellen aus dem Operations Research vorliegt (Love et al. 1988, Syam und Cote 2012), sind diese Verfahren in der Praxis wenig verbreitet. Dies liegt möglicherweise an der starken Interdisziplinarität der Problematik, da neben mathematischen und geografischen auch epidemiologische und medizinische Kompetenzen für eine Bedarfsprognose benötigt werden. Daher wird eher mithilfe einfacher mathematischer Methoden (Hill-Burton-Formel) wie auch in Deutschland (z. B. in Baden-Württemberg, Berlin oder Hessen) der Bettenbedarf berechnet und ggf. angepasst. Dazu kommt, dass die Errichtung oder der Ausbau eines Krankenhauses stark von politischen Interessen getrieben ist, da Krankenhäuser zum einen lokale Wirtschaftsmotoren sind und zum anderen die medizinische Versorgung der umliegenden Bevölkerung sicherstellen, sodass eine wissenschaftliche Unterstützung bei Planungsprojekten eher im Hintergrund steht.

2.4 Investitionsplanung

Mit der Planung von Krankenhauskapazitäten geht auch deren Finanzierung einher. Um diese zu ermöglichen, gehen die hier beschriebenen Länder unterschiedliche Wege. Während in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen (z. B. können beim Bau von Hochschulkliniken auch Bundesmittel zum Einsatz kommen) die Bundesländer die Investitionsfinanzierung allein sichern sollten, sind in anderen Ländern (z. B. England, Finnland, Frankreich und Italien) auch die Zentralregierungen an der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern beteiligt (Thompson und McKee 2004). Eine Ausnahme stellen die Niederlande dar; dort werden Investitionen allein von den Krankenhäusern getragen, die damit zwar frei in den Investitionsentscheidungen sind, aber auch allein das unternehmerische Risiko einer Fehlinvestition tragen.

Ein internationaler Trend der vergangenen Jahre ist die schrittweise Einführung von integrierten Investitionszulagen, die zusammen mit den operativen Mitteln, d. h. den für den Krankenhausbetrieb vorgesehenen Mitteln, ausgeschüttet werden. So wird in England seit 2004 ein Großteil der Investitionsmittel zusammen mit den DRG-basierten Tarifen (Healthcare Resource Groups – HRGs) vergeben. Diese Tarife und damit auch die integrierten Investitionszulagen werden mit einem „Market Forces Factor“ (MFF) adjustiert, um regionale Kostenunterschiede, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhäuser liegen, bei der Vergütung berücksichtigen zu können. Der MFF besteht im Wesentlichen aus drei Sub-Faktoren: Arbeit, Land und Gebäude. Die beiden letzteren berücksichtigen unterschiedliche Kosten innerhalb Englands für den Erwerb und die Kapitalkosten von Flächen und Gebäuden (Mason et al. 2011). In Frankreich sind Investitionskosten seit 2008 Bestandteil der Vergütung über DRG-basierte Tarife (Groupes Homogènes de Malades – GHM). Zuvor wurden in den Jahren 2003 und 2007 jeweils nationale Fünf-Jahres-Investitionspro-

gramme (Krankenhausplan 2007 und 2012) mit einem Gesamtvolumen von sechs bzw. sieben Milliarden Euro aufgelegt. Dadurch ist der Anteil der integrierten Investitionszulagen an den Gesamtinvestitionen teilweise intransparent (Or und Belanger 2011). Auch in den Niederlanden werden seit Einführung der leistungsbezogenen Krankenhausvergütung (Diagnosebehandelingcombinates – DBC) im Jahr 2005 die Mittel für Investitionen in die operativen Mittel integriert. In allen drei Ländern wird kritisiert, dass Krankenhäuser mit vergleichsweise alter Infrastruktur durch die integrierten Investitionszulagen benachteiligt sind, da sie mehr Zeit zur Ansparung von Investitionen brauchen, um ein vergleichbares Ausstattungsniveau wie neuere Krankenhäuser zu erreichen. Dem wird jedoch entgegengehalten, dass gerade in älteren Krankenhäusern zumindest die bauliche Infrastruktur längst bilanziell abgeschrieben ist.

Neben der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln und der Fremdfinanzierung (z. B. durch Kredite) werden Investitionen international auch über Public-private-Partnerships (PPPs) realisiert (z. B. England, Frankreich oder Italien). Das hat aus kommunaler Perspektive den Vorteil, dass zunächst ohne den Einsatz öffentlicher Mittel möglicherweise dringende Bauprojekte realisieren werden können, führt aber auch nach Fertigstellung der Objekte zu einer stetigen Belastung der öffentlichen Haushalte, da diese an den privaten Investor, je nach Investitionsumfang über Jahrzehnte, Mietzahlungen zu leisten oder Leasingraten zu begleichen haben. PPPs wurden insbesondere in Frankreich und England stark kritisiert und negativ evaluiert, da die Plankosten deutlich überzogen wurden, für die öffentliche Hand nachteilige Verträge ausgehandelt wurden und insgesamt der Einfluss auf die Ausgestaltung der Projekte deutlich geringer war als dies bei alleiniger Durchführung der Fall gewesen wäre (van de Voorde et al. 2014).

Insbesondere in der jüngsten Vergangenheit wurde immer deutlicher, wie sehr in Deutschland eine Bürgerbeteiligung bei größeren Investitionsprojekten gewünscht wird. Diese wäre auch für Krankenhausbauprojekte denkbar, da Krankenhäuser zwar neben vielen positiven Eigenschaften (z. B. bessere medizinische Versorgung, Arbeitsplätze oder Infrastruktur) auch gerade bei Neubauten für die unmittelbar betroffenen Anwohner negative Begleiterscheinungen haben (z. B. Lärm oder hohes Personenaufkommen). In England und Schweden werden daher die Bürger in die Planung von Krankenhausbauten einbezogen (Thompson und McKee 2004).

2.5 Diskussion

Auch wenn internationale Vergleiche stets mit einer Reihe von Limitationen aufgrund der teils mangelnden Vergleichbarkeit zwischen den Ländern behaftet sind, so lassen sich dennoch interessante Grundzüge anderer Planungsansätze für Deutschland diskutieren.

In Deutschland konzentriert sich dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) folgend die Krankenhausplanung auf die Bundesländer. Diese sollen Pläne aufstellen (§ 6 KHG), die in den jeweiligen Landeskrankengesetzen formal und inhaltlich zu spezifizieren sind. Zwar haben nun einige Länder angekündigt, in Zukunft stärker über die Landesgrenzen hinweg in Kooperation mit anderen Ländern

planen zu wollen (z. B. Berlin mit Brandenburg (Land Berlin 2014)), derartige Kooperationen sind jedoch bisher keineswegs die Regel. Ebenso gibt es keinen deutschen Gesamtrahmenplan, wie es ihn beispielweise in England, Frankreich oder Italien gibt. Eine stärkere Kooperation der Bundesländer, z. B. unter Maßgabe einer Rahmenplanung mit einheitlichen Zielvorgaben, könnte personelle und technische Ressourcen insbesondere für die Spezialversorgung (analog zum Beispiel Dänemark) besser verteilen und so möglicherweise zu einem gesteigerten Patientennutzen beitragen. Mehr noch: Eine gesamtdeutsche Perspektive würde vermutlich die innerdeutschen Unterschiede in der Versorgungslandschaft aufdecken, auf die politische Agenda bringen und damit eine Diskussion zu den Ursachen und deren Überwindung entfachen.

In Deutschland kann zunehmend beobachtet werden, wie die getrennte Planung von ambulanten und stationären Strukturen zu unerwünschten Ergebnissen führt. Das lässt sich besonders gut am Beispiel der Notfallversorgung illustrieren. Einerseits sinkt die Verweildauer und das Fallzahlwachstum ist bei Fällen mit sehr kurzen Liegezeiten am größten. Andererseits scheint die Nachfrage nach (Notfall-) Krankenhausbehandlungen möglicherweise aufgrund einer zunehmend eingeschränkten Verfügbarkeit von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten oder veränderten Präferenzen der Bevölkerung zu steigen. Dies zeigt auch die Tatsache, dass sich die Fallarten in deutschen Rettungsstellen verändert haben, mit einer tendenziellen Zunahme medizinisch eher leichter Fälle (Schreyögg et al. 2014). Eine Planung aus Systemperspektive könnte nun entweder – so wie es auch in vielen Nachbarländern der Fall ist – ambulante Kapazitäten in Krankenhäusern fest verankern, um frühzeitig Entscheidungen über die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung zu treffen, oder aber die ambulante Notfallversorgung durch niedergelassene Ärzte stärken. In jedem Fall müssten jedoch die vorhandenen Notfallkapazitäten auf ihre Bedarfsnotwendigkeit und Ausstattung überprüft werden. Oftmals stehen bei der Diskussion dieser potenziellen Möglichkeiten in Deutschland zunächst Fragen der Budgetverteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern im Vordergrund, da stets befürchtet wird, dass strukturelle Änderungen automatisch zu Verschiebungen im Gesamtbudget führen. Das Patienten aber effizienter und effektiver versorgt werden könnten, scheint bei diesen Auseinandersetzungen teilweise von nachrangiger Bedeutung zu sein.

Der beschriebene Trend zu integrierten Investitionsmitteln ist auch in Deutschland aufgegriffen worden. Mit dem 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurden die Bundesländer in die Lage versetzt, von der traditionellen Einzel- und Pauschalförderung von Krankenhausinvestitionen abzuweichen und in selbstbestimmtem Umfang die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den vergangenen Jahren entwickelten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) einzusetzen. Der IBR-Katalog 2014 wurde auf Grundlage von Investitionskostendaten aus 39 freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern (darunter keins in privater Trägerschaft) gebildet (InEK 2014). Im Unterschied zur integrierten Investitionsmittelvergabe in England weisen die IBR keinen regionalen oder lokalen Bezug auf und können nicht auf Grundlage von lokalen Gegebenheiten (z. B. differierende Immobilienpreise oder Baukosten) adjustiert werden. Da zudem den Bundesländern die tatsächliche Einführung und der Umfang der Investitionsmittelvergabe über IBR überlassen ist, bleibt abzuwarten, ob und in welchem Um-

fang sich diese angesichts der sinkenden Investitionsmittelverfügbarkeit (Haushaltsslage) und der geringeren Gestaltungsmöglichkeiten der Kliniklandschaft für eine integrierte Investitionsmittelvergabe entscheiden.

Das Krankenhausbett ist in Deutschland die wesentliche Planungsgrundlage. Da jedoch die personelle und apparative Ausstattung eines Krankenhauses viel stärker die medizinische Versorgung determinieren, wäre ein Paradigmenwechsel in der zukünftigen Krankenhausplanung hin zur Leistungsplanung – ähnlich wie es in Frankreich und England vollzogen wurde – überlegenswert. Dafür müssten jedoch neue regionalspezifische Nachfrageprognosemodelle, die Verweildauerentwicklungen getrennt nach Diagnosegruppen berücksichtigen, auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt werden (Schreyögg et al. 2014). Zudem wäre es bei Krankenhausneubauten wünschenswert, wenn ausgehend von den angestrebten Versorgungsschwerpunkten der potenzielle Standort mit verschiedenen wissenschaftlichen Modellen hinsichtlich seiner Optimalität überprüft und unter strukturierter Bürgerbeteiligung diskutiert werden könnte.

In jüngster Vergangenheit haben Bundesländer wie Hamburg, Berlin oder auch Nordrhein-Westfalen ihre Krankenhauspläne überarbeitet und Optionen der Leistungssteuerung durch Struktur- und Prozessvorgaben für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. Schlaganfall) aufgegriffen. Oftmals wurden derartige Initiativen in der Vergangenheit jedoch gerichtlich gekippt, beispielsweise mit dem Verweis auf die einzuhaltende wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§ 1 KHG), die Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeiten im ärztlichen Dienst oder die mangelnde wissenschaftliche Evidenz (Mindestmengen). Dies zeigt, dass neue Ansätze politisch gewollt, rechtssicher implementiert und von allen Partnern der Selbstverwaltung im Konsens getragen werden müssen.

Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: DKG 2012.
- Ettelt S, McKee M, Nolte E, Mays N, Thomson S. Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2009; 47–66.
- Geissler A, Wörz M, Busse R. Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J. Krankenhaus-Report 2010: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer 2010; 25–40.
- InEK. Abschlussbericht zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2014.
- Kautiainen K, Häkkinen U, Lauharanta J. Finland: DRGs in a decentralized health care system. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press 2011; 321–38.
- Land Berlin. Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014.
- Love RF, Morris JG, Wesolowsky GO. Facilities Location: Models & Methods. New York Amsterdam London: North-Holland 1988.

- Mason A, Ward P, Street A. England: The Healthcare Resource Group System. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press 2011; 197–220.
- OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing 2013a.
- OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*. OECD Publishing 2013b.
- Or Z, Bellanger M. France: implementing homogeneous patient groups in a mixed market. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press 2011; 221–42.
- Paris V, Devaux M, Wie L. *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No. 50. OECD Publishing 2010.
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. *Endbericht zum Forschungsauftrag gem. § 17b Abs. 9 KHG*. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2014.
- Syam SS, Côté MJ. A comprehensive location-allocation method for specialized healthcare services. *Operations Research for Health Care* 2012; 1 (4): 73–83.
- Thompson CR, McKee M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy* 2004; 67 (3): 281–91.
- Van de Voorde C, Van den Heede K, Obyn C, Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Busse R, Magnussen J, Camaly O, Devriese S, Gerkens S, Mispion S, Neyt M, Mertens R. *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) 2014. KCE Reports 229. D/2014/10.273/68

3 Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten

David Scheller-Kreinsen und Franz Krause

Abstract

Große öffentliche Aufmerksamkeit in der anstehenden Strukturreform für die somatische Krankenhausversorgung erfährt die Frage, wie schnell ein Krankenhaus erreicht werden kann bzw. erreicht werden soll. Der Beitrag untersucht hierzu drei ausgewählte Ausgangsparameter. Die Analysen zeigen: Die Erreichbarkeit von somatischen Grundversorgern ist sehr gut. Klar wird auch: Patientenpräferenzen aufgrund vermuteter oder tatsächliche Qualitäts- bzw. Strukturunterschiede zwischen Krankenhäusern und das Ein- und Zuweiserverhalten sind schon heute sehr wichtige Parameter, die den Ort der Krankenhausbehandlung beeinflussen. Die Bestandsaufnahme belegt zudem, dass unabhängig von der räumlichen und der siedlungsstrukturellen Lage die Bettenauslastung fast im gesamten Bundesgebiet deutlich unterhalb von 85 Prozent liegt. Es existieren Kapazitätsreserven.

The question how quickly a hospital can be – or should be – reached receives great public attention within the discussion of the forthcoming structural reform of hospital care in Germany. The paper examines three selected initial parameters. The analyses show that accessibility of inpatient basic and emergency care is very good. Apart from that, patients' preferences due to suspected or actual quality or structural differences between hospitals as well as referral practice are already very important parameters that influence where hospital treatment takes place. The survey also shows that almost throughout Germany, the bed occupancy rate is significantly lower than 85 percent regardless of the geographical situation and settlement structure. The authors conclude that there are spare capacities.

3.1 Einführung

Im Nachgang zur Bundestagswahl wird über eine ordnungspolitische Neuordnung der Krankenhausstrukturen in Deutschland diskutiert. Hintergrund ist, dass internationale Vergleiche für die Krankenhausversorgung in Deutschland strukturelle Überkapazitäten nahelegen. Das spiegelt sich u. a. in den jüngsten Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wider, die zeigen, dass Deutschland im Vergleich der europäischen Länder bei der Bettendich-

te immer noch einsamer Spitzenreiter ist (Schönstein und Kumar 2013). Auch bei der Verweildauer und der Zahl der Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner steht Deutschland weiterhin mit an der europäischen Spitze. Darauf aufbauend fordern die Krankenkassen insbesondere in Ballungsräumen eine Strukturbereinigung, die auch die Schließung von Krankenhäusern bzw. Standorten umfasst. Hingegen wird von Leistungserbringerseite immer wieder ein massives „Krankenhaussterben“ problematisiert, das mit der Einführung des DRG-Systems einhergehe. Folgt man der Argumentation der Leistungserbringer, ist schon heute die flächendeckende Versorgung im Bereich der Grundversorgung auf dem Land gefährdet. Gleichzeitig wird suggeriert, dass Krankenhäuser gegenwärtig bereits an der Kapazitätsgrenze arbeiten und eine Strukturbereinigung daher zu einer Unterversorgung führe. Im Gegensatz dazu betonen die Krankenkassen, dass die Bettenauslastung deutlich unter den in den meisten Krankenhausplänen angestrebten 85 Prozent liegt. Sie gehen daher davon aus, dass Kapazitätsreserven existieren, die im Zuge einer Strukturbereinigung gehoben werden sollten.

Ziel dieses Beitrags wird es sein, vor diesem Hintergrund die Ausgangslage im Vorfeld der sich abzeichnenden Krankenhausreform der Jahre 2015 und 2016 zu untersuchen. Dabei werden drei inhaltliche Fragen adressiert:

1. Wie stellt sich aktuell die Erreichbarkeit von Krankenhäusern dar?
2. Wie schnell erreichen die vollstationären Patienten derzeit den Ort der Behandlung?
3. Auf welchem Niveau bewegt sich die Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser?

Als Ausgangspunkt der Erreichbarkeitsanalysen wird zunächst untersucht, welche Fahrzeiten die Bevölkerung im Bundesgebiet benötigt, um ein Krankenhaus zu erreichen, das mindestens Leistungen der Grundversorgung anbietet. Anschließend wird analysiert, welche Fahrzeiten die vollstationären somatischen Patienten (diese werden im Folgenden vereinfacht als „Patienten“ bezeichnet) im Jahr 2012 tatsächlich gebraucht haben, um stationäre Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen der Kapazitätsanalysen wird die Bettenauslastung von somatischen Krankenhäusern untersucht. Dabei wird die Bettenauslastung differenziert nach räumlicher und siedlungsstruktureller Lage von Krankenhäusern sowie nach Krankenhausgrößenklassen betrachtet.

3.2 Methodik und Datengrundlage

3.2.1 Erreichbarkeits- und Fahrzeitanalyse

Es liegt bereits eine Reihe von Analysen zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern und zu den Fahrzeiten bzw. -strecken stationärer Patienten vor (beispielsweise Beivers und Spangenberg 2008; Friedrich und Beivers 2009; Lungen und Büscher 2012; Lungen et al. 2006; Spangenberg und Schürt 2005; Spangenberg 2012). Ausgangspunkt einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Erreichbarkeitsthematik war insbesondere die Einführung des DRG-Systems, da eine verstärkte Marktkonzentration antizipiert wurde. Es hat sich jedoch gezeigt, dass diese nicht eingetreten

ist (Leber und Scheller-Kreinsen 2014). In die Zeit der DRG-Einführung fällt auch die erste systematische Auseinandersetzung mit der Thematik durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (BBR 2005; Spangenberg und Schürt 2005). In den nachfolgenden Jahren wurden die Analysen durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) weitergeführt und verfeinert (Beivers und Spangenberg 2008; Spangenberg 2012) und im Rahmen der DRG-Begleitforschung aufgegriffen (IGES 2010; 2011; 2013). Dennoch scheint es angesichts der sich abzeichnenden Krankenhausreform und der größeren Rolle, die die Erreichbarkeit im Kontext der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) laut Koalitionsvertrag der Bundesregierung (November 2013) spielen soll, angezeigt, eine aktualisierte Erreichbarkeitsanalyse vorzulegen.

Krankenhausstandorte

Auf Grundlage der in den Daten des Jahres 2012 nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ausgewiesenen Standorte bzw. Betriebsstätten, der Standorte in den Qualitätsberichten des Jahres 2012 des G-BA, der im Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (KHV) des Jahres 2012 des Statistischen Bundesamtes ausgewiesenen Krankenhäuser sowie einer detaillierten qualitativen Recherche wurde eine Krankenhausliste generiert, die 1793 Standorte mit somatischer Behandlung umfasst. Jedem Standort ist eindeutig eine Anschrift zugeordnet, die eine Geokodierung ermöglicht. Über das Institutskennzeichen (IK), die Standortnummer und die behandelnde Fachabteilung können wiederum die Fälle nach § 21 KHEntgG zugeordnet werden. Für die geografische Verortung wurden die Informationen der OpenStreetMap-Geocodierung genutzt. Im Rahmen der Fahrzeit- und Erreichbarkeitsanalysen wurden ausschließlich Krankenhäuser berücksichtigt, die zumindest Leistungen der stationären Grundversorgung erbringen. Diese werden im Folgenden vereinfacht als „Grundversorger“ bezeichnet. Methodisch wurden die Grundversorger datengetrieben anhand des im Datensatz nach § 21 KHEntgG dokumentierten Fallspektrums ermittelt. Zunächst wurden zu diesem Zweck die 30 am häufigsten abgerechneten DRGs des Jahres 2012 der Fachabteilungen Innere Medizin (Fachabteilungsschlüssel 0100) und Allgemeine Chirurgie (Fachabteilungsschlüssel 1500) analysiert. Einige wenige DRGs wurden dabei nicht berücksichtigt, da sie trotz hohen Fallvolumens offensichtlich eine Spezialversorgung darstellen.¹ Ausgehend von der auf diese Weise generierten fachabteilungsspezifischen Indikator-DRG-Liste wurden Krankenhausstandorte als Grundversorger kategorisiert, sofern im Jahr 2012 je Fachabteilung

- a) mindestens 400 Fälle der Indikator-DRGs abgerechnet wurden, dabei
- b) 28 verschiedene Indikator-DRGs der Inneren Medizin und
- c) 20 verschiedene Indikator-DRGs der Allgemeinen Chirurgie auftraten sowie

¹ So gehört die DRG E63Z (Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis zwei Belegungstage) zwar zu den 15 häufigsten der in den Abteilungen für Innere Medizin abgerechneten DRGs, wird aber noch nicht einmal von der Hälfte der Abteilungen abgerechnet.

- d) je Fachabteilung mindestens 20 Fälle der Indikator-DRGs zwischen 20:00 und 5:00 Uhr (und damit außerhalb der regulären Arbeitszeiten) aufgenommen wurden.

Kriterium d) approximiert die Einbindung in die Notfallversorgung. Legt man die skizzierte Definition zugrunde, werden 1 043 Krankenhausstandorte als „Grundversorger“ identifiziert.

Wohnorte und Fahrzeitberechnung

Bei den Erreichbarkeitsanalysen wird die minimale Fahrzeit der Bevölkerung (nicht der Patientenpopulation) einer regionalen Bezugseinheit zum nächstgelegenen Krankenhaus der Grundversorgung, das die unter Abschnitt „Krankenhausstandorte“ (S. 25) spezifizierten inhaltlichen Kriterien erfüllt, betrachtet und die Frage beleuchtet, wie schnell im Bedarfsfalle ein Krankenhaus erreicht werden kann. Die dafür benutzte geografische Bezugseinheit ist das sog. „PLZ8“-Niveau, bei dem Postleitzahlgebiete in kleinere Einheiten von wenigen hundert Haushalten untergliedert sind. Für dieses Aggregationsniveau werden Daten zur Bevölkerungsverteilung nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnort der Firma microm Micromarketing-Systeme und Consult GmbH verwandt. Für jedes PLZ8-Gebiet wurden Einwohnerzahlen beruhend auf der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes berechnet und es ist eindeutig sowohl einem Postleitzahlgebiet als auch einer Gemeinde zugeordnet. Hingegen sind die Grenzen der Postleitzahlgebiete nicht in allen Fällen deckungsgleich mit Kreis- und Gemeindegrenzen.

Die bevölkerungsbezogene Fahrzeit wird auf Grundlage der Distanz zwischen dem Schwerpunkt des PLZ8-Gebietes und dem nächsten Grundversorger berechnet. Dabei wird auf die Fahrzeitmessung von Microsoft MapPoint abgestellt, die eine durchschnittliche Pkw-Fahrzeit ermittelt (nachfolgend vereinfachend als „Fahrzeit“ bezeichnet). PLZ8-Mittelpunkte werden dabei als Startpunkte und die Adressen der Krankenhausstandorte als Zielorte verwendet. Verzerrungen können dadurch entstehen, dass die Schwerpunkte der PLZ-Polygone nicht immer an einer Straße liegen und damit für eine Pkw-Fahrzeit auswertbar sind. Microsoft MapPoint ermittelt dann zu den Geokoordinaten der PLZ8-Mittelpunkte den nächstgelegenen „anfahrbaren“ Wegpunkt.

Zur Klärung der Frage, welche tatsächlichen Fahrzeiten Patienten derzeit auf sich nehmen, werden die Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2012 herangezogen. Der Datensatz umfasst mit ca. 18 Mio. vollstationären Fällen im Bereich der Somatik nahezu alle entsprechenden Behandlungen der Einwohner Deutschlands. Der Datensatz enthält auf Fallebene detaillierte Informationen, u. a. zu Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Diagnosen), den Behandlungen (OPS-Kodes, Verweildauer), das eindeutige IK des Krankenhauses und die behandelnden Fachabteilungen. Des Weiteren ist jedem Fall eine fünfstellige Postleitzahl zugeordnet, die den Wohnort nach den Versichertendaten des Patienten wiedergibt.² Für die Mes-

² Patienten mit unbekannter Postleitzahl wurden anhand der Postleitzahlverteilung der übrigen Patienten des behandelnden Krankenhauses einer Postleitzahl zugeordnet.

sung der Fahrzeit zwischen Wohnort und dem Ort der Leistungserbringung wird anhand dieser Information jedem Patienten eine Wohnortkoordinate zugeordnet. Da Informationen über die Straße und die Hausnummer fehlen, wird für die Fahrzeitmessung mittels Microsoft MapPoint auf die Distanz zwischen dem jeweiligen Schwerpunkt des Postleitzahlgebietes und dem Ort der Leistungserbringung abgestellt. Bei kreispezifischen Auswertungen werden die (wenigen) Kreisgrenzen überschreitenden Postleitzahlen über deren Bevölkerungsschwerpunkt einer Gebietseinheit zugeordnet. Um Verzerrungen der Ergebnisse aufgrund von Krankenhauseinweisungen, die während einer z.B. urlaubsbedingten Abwesenheit vom Wohnort erfolgen, zu verringern, werden bei der Berechnung der tatsächlichen Fahrzeiten die jeweils 1 Prozent längsten Wegstrecken auf Ebene der Wohnortkreise nicht berücksichtigt.

3.2.2 Bettenauslastung

Grundlage für die Berechnung der Bettenauslastung ist das Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2012, das für nahezu alle Krankenhäuser die Bettenzahlen nach Fachabteilungen sowie die Daten nach § 21 KHEntgG enthält. Für die Analyse werden lediglich die vollstationären Betten in somatischen Abteilungen herangezogen. Den Krankenhäusern im Verzeichnis wurden die bei der Abrechnung verwendeten IK zugeordnet, um eine Zusammenführung mit den Daten nach § 21 KHEntgG zu ermöglichen. Krankenhäuser mit mehreren Standorten werden dann als eine Einheit betrachtet, wenn für sie ein gemeinsames Budget vereinbart wird. Berücksichtigt werden alle Krankenhäuser des Krankenhausverzeichnisses mit mindestens zehn vollstationären somatischen Betten und einer Datenlieferung nach § 21 KHEntgG. Einige wenige Krankenhäuser mit nachweislich unplausiblen Werten (z. B. alle Unfallkliniken) wurden ebenfalls nicht in die Analyse aufgenommen. Nach diesem Verfahren gehen 1 468 Häuser in die Untersuchung ein.

Bei der Analyse auf Ebene der Landkreise werden Krankenhäuser mit Standorten in mehreren Kreisen dem Kreis mit der höchsten Fallzahl zugeordnet. Die Bettenauslastung wird berechnet, indem die Summe der Berechnungstage des Krankenhauses durch die Anzahl der Tage des Jahres geteilt wird, um die Anzahl der an einem durchschnittlichen Tag belegten Betten zu erhalten. Dieser Quotient wird mit der Bettenzahl des Krankenhausverzeichnisses ins Verhältnis gesetzt, um die durchschnittliche Bettenauslastung je Haus zu bestimmen. Diese Berechnungsmethode entspricht dem Ansatz des Statistischen Bundesamtes. Bei Auswertungen auf höheren Aggregatebenen (Kreis, Casemixklassen, siedlungsstrukturelle Kreistypen) werden die fallzahlgewichteten Durchschnittswerte gebildet.

Für eine Analyse nach Krankenhausgröße wurden die Krankenhäuser in Casemixklassen eingeteilt. Der Casemix (CM) jedes Krankenhauses wurde durch eine eigene DRG-Zuordnung aller Krankenhausfälle des Jahres 2012 mit einem zertifizierten DRG-Groupier ermittelt. Damit wird auch für Krankenhäuser ohne DRG-Abrechnung (v. a. Besondere Einrichtungen) ein Casemix berechnet. Fälle ohne bundeseinheitliches Relativgewicht oder echte Fehler-DRGs werden bei diesem Verfahren für die Casemixbestimmung nicht berücksichtigt, sind aber aufgrund der geringen Fallzahl zu vernachlässigen.

3.3 Analysen

3.3.1 Erreichbarkeit von Grundversorgern

Betrachtet man die Erreichbarkeit von Grundversorgern nach der skizzierten Definition, lässt sich im Status quo keine Gefährdung der wohnortnahen Versorgung ableiten. Im Gegenteil: Im Durchschnitt erreicht die Bevölkerung im Bundesgebiet einen Grundversorger in ca. 11 Minuten Fahrzeit, 75 Prozent der Bevölkerung erreichen einen Grundversorger in ca. 16 Minuten und 95 Prozent in ca. 24 Minuten (vgl. Tabelle 3–1).

Eine Differenzierung nach Fahrzeitklassen zeigt, dass 72 Prozent der Bevölkerung innerhalb eines 15-Minuten-Fahrzeitradius und 99 Prozent der Bevölkerung innerhalb eines 30-Minuten-Fahrzeitradius einen Grundversorger erreichen (vgl. Tabelle 3–2).

3.3.2 Erreichbarkeit von Grundversorgern nach Siedlungsstruktur

Für eine differenzierte Analyse der Erreichbarkeit von Grundversorgern nach räumlichen und siedlungsstrukturellen Kriterien wurden die PLZ8-Gebiete den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR zugeordnet. Diese Differenzierung unterscheidet:

1. Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100 000 Einwohnern
2. Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnern/km² sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnern/km²
3. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern/km², sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohnern/km²
4. Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohner/km² (BBSR 2011).

Tabelle 3–1

Erreichbarkeit von Grundversorgern nach Bevölkerungsperzentilen

Kumulierter Bevölkerungsanteil (in %)	Fahrzeit zum nächsten Grundversorger (in Minuten)
50	10,9
75	15,7
90	20,4
95	23,6
99	30,6

Tabelle 3–2

Erreichbarkeit von Grundversorgern nach Fahrzeitklassen

Fahrzeit zum nächsten Grundversorger (in Minuten)	Kumulierter Bevölkerungsanteil (in %)
unter 5 Minuten	11,4
unter 10 Minuten	44,6
unter 15 Minuten	72,0
unter 20 Minuten	89,1
unter 25 Minuten	96,3
unter 30 Minuten	98,8

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 3–3

Erreichbarkeit von Grundversorgern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Siedlungsstruktureller Kreistyp (BBSR)	Durchschn. Fahrzeit zum nächsten Grundversorger (in Minuten)
Kreisfreie Großstädte	7,9
Städtische Kreise	12,3
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	14,4
Dünn besiedelte ländliche Kreise	15,9
Bund	11,9

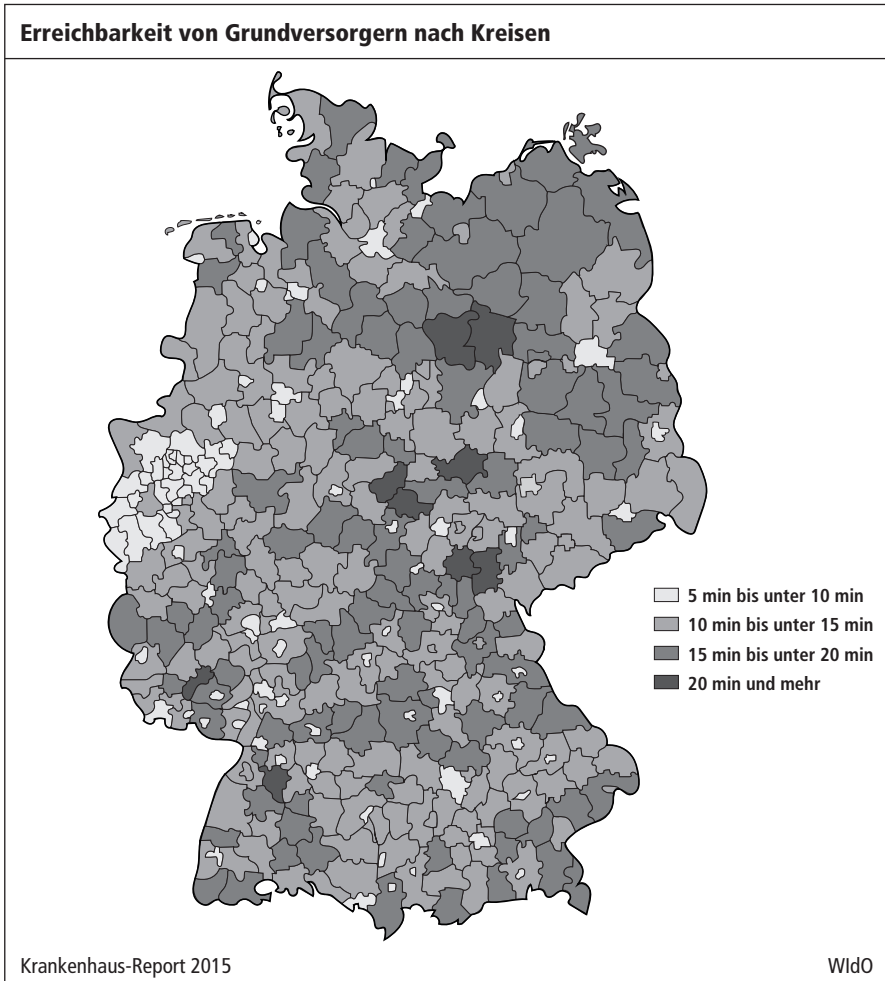
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Erwartungsgemäß ist die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung in Ballungsräumen deutlich besser als im ländlichen Raum (vgl. Tabelle 3–3). Jedoch zeigt sich, dass sich die durchschnittliche Fahrzeit insbesondere zwischen kreisfreien Großstädten einerseits und anderen siedlungsstrukturellen Kreisen andererseits unterscheidet. In kreisfreien Großstädten kann ein Grundversorger durchschnittlich in 7,9 Minuten erreicht werden. In den anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Grundversorger zwischen 12 und 16 Minuten.

Abbildung 3–1 stellt die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung auf Kreisebene dar. Insbesondere im westlichen Nordrhein-Westfalen ist die durchschnittliche Fahrzeit auffallend niedrig. Sie liegt in der Regel deutlich unter 10 Minuten. Am anderen Ende der Skala liegen Kreise vornehmlich im Nordosten und Osten der Bundesrepublik. Hier beträgt die durchschnittliche Erreichbarkeit zwischen 15 und 20 Minuten. Außer in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland existieren jedoch in allen Flächenländern mehrere Landkreise mit durchschnittlichen Fahrzeiten von mehr als 15 Minuten. Eine durchschnittliche Erreichbarkeit von mehr als 20 Minuten weisen bundesweit nur neun Kreise auf. Sieben dieser Kreise liegen in Sachsen-Anhalt bzw. Thüringen.

Abbildung 3–1



3.3.3 Erreichbare Grundversorger nach Fahrzeitradius

Bemerkenswert ist, dass fast 17 Prozent der Bevölkerung innerhalb eines 20-Minuten-Radius mindestens zehn Grundversorger erreichen. Legt man einen 30-Minuten-Radius an, steigt der Anteil sogar auf ca. 42 Prozent (vgl. Tabelle 3–4). Für ca. 50 Prozent der Bevölkerung stehen drei Krankenhäuser innerhalb eines 20-Minuten-Radius zur Auswahl.

3.3.4 Fahrzeiten im Jahr 2012

Im Folgenden wird die tatsächliche Fahrzeit der Patientenpopulation nach § 21 KHEntgG des Jahres 2012 dargestellt und mit der Fahrzeit zum nächsten Grundversorger verglichen. Anders als bei der Analyse zur theoretischen Erreichbarkeit auf

Tabelle 3–4

Erreichbare Grundversorger in 20 bzw. 30 Minuten Fahrzeit

Anzahl erreichbarer Grundversorger	Anteil der Bevölkerung,	
	der mindestens die genannte Anzahl Grundversorger in 20 Minuten erreicht (in %)	der mindestens die genannte Anzahl Grundversorger in 30 Minuten erreicht (in %)
10	17	42
9	19	45
8	21	50
7	24	55
6	28	60
5	33	67
4	39	75
3	49	84
2	64	93
1	89	99

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Grundlage von Einwohnerzahlen wird hier die Nachfrage durch tatsächliche Krankenhauspatienten im Jahr 2012 berücksichtigt³. Für diese liegen die Wohnorte nur in Form der fünfstelligen PLZ vor. Es werden dabei alle Leistungsbereiche betrachtet.

Für das gesamte Bundesgebiet lag die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohnort und dem Ort der Leistungserbringung bei 20,7 Minuten und damit deutlich über der durchschnittlichen Fahrzeit zum nächsten Grundversorger mit 11,8 Minuten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die arithmetischen Mittelwerte stark von Ausreißern bestimmt werden. Ergänzend bietet es sich daher an, den Median bzw. ausgewählte Perzentile zu betrachten. Tabelle 3–5 veranschaulicht diese Perspektive. Sie zeigt für alle Perzentile deutliche Unterschiede zwischen der tatsächlichen Fahrzeit zum Ort der Leistungserbringung und der Fahrzeit zum nächsten Grundversorger. 50 Prozent aller Patienten können den nächsten Grundversorger in maximal 11 Minuten erreichen – die tatsächliche Fahrzeit für dieses Perzentil liegt jedoch bei 16 Minuten. Die Ursache für das beobachtete Delta kann in einer Vielzahl von Faktoren liegen. Beispielsweise können Patientenpräferenzen für weiter entfernte Kliniken eine wichtige Rolle spielen. Mitunter können nachgefragte Leistungen auch nur in entfernteren Kliniken in Anspruch genommen werden. Schließlich ist auch denkbar, dass Ein- bzw. Zuweiser Patienten an entferntere Krankenhäuser steuern, beispielsweise aufgrund des Risikoprofils.

³ Aus diesem Grund unterscheiden sich beispielsweise die Werte in der Spalte „Fahrzeit zum nächsten Grundversorger“ der Tabellen 3–1 und 3–5 geringfügig.

Tabelle 3–5

Verteilung der tatsächlichen Fahrzeit in 2012 sowie der Fahrzeit zum nächsten Grundversorger nach Bevölkerungsperzentilen

Kumulierter Patientenanteil (in %)	Tatsächliche Fahrzeit (in Minuten)	Fahrzeit zum nächsten Grundversorger (in Minuten)
50	15,9	10,7
75	25,0	15,8
90	39,3	20,6
95	53,5	24,1
99	98,4	32,1

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

3.3.5 Siedlungsstruktur und Fahrzeit

Erwartungsgemäß sind die Verteilungskurven der patientenbezogenen Fahrzeiten sehr stark rechtsschief. Bei wenigen Patienten liegt die Fahrzeit zum Ort der Leistungserbringung unterhalb von 4 Minuten. Bei 4 Minuten steigt die Verteilungskurve stark an. Der Gipfel für alle Fälle liegt bei 9 Minuten (vgl. Abbildung 3–2). Eine differenzierte Betrachtung nach siedlungsstrukturellen Kreistypen bestätigt das schon für die bevölkerungsbezogene Fahrzeit zum nächsten Grundversorger beobachtete Muster: Die tatsächlichen Fahrzeiten unterscheiden sich insbesondere zwischen kreisfreien Großstädten und anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen. Der Anteil der Patienten mit Wohnort in einer kreisfreien Großstadt, die in einem Krankenhaus innerhalb eines Fahrzeitradius von 6 bis 9 Minuten behandelt wurden, ist jeweils mindestens doppelt so hoch wie der Anteil in den anderen siedlungs-

Abbildung 3–2

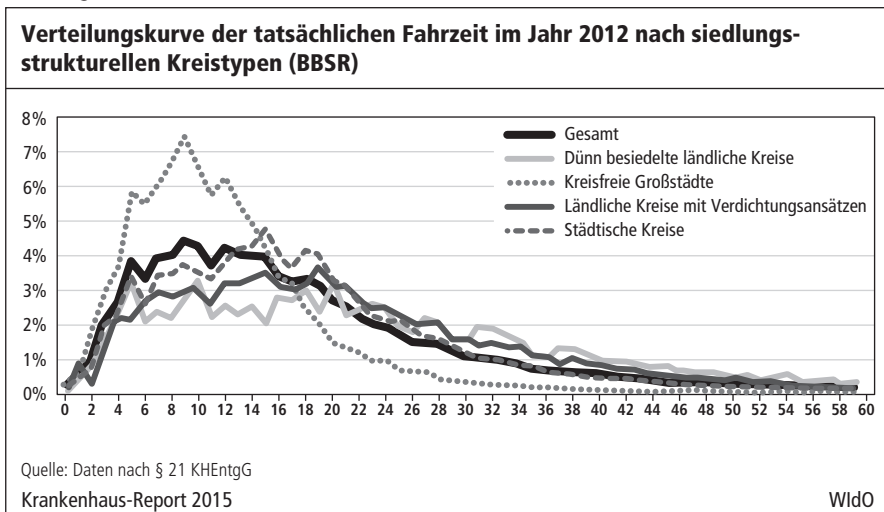


Tabelle 3–6

Differenz zwischen tatsächlicher Fahrzeit und Fahrzeit zum nächsten Grundversorger nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Siedlungsstruktureller Kreistyp (BBSR)	Tatsächliche Fahrzeit (in Minuten)	Fahrzeit zum nächsten Grundversorger	Delta
Kreisfreie Großstädte	14,4	7,8	6,6
Städtische Kreise	20,6	11,8	8,8
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	24,5	14,4	10,1
Dünn besiedelte ländliche Kreise	27,6	16,0	11,6
Bund	20,7	11,8	8,9

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

strukturellen Kreistypen. Generell sind niedrige Fahrzeitklassen für die kreisfreien Großstädte deutlich stärker besetzt als bei den anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen. Es zeigt sich zudem, dass hier ein relativer hoher Anteil der Patienten wohnortnah in einem Fahrzeitradius von maximal 12 Minuten behandelt wird. Oberhalb von 12 Minuten fällt die Kurve stark ab.

Die Verteilungskurven der anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen weisen einen deutlich flacheren Verlauf auf und zeigen eine größere Streuung der Fahrzeiten.

Auch die Analyse der durchschnittlichen Fahrzeiten nach siedlungsstrukturellen Kreistypen zeigt, dass wesentliche Unterschiede zwischen kreisfreien Großstädten und anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen bestehen. In kreisfreien Großstädten liegt die tatsächliche Fahrzeit durchschnittlich bei 14,4 Minuten, während sie für die anderen Kreistypen durchweg mehr als 20 Minuten beträgt. Die theoretische Fahrzeit zum nächsten Grundversorger liegt in kreisfreien Großstädten unter 8 Minuten, während in den anderen Kreistypen zwischen 12 und 16 Minuten benötigt werden (vgl. Tabelle 3–6).

3.3.6 Wohnortnächste Versorgung

Aufbauend auf dem Ansatz von Friedrich und Beivers (2009) wurde der Anteil der Patienten ermittelt, die durch den jeweils wohnortnächsten Grundversorger behandelt werden. Als wohnortnächster Grundversorger wird das Krankenhaus mit der geringsten Distanz zum Patientenwohnort bezeichnet, das mindestens die skizzierten Kriterien für die Grundversorgung erfüllt. Im Bundesdurchschnitt werden nur ca. 37 Prozent der Patienten durch den wohnortnächsten Grundversorger behandelt. Selbst in dünn besiedelten ländlichen Kreisen werden nur ca. 46 Prozent aller Patienten vom wohnortnächsten Grundversorger aufgenommen (vgl. Tabelle 3–7). Bei 2,6 Prozent aller Patienten findet die Behandlung durch einen Spezialversorger statt, der sich in kürzerer Zeit erreichen lässt als der nächste Grundversorger. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern scheinbar nur einer von vielen Faktoren ist, der den Ort der Krankenhausbehandlung beeinflusst.

Tabelle 3–7

Behandlung durch den wohnortnächsten Grundversorger nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Siedlungsstruktureller Kreistyp (BBSR)	Anteil Patienten mit Behandlung		
	im wohnortnächsten Grundversorger	in einem entfernten Grundversorger	in einem näheren Krankenhaus als der nächste Grundversorger
	(in %)		
Kreisfreie Großstädte	29,0	68,4	2,6
Städtische Kreise	36,1	61,5	2,4
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	43,4	53,4	3,3
Dünn besiedelte ländliche Kreise	46,2	50,0	3,8
Bund	37,1	60,1	2,8

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

3.3.7 Bettenauslastung von somatischen Krankenhäusern

Analysiert man die Belegung der Krankenhäuser anhand der Patientenzahlen aus den Daten nach § 21 KHEntgG und der im KHV des Statistischen Bundesamts veröffentlichten Bettenzahlen, so ergibt sich im Bereich der Somatik eine Bettenauslastung von 75 Prozent. Das Statistische Bundesamt weist bundesweit für 2012 einen Wert von 77,4 Prozent aus. Die unterschiedlichen Werte können u. a. in den in Abschnitt 3.2.2 genannten Einschränkungen hinsichtlich der Datenverfügbarkeit und der Methodik begründet liegen.

3.3.8 Bettenauslastung nach Krankenhausgröße

Abbildung 3–3 zeigt die Verteilungskurven der Bettenauslastung auf Hausebene für alle Krankenhäuser sowie differenziert nach drei Casemixklassen. Betrachtet man alle Krankenhäuser, ergibt sich näherungsweise eine Normalverteilung. Ausgehend von einer sehr geringen Anzahl von Krankenhäusern mit einer Bettenauslastung von unter 50 Prozent steigt die Kurve ab einer Bettenauslastung von 60 Prozent stark an. Der Gipfel der Verteilungskurve liegt bei 80 Prozent. Danach fällt die Verteilungskurve stark ab. Werte oberhalb von 90 bzw. noch deutlicher von 95 Prozent sind sehr selten.

Eine differenzierte Analyse nach Casemixklassen zeigt für große Krankenhäuser (über 14 000 Casemixpunkte) und Krankenhäuser im mittleren Größensegment (6 000 bis 14 000 Casemixpunkte) symmetrische Verteilungskurven. Interessanterweise ist die Verteilungskurve der Krankenhäuser des mittleren Größensegments dabei nach links verschoben – der Gipfel liegt nur noch bei 75 Prozent.

Bemerkenswert ist, dass die Verteilungskurve der kleineren Krankenhäuser (bis 6 000 Casemixpunkte) eine deutlich höhere Streuung zeigt. Besonders auffällig ist dabei der hohe Anteil der kleinen Krankenhäuser mit einer niedrigeren Bettenaus-

Abbildung 3–3

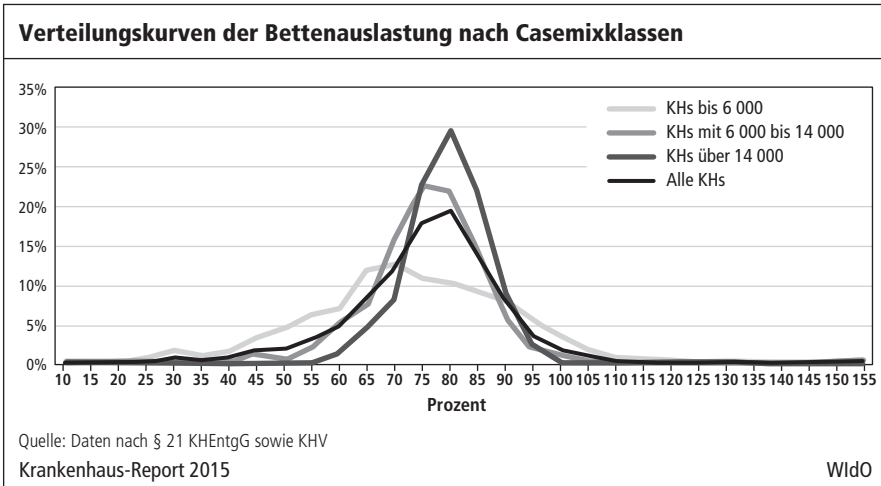


Tabelle 3–8

Bettenauslastung nach Krankenhausgröße in Casemixklassen

Casemix im Jahr 2012	Anzahl Krankenhäuser	Auslastung (in %)
bis 4 000	414	69,4
> 4 000 bis 8 000	327	70,6
> 8 000 bis 12 000	208	73,2
> 12 000 bis 20 000	255	74,7
> 20 000	264	77,6
Gesamt	1 468	75,0

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG sowie KHV, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 3–9

Bettenauslastung nach Krankenhausgröße in Bettengrößenklassen des Statistischen Bundesamtes

Bettengrößenklassen	Anzahl Krankenhäuser	Auslastung (in %)
KH mit 1 bis 49 Betten	147	68,7
KH mit 50 bis 99 Betten	208	71,3
KH mit 100 bis 149 Betten	210	72,2
KH mit 150 bis 199 Betten	164	72,8
KH mit 200 bis 299 Betten	244	73,2
KH mit 300 bis 399 Betten	168	75,3
KH mit 400 bis 499 Betten	115	75,2
KH mit 500 bis 599 Betten	78	76,5
KH mit 600 bis 799 Betten	57	74,1
KH mit 800 und mehr Betten	77	78,1

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG sowie KHV, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

lastung. Auch der Gipfel der Verteilungskurve liegt mit 70 Prozent deutlich unterhalb der Werte der anderen Verteilungskurven.

Eine Betrachtung, die auf die durchschnittliche Bettenauslastung abstellt, bestätigt, dass kleinere Krankenhäuser tendenziell eine geringe Bettenauslastung aufweisen (vgl. Tabelle 3–8). Eine Klassifizierung der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen kommt zu vergleichbaren Ergebnissen (vgl. Tabelle 3–9).

3.3.9 Bettenauslastung nach siedlungsstrukturellen sowie geografischen Kriterien

Im Gegensatz zur Krankenhausgröße beeinflusst die siedlungsstrukturelle Lage nach Definition des BBSR die Bettenauslastung von Krankenhäusern scheinbar kaum. Die durchschnittliche Bettenauslastung von Krankenhäusern in kreisfreien Großstädten ist mit 75,5 Prozent vergleichbar mit der Bettenauslastung von Krankenhäusern in dünn besiedelten ländlichen Regionen in Höhe von 74,3 Prozent (vgl. Tabelle 3–10).

Eine Analyse der Bettenauslastung auf Kreisebene bestätigt den Eindruck, dass räumliche und siedlungsstrukturelle Faktoren hinsichtlich der Bettenauslastung nur eine untergeordnete Rolle spielen. Bemerkenswert ist jedoch, dass die Bettenauslastung der Krankenhäuser nur in zwölf Kreisen bei oder über 85 Prozent liegt (vgl. Abbildung 3–4). Weitergehende Ergebnisse lassen sich auf Kreisebene allenfalls als Tendenz aufzeigen. Beispielsweise deutet die Kartendarstellung an, dass die Bettenauslastung v. a. in vielen nordwestlichen und den östlichen Kreisen überdurchschnittlich ist. Gleichzeitig ist die Varianz auf Bundeslandebene jedoch hoch: Es existieren jeweils Kreise mit einer vergleichsweise hohen bzw. einer vergleichsweise niedrigen Bettenauslastung.

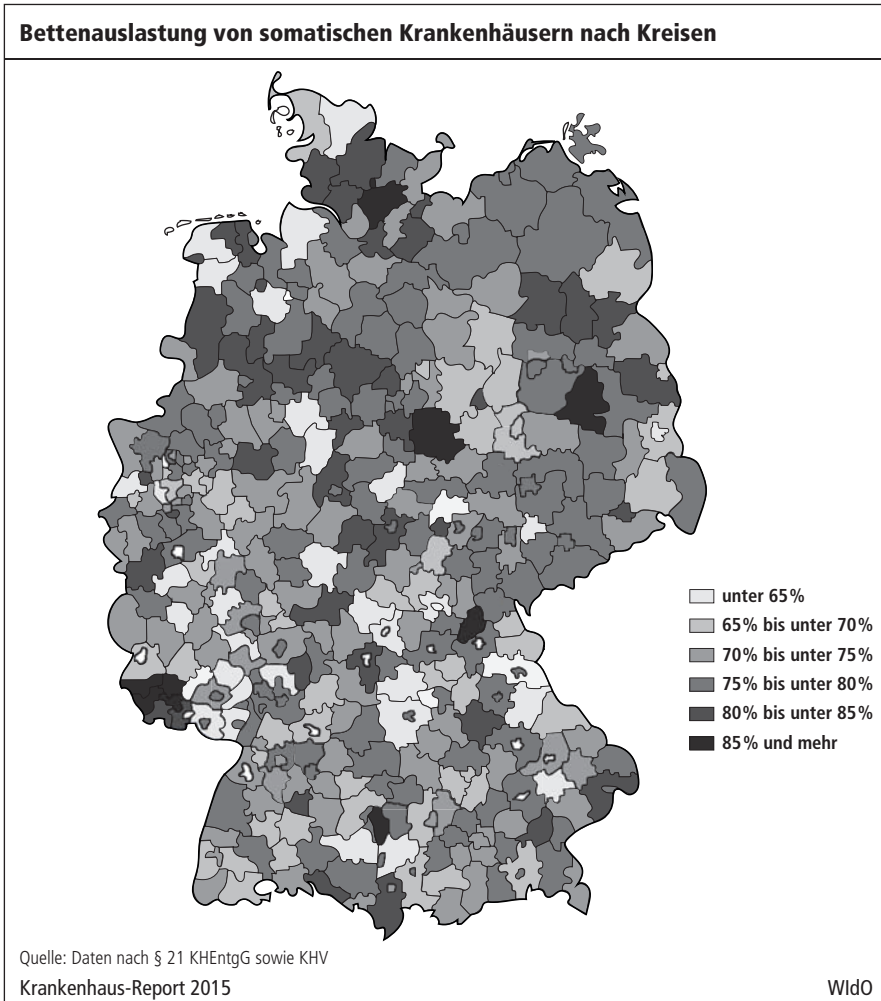
Tabelle 3–10

Bettenauslastung nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (BBSR)

Siedlungsstruktureller Kreistyp	Anzahl Krankenhäuser	Vollstationäre Fälle	Casemixsumme	Bettenauslastung (in %)
Kreisfreie Großstädte	426	6 903 944	8 106 928	75,5
Städtische Kreise	513	5 436 054	5 583 186	74,6
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	271	2 513 600	2 438 217	74,9
Dünn besiedelte ländliche Kreise	258	2 307 933	2 305 749	74,3

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG sowie KHV, eigene Berechnung

Abbildung 3–4



3.4 Fazit

Im Rahmen dieses Beitrags wurden drei Ausgangsparameter der anstehenden Strukturreform für die somatische Krankenhausversorgung adressiert: (1) die theoretische Erreichbarkeit von Grundversorgern, (2) die tatsächlichen Fahrzeiten von Patienten zum Ort der Behandlung sowie (3) die Bettenauslastung von Krankenhäusern. Hinsichtlich der Erreichbarkeit dokumentieren die Analysen eine sehr gute Ausgangslage: Durchschnittlich erreicht die Bevölkerung im Bundesgebiet einen Grundversorger in ca. 11 Minuten und nur in neun von über 400 Kreisen liegt die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Grundversorger über 20 Minuten. 99 Prozent der Bevölkerung erreichen einen Grundversorger in weniger als 30 Minuten.

Erstaunlich ist, dass über 40 Prozent der Bevölkerung zehn oder mehr Grundversorger innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten erreichen können.

Die Auswertung der tatsächlichen Fahrzeiten der Patienten des Jahres 2012 zeigt, dass die Erreichbarkeit als Bewertungskriterium für die Güte der Versorgungsstruktur nicht überbetont werden darf. Schon heute steuert bundesdurchschnittlich weniger als die Hälfte dieser Patientengruppe den wohnortnächsten Grundversorger an. Selbst in dünn besiedelten ländlichen Regionen sind es weniger als 50 Prozent. Gleichzeitig liegt die tatsächliche Fahrzeit in allen siedlungsstrukturellen Kreistypen mehr als 40 Prozent über der zum nächsten Grundversorger. Diese Zahlen verdeutlichen: Patientenpräferenzen aufgrund von vermuteten oder tatsächlichen Qualitäts- bzw. Strukturunterschieden zwischen Krankenhäusern und das Ein- und Zuweiserverhalten sind schon heute sehr wichtige Parameter, die den Ort der Krankenhausbehandlung mit beeinflussen. Diese Ergebnisse sollten im Rahmen der Strukturdebatte berücksichtigt werden. Eine akut-vollstationäre Grund- und Notfallversorgung muss wohnortnah vorgehalten und sichergestellt werden. Vieles spricht jedoch dafür, komplexe und spezialisierte Behandlungen dort zu bündeln, wo die strukturellen Voraussetzungen erfüllt werden (vgl. Leber und Scheller-Kreinsen 2015, Kapitel 13 in diesem Band). Bedingungslos eine hohe Krankenhausedichte von vollstationären Vollsortimentern zu fordern oder zu fördern, geht schon jetzt an der Realität der stationären Versorgung vorbei.

Die Auswertung der Bettenauslastung bestätigt, dass im Rahmen einer Strukturreform Kapazitätsreserven gehoben werden können. Unabhängig von der räumlichen und der siedlungsstrukturellen Lage liegt die Bettenauslastung fast im gesamten Bundesgebiet deutlich unterhalb der oftmals in der Krankenhausplanung als Sollwert angestrebten 85 Prozent. Im Rahmen der Strukturdebatte ist ferner zu berücksichtigen, dass die Krankenhausgröße eine wesentliche Rolle spielt: Kleine Krankenhäuser (< 100 Betten bzw. < 4000 Casemixpunkte) sind durchschnittlich deutlich schlechter ausgelastet als größere Krankenhäuser.

Literatur

- Beivers A, Spangenberg MJ. Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. Informationen zur Raumentwicklung 2008; Heft 1/2.
- Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung. Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html;jsessionid=03A31F25744618C4E0F11863FAC152D1.live!042?nn=443222> (28. Juli 2014).
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–81.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Teure Erfolgsgeschichte. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2014; 31 (1): 28–31.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Marktaustritte sicherstellen – Zur Rolle rekursiver Simulation bei der Strukturbereinigung im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 187–210.

- Lüngen M, Büscher G. Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung, Ergebnisse aus einem Modell der Zentrenbildung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 111–22.
- Lüngen M, Gerber A, Lauterbach KW. Zentrenbildung und Krankenhausplanung. Das Krankenhaus 2006; 11: 963.
- IGES-Institut. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 KHG – Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004–2006), InEK 2010. www.g-drg.de.
- IGES-Institut. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 KHG – Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006–2008), InEK 2011. www.g-drg.de.
- IGES-Institut. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 KHG – Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008–2010), InEK 2013. www.g-drg.de.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Deutschlands Zukunft gestalten. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=9E80A98A0055AA90F9E557276D72C32C.s4t2?__blob=publicationFile&v=2 (28. Juli 2014).
- Schönstein M, Kumar A. Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. <http://www.oecd.org/health> (28. Juli 2014).
- Spangenberg M. Erreichbarkeit von Krankenhäusern. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 97–109.
- Spangenberg M, Schürt A. Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 205–19.
- Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (KHV) des Jahres 2012. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014.

This page intentionally left blank

4 Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf

Florian Rinsche und Andreas Schmid

Abstract

Die Zentralisierung der Leistungserbringung kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit leisten. Zugleich darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass mittelfristig auch negative Anreize entstehen, wenn kaum mehr alternative Anbieter in einem regionalen Markt vertreten sind. Ausgehend von einem Blick in die Literatur, die potenzielle schädliche Auswirkungen derartiger Konzentrationsprozesse auf die Qualität illustriert, analysiert der vorliegende Beitrag die Zugangsmöglichkeiten zur stationären Versorgung aus Sicht der Patienten am Beispiel Bayerns. Dabei wird im Quer- wie im Längsschnitt deutlich, dass sich die Thematik einer pauschalierenden Bewertung entzieht. Neben den gravierenden Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Regionen stellt sich die Situation auch bezogen auf einzelne Indikationen äußerst heterogen dar. Für einzelne Indikationen kann jedoch festgestellt werden, dass Patienten, die beispielsweise aus Qualitätsgründen das nächstgelegene Krankenhaus nicht in Anspruch nehmen wollen, außerhalb der Ballungsräume deutliche Zusatzdistanzen in Kauf nehmen müssen. Der Qualitätsanreiz für das nächstgelegene Krankenhaus nimmt damit ab.

Centralizing the provision of health care can help ensure high quality and cost efficiency. However, if this results in very few alternative health care suppliers in a regional market, there might be negative incentives over time. After a brief literature review which illustrates some potentially negative effects of such concentration processes on the quality of care, this article analyses access to hospital care from the patients' perspective, using Bavaria as an example. Analysing cross-sectional and longitudinal data, it becomes clear that generalizing statements are inadequate in this context. Apart from considerable differences between urban and rural areas, there is also significant heterogeneity between indications. However, it is safe to state that outside of metropolitan areas patients with certain diagnoses have to face substantial additional travel distances if they want to circumvent the nearest hospital, e. g. for quality reasons. This reduces the incentive of the nearest hospital to improve its quality. In many discussions, this dynamic perspective is currently sidelined.

4.1 Einführung

Der Krankenhausmarkt in Deutschland steht vor komplexen Herausforderungen: Es gilt eine wohnortnahe Versorgung vorzuhalten, die höchste medizinische Qualität garantiert, und dabei dem Wirtschaftlichkeitsgebot Folge zu leisten. Während die Krankenhäuser über die DRGs im Kostenwettbewerb stehen, soll möglichst zugleich ein Wettbewerb um Patienten qualitätsfördernde Anreize setzen. Zwar widersprechen sich diese Anforderungen nicht grundsätzlich, in vielen Regionen – gerade auch im ländlichen Raum – sind sie jedoch immer schwieriger zu erfüllen.

Mit Einführung der DRGs im Jahr 2003 erhöhte sich in den Krankenhäusern die Transparenz über die Kostensituation. Zusammen mit der in weiten Teilen angespannten wirtschaftlichen Lage wurde dies zu einem zentralen Impulsgeber für strukturelle Veränderungen. Nach Angaben des Krankenhaus Rating Reports 2013 hat sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser jüngst im ganzen Bundesgebiet weiter deutlich verschlechtert (vgl. Augurzky et al. 2013, S. 78 und 93). Insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft lagen im Jahr 2011 im roten Bereich (vgl. Augurzky et al. 2013, S. 15). Alle Trägerformen trifft dabei ein in Relation zu den Erlösen überproportionales Wachstum der Kosten. Eine Bestätigung dessen liefert auch der Bayerische Krankenhaustrend, nach dem fast jedes zweite bayerische Krankenhaus im Jahr 2012 ein Defizit erwirtschaftete (vgl. BKG 2014, S. 2–3).

In den letzten 10 bis 15 Jahren versuchten Krankenhausbetreiber dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck durch Bildung größerer Verbünde entgegenzutreten. Dies hat zu einem signifikanten Strukturwandel geführt, der nicht nur eine Verschiebung hinsichtlich des Trägertyps bedeutete, sondern auch die Zahl unabhängiger, „alleinstehender“ Krankenhäuser reduzierte. Dabei kam es seltener als häufig vermutet zur Schließung von Standorten, stattdessen primär zur Bildung von größeren Einheiten (Schmid und Ulrich 2013; Preusker et al. 2014).

Im Zuge dieses Strukturwandels zeigten und verstärkten sich gravierende Unterschiede zwischen urbanen Ballungszentren mit einer Vielzahl nicht weit voneinander entfernter Anbieter und dem ländlichen Raum (vgl. Augurzky et al. 2012, 21–23). Um diese Unterschiede im Detail näher zu betrachten, eignet sich ein Blick auf den bayerischen Krankenhausmarkt. So stehen die dicht bevölkerten und ökonomisch prosperierenden Agglomerationsräume um München und die Region Nürnberg/Erlangen/Fürth in einem starken Kontrast zu dünn besiedelten, strukturschwachen Regionen im Norden und Osten des Landes, d. h. insbesondere Teile Oberfrankens, die nördliche Oberpfalz und weite Teile des Bayerischen Waldes.

Der vorliegende Beitrag untersucht am Beispiel Bayerns, inwiefern sich die Strukturveränderungen im Zeitraum von 2003 bis 2012 auf die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zur Versorgung ausgewirkt haben. Eine Untersuchung der realen Krankenhauswahl im Jahr 2012 soll zeigen, wie sich Patienten in diesem Kontext verhalten. Bei allen Analysen wird auf Ebene einzelner Indikationen vorgegangen, da eine Mittelwertbildung über alle Fälle hinweg gravierende und für die Analyse der Marktstruktur höchst relevante Unterschiede verdeckt (vgl. Hentschker et al. 2014).

Die gewählte Perspektive bedingt, dass im Rahmen der folgenden Analysen nur eine Seite betrachtet wird, nämlich mögliche negative Auswirkungen der Konsolidierung. Dass diesen auch positive Folgen gegenüberstehen, ist unbestritten. Explizit sei

auf die wachsende Literatur zum Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungsergebnis verwiesen (vgl. Hentschker und Mennicken 2014). Eine umfassende Gegenüberstellung würde den Rahmen des vorliegenden Beitrags jedoch sprengen.

4.2 Folgen von Strukturveränderungen

Um die ökonomischen Voraussetzungen eines Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern aus Patientenperspektive zu gewährleisten, müssen Patienten auch eine – z. B. im Sinne der Fahrtzeit – realistische Auswahl zwischen Anbietern von Krankenhausleistungen haben. Eine reine Sicherstellung der Versorgung ist unter der Prämisse dieses Wettbewerbsziels nicht ausreichend (vgl. Bangard 2007). Aktuelle Beschlüsse des Bundeskartellamtes zu Krankenhausfusionen unterstreichen die Relevanz dieser Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb aus Patientenperspektive (vgl. u. a. Bundeskartellamt 2014, Aktenzeichen B3-135/13).

Zwar stellen Friedrich und Beivers (2009) fest, dass Patienten zur Behandlung nicht unbedingt das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen, was eine bewusste Wahlentscheidung nahelegt. So wählten bei elektiver Hüftoperation nur 34% aller Patienten in ihrem Datensatz das für sie nächstgelegene Krankenhaus und selbst bei Notfällen lag der Wert „nur“ bei 57%. Es bleibt jedoch zunächst offen, ob damit eine hinreichend große Auswahl alternativer Anbieter einhergeht, um die gewünschten positiven Effekte zu erzielen. In der Literatur gibt es zunehmend Evidenz dafür, dass sich eine größere Distanz zum nächsten Anbieter sowie eine reduzierte Auswahl an Alternativen – mithin eine geringere Wettbewerbsintensität – negativ auf die Qualität der Leistungen auswirkt. Exemplarisch sei auf die folgenden drei Studien mit leicht unterschiedlichen Perspektiven aus den USA, Frankreich und England verwiesen.

So konnten Buchmueller et al. (2006) mithilfe von Abrechnungsdaten zeigen, dass eine zunehmende Entfernung zum nächsten Krankenhaus negative Effekte auf das Überleben von Patienten nach einem Notfall wie z. B. Herzinfarkten oder Unfällen hat. Hierzu untersuchten sie die Effekte von Krankenhausschließungen in der Region von Los Angeles/USA auf den Zugang zur Versorgung. Die Zunahme der Entfernung zum nächsten Krankenhaus um eine Meile hat im Schnitt einen zusätzlichen Todesfall pro Postleitzahlenbezirk pro Jahr zur Folge (vgl. Buchmueller et al. 2006, S. 755).

Auch abseits der reinen Notfallversorgung zeigen sich Konsequenzen. Blondel et al. (2011) untersuchen für Frankreich den Effekt zunehmender Schließungen von Geburtsabteilungen auf die Rate der Hausgeburten. Zwischen 1995 und 2006 reduzierte sich die Zahl der Geburtsabteilungen in Frankreich um knapp 30%. Parallel dazu stieg die Zahl der Geburten außerhalb von Krankenhäusern deutlich an, vor allem in ländlichen Gebieten und hoch korreliert mit der Distanz zur nächsten Geburtsabteilung. Die Autoren stellen in Bezug auf weitere Studien fest, dass ein schlechterer Zugang zur geburtshilflichen Versorgung mit einer höheren Sterblichkeits- und Komplikationsrate bei der Geburt verbunden ist.

In beiden Studien – Buchmueller et al. (2006) und Blondel et al. (2011) – kann der Effekt der Strukturveränderung im Sinne der Wettbewerbsintensität und der da-

mit einhergehenden Reduktion der Wahloptionen der Patienten nicht explizit von den Auswirkungen einer per se größer werdenden Distanz zum Krankenhaus getrennt werden. Letzteres würde auch Effekte auffangen, die durch eine möglicherweise längere Transportzeit bei Notfällen entstehen. Gerade die zweite Studie weist jedoch darauf hin, dass eine Zentralisierung der Leistungserbringung auch unerwünschte Verhaltensänderungen nach sich ziehen kann, die mögliche positive Effekte konterkarieren.

Umso eindrücklicher sind die Ergebnisse von Gaynor et al. (2013), die mit ihrer Studie dem Ziel am nächsten kommen, den direkten kausalen Zusammenhang zwischen geringer Wettbewerbsintensität und damit einhergehender schlechterer Qualität nachzuweisen. Dabei können sich die Autoren die Wirkung einer Reform zu eigen machen, was es erlaubt, reine Distanzeffekte oder siedlungsstrukturelle Besonderheiten zu kontrollieren. Sie interpretieren Wettbewerb primär als Wahlmöglichkeit des Patienten und zeigen mit Daten des englischen Krankenhausmarktes, dass Wettbewerb dort dazu führt, die Mortalität zu reduzieren, ohne dabei kostensteigernd zu wirken. Konkret schätzen sie, dass ein Anstieg des HHI (Herfindahl-Hirschman-Index; Maß zur Messung der Marktkonzentration) um 10% zu einer Steigerung der 30-Tages-Mortalitätsrate bei einem Herzinfarkt um 2,91% führt. Die besseren Ergebnisse für Krankenhäuser, die in weniger konzentrierten Märkten operieren, führen die Autoren darauf zurück, dass diese Krankenhäuser größere Anreize haben, ihre Qualität zu steigern – eine Annahme, die auch durch andere Studien gestützt wird (z. B. Gaynor und Town 2012; Kessler und McClellan 2000; Kessler und Geppert 2005; Bloom et al. 2010 sowie Cooper et al. 2011).

Im Sinne einer wettbewerbsökonomischen Bewertung ist nicht die Zahl vorhandener Krankenhausstandorte ausschlaggebend, sondern die Zahl von Häusern unterschiedlicher Träger.¹ Im Fokus stehen damit nicht primär überregional tätige Krankenhauskonzerne, sondern regionale Verbünde, die sich stark auf eine bestimmte Region konzentrieren. Die zugrunde liegende Annahme lautet, dass sich zusammengehörende Krankenhäuser koordiniert im Markt verhalten und „unnötigen“ Wettbewerb zwischen sich zu vermeiden suchen. Relevant für den Patienten ist somit das nächste Krankenhaus eines alternativen Trägers. Auch hier gilt der bereits einleitend ausgeführte Punkt, dass dies natürlich nur eine Seite darstellt – Verbünde eröffnen beispielsweise durch internes Benchmarking auch Optionen zur Qualitätsverbesserung.

In einer Untersuchung der Konzentration auf Trägerebene zeigt Schmid (2012), dass Bayern für das Jahr 2007 mit einem HHI von 0,19 leicht über dem Bundesschnitt von 0,17 liegt. Dabei ist die Streuung jedoch beachtlich – deutlich über ein Viertel der Krankenhäuser liegt in Märkten mit einem HHI von über 0,25. Dies ist primär auf die höhere Konzentration in ländlichen Räumen zurückzuführen. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung liegt damit nahe, dass insbesondere in ländlichen Regionen deutlich eingeschränkte Wahlmöglichkeiten – d. h. verbunden mit hohen Wegstrecken – bestehen.

¹ Gemeint ist hierbei nicht der Trägertyp, sondern der Träger im Sinne eines Betreibers von einem oder mehreren Krankenhäusern.

4.3 Datengrundlage

Alle der nachfolgenden Untersuchungen zugrunde liegenden Daten beziehen sich auf den bayerischen Krankenhausmarkt. Im Jahr 2012 umfasste dieser 369 Krankenhäuser. Im Vergleich zur gesamten Bundesrepublik sind darunter die öffentlichen (47,1 %) und privaten Krankenhäuser (40,1 %) überproportional vertreten, während die freigemeinnützigen Krankenhäuser (12,7%) von der Anzahl her eine eher untergeordnete Rolle spielen. Zu beobachten ist hierbei im Zeitverlauf eine abnehmende Zahl und Bedeutung öffentlicher Krankenhäuser (vgl. Statistisches Bundesamt 2013).

46 % der bayerischen Krankenhäuser erwirtschafteten im Jahr 2012 ein Defizit mit der Prognose, dass sich dies für die Jahre 2013 und 2014 nicht verbessert (vgl. BKG 2014, 2). Dabei befinden sich bundesweit überproportional viele öffentliche Krankenhäuser in einer finanziellen Schieflage (Augurzky et al. 2013), was sich aufgrund der Trägerstruktur auf den bayerischen Krankenhausmarkt besonders auswirkt. Aus dieser Lage heraus kann es zu einer weiteren Konsolidierung und Konzentration des Krankenhausmarktes kommen.

Um dem Einfluss wirtschaftlicher und rechtlicher Abhängigkeiten von Krankenhäusern durch einen Träger auf den Krankenhausmarkt Rechnung zu tragen, werden in diesem Beitrag nicht nur einzelne Krankenhäuser, sondern auch die jeweiligen Träger berücksichtigt, sodass Verbundstrukturen abgebildet werden. In der amtlichen Statistik wird zwar der Träger genannt, jedoch fehlt eine Trägeridentifikationsnummer, die eine eindeutige Zuordnung der verschiedenen Krankenhäuser zum jeweiligen Träger zulässt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde auf Jahresbasis jedem Krankenhaus eine eindeutige Trägeridentifikationsnummer zugewiesen. Datenquelle hierfür war das amtliche Krankenhausverzeichnis.² Für darin nicht aufgeführte Krankenhäuser wurde angenommen, dass sie eigenständig tätig sind – die tatsächliche Konzentration wird damit in der Tendenz eher unterschätzt. Generell erfolgte somit eine eher konservative Bewertung.

Alle patientenbezogenen Daten basieren auf Abrechnungsdaten der AOK nach § 301 SGB V für die Indikationen Hüftfraktur (HIP), Hüftendoprothese (HAP), Pneumonie (PNEU), Cholezystektomie (CHOL) sowie Geburt (BIRTH) und umfassen alle AOK-Patienten aus Bayern, die für eine der genannten Indikationen ein Krankenhaus aufsuchten (siehe Tabelle 4–1 für die zugrunde liegenden ICD- und OPS-Codes). Der hohe Marktanteil der AOK in Bayern von über 40 % erlaubt mit der entsprechenden Vorsicht durchaus Rückschlüsse auf den gesamten Krankenhausmarkt. In Summe gehen über 75 000 Fälle in die Analysen ein.

Für die Querschnittsanalyse (Jahr 2012) liegen neben der Indikation die in PKW-Fahrkilometern gemessene Distanz³ zum gewählten sowie den fünf wohnortnächsten Krankenhäusern auf Postleitzahlebene vor. Für die Bestimmung der

2 Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Krankenhausstatistik) der Jahre 2003, 2006, 2009 und 2012, Statistisches Bundesamt. Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine jährlich erfolgende Totalerhebung aller deutschen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Veröffentlichung im Verzeichnis kann von Krankenhäusern untersagt werden.

3 Zum Vorgehen der Geokodierung und Distanzmessung siehe Friedrich und Beivers 2009, S. 160–162. Für den Patienten-Wohnort wird der Mittelpunkt der fünfstelligen Postleitzahl herangezogen.

Tabelle 4–1

Verwendete ICD- und OPS-Codes*

Indikation	Inkl./Exkl.	Diagnosecodes (ICD)	Prozedurschlüssel (OPS)
PNEU	Inkl.	A48.1; J10.0; J11.0; J12.*; J13; J14; J15.*; J16.*; J17.*; J18.*	
	Exkl.	E84.*	
BIRTH	Inkl.	O00.* - O99.*	5-720.*; 5-724; 5-725.*; 5-727.*; 5-728.*; 5-729; 5-730; 5-731; 5-732.*; 5-733.*; 5-738.*; 5-739.*; 5-740.*; 5-741.*; 5-742.*; 5-745.*; 5-749.*; 9-260; 9-261; 9-268
CHOL	Inkl.	K80.*; K81.*	5-511.0*; 5-511.1*; 5-511.2*; 5-511.x; 5-511.y
	Exkl.	C*	5-511.3; 5-511.4* (ab 2005); 5-511.5* (ab 2005)
HAP	Inkl.	M16.*	5-820.0*; 5-820.2*; 5-820.3*; 5-820.4*; 5-820.x*; 5-820.8* (ab 2007)
	Exkl.	M84.15; M96.0; S32.4; S72.0*; S72.1*; S72.2; T84.1	
HIP	Inkl.	S72.0*; S72.1*	5-790.*e; 5-790.*f; 5-793.*e; 5-793.*f; 5-794.*e; 5-794.*f; 5-820.0*; 5-820.2*; 5-820.3*; 5-820.4*; 5-820.x*; 5-820.8* (ab 2007)

*in Anlehnung an Hentschker und Mennicken 2014

nächsten Krankenhäuser wurden zudem drei Fallzahlgruppen gebildet, für die jeweils die fünf nächsten Häuser ermittelt wurden. So wurden in Fallzahlgruppe 3 alle Häuser berücksichtigt, die mindestens 50 Fälle der entsprechenden Indikation behandelten, in Fallzahlgruppe 2 alle mit mindestens 20 Fällen und in Fallzahlgruppe 1 alle mit mindestens zehn Fällen. Krankenhäuser, die in den untersuchten Indikationsgebieten weniger als zehn Fälle behandelten, wurden damit als Behandlungsalternativen nicht berücksichtigt. Es wurde unterstellt, dass die entsprechende Indikation nicht zum regelmäßigen Behandlungsumfang des jeweiligen Krankenhauses gehörte und das Krankenhaus somit für den Patienten im Normalfall keine reale Wahloption darstellt. Ferner wurden nur bayerische Krankenhäuser berücksichtigt, was in den Grenzregionen, z. B. nach Hessen, eine Überschätzung der zurückzulegenden Entfernung bedeuten kann.

Für jeden Patienten wurden somit drei Choice Sets – eines pro Fallzahlgruppe – definiert. Ein Choice Set stellt dabei eine Auswahl von Krankenhäusern dar, die aus Sicht des Patienten für seine Behandlung infrage kommen. In diesem Beitrag umfasst ein Choice Set eines Patienten mindestens die fünf nächstgelegenen Krankenhäuser sowie ggf. zusätzlich das tatsächlich gewählte Krankenhaus, sollte dieses weiter entfernt gelegen sein. Somit beinhaltet das Choice Set eines jeden Patienten mindestens fünf und maximal sechs Krankenhäuser. Hat ein Patient also ein Krankenhaus gewählt, das im Jahr 2012 weniger als zehn AOK-Versicherte behandelte oder das weiter als das fünftnächste Krankenhaus entfernt war, wird dieses zwar als gewähltes Krankenhaus in seinem Choice Set berücksichtigt, geht jedoch nicht in die Choice Sets der anderen Versicherten ein. Diese Daten werden um die Träger-ID und Infor-

Tabelle 4–2

Fallzahlen und gewählte Krankenhäuser (KH) nach Indikation 2012

Indikation	Fallzahl	Anzahl KH
PNEU	17 984	208
BIRTH	33 420	119
CHOL	9 292	171
HIP	7 074	165
HAP	8 039	174

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

mationen zur Siedlungsstruktur⁴ am Patientenwohntort und am Krankenhausstandort erweitert.

Im Längsschnitt liegt für die Jahre 2003, 2006, 2009 und 2012 für jeden bayerischen Postleitzahlbezirk die Information zu den fünf nächstgelegenen Krankenhäusern vor. Dies wird ergänzt durch die Fallzahl pro Postleitzahlbezirk im Jahr 2012 – differenziert nach den genannten Indikationen. Es handelt sich dabei um die Zahl aller Fälle, d. h. auch der Patienten, die in Bayern wohnen, aber außerhalb Bayerns behandelt wurden. Dementsprechend sind die Fallzahlen geringfügig höher als im Querschnitt. Die Fixierung der Patientenzahlen auf das Niveau des Jahres 2012 verhindert, dass Veränderungen der Patientenpopulation zu Verzerrungen führen. Auch für den Längsschnitt liegen die entsprechenden Träger-IDs sowie Informationen zur Siedlungsstruktur vor.

Für das Jahr 2012 liegen insgesamt 75 089 Beobachtungen von bayerischen AOK-Patienten vor, die sich – wie in Tabelle 4–2 dargestellt – auf die ausgewählten Indikationen und insgesamt 231 bayerische Krankenhäuser verteilen.

Abbildung 4–1 zeigt exemplarisch für die Indikation Pneumonie (PNEU) die Wanderungsbewegungen zwischen den siedlungsstrukturellen Kreistypen. Dabei deutet die Größe des Kreises die Anzahl der Patienten aus dem Kreistyp an. Kreistyp 1 steht hierbei für kreisfreie Großstädte, Typ 2 für städtische Kreise, Typ 3 für ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und Typ 4 für dünn besiedelte ländliche Kreise. Die Anzahl der Patienten versteht sich bezogen auf den Heimat-Kreistypen, also den Wohnort der Patienten. Die Zahl der Krankenhausfälle bezieht sich auf den Behandlungsort, also den Zustand nach der „Wanderung“. Es zeigt sich, dass die AOK-Versicherten primär aus den eher ländlich geprägten Regionen kommen, der Behandlungsschwerpunkt jedoch gemessen an den Fallzahlen recht gleichmäßig auf die Kreistypen 1, 3 und 4 verteilt ist.⁵ Insbesondere Patienten aus Kreistyp 2

4 INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Zum Matchen wurde eine PLZ-Kreiskennziffer-Tabelle auf Basis des OpenGeoDB Projekts verwendet.

5 Dabei haben Städte des Kreistyps 1 mindestens 100 000 Einwohner. Das trifft für Bayern z. B. auf München, Regensburg, Nürnberg oder auch Ingolstadt zu. In städtischen Kreisen wohnen mindestens 50% der Bevölkerung in Groß- oder Mittelstädten. Hierzu gehören Augsburg, Würzburg oder auch Neu-Ulm. Kreistyp 3 unterscheidet sich von Kreistyp 2 dadurch, dass die Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt, bzw. wenn weniger als 50% der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt, muss die Einwohnerdichte mindestens 100 Einwohner pro Quadrat-

Abbildung 4–1

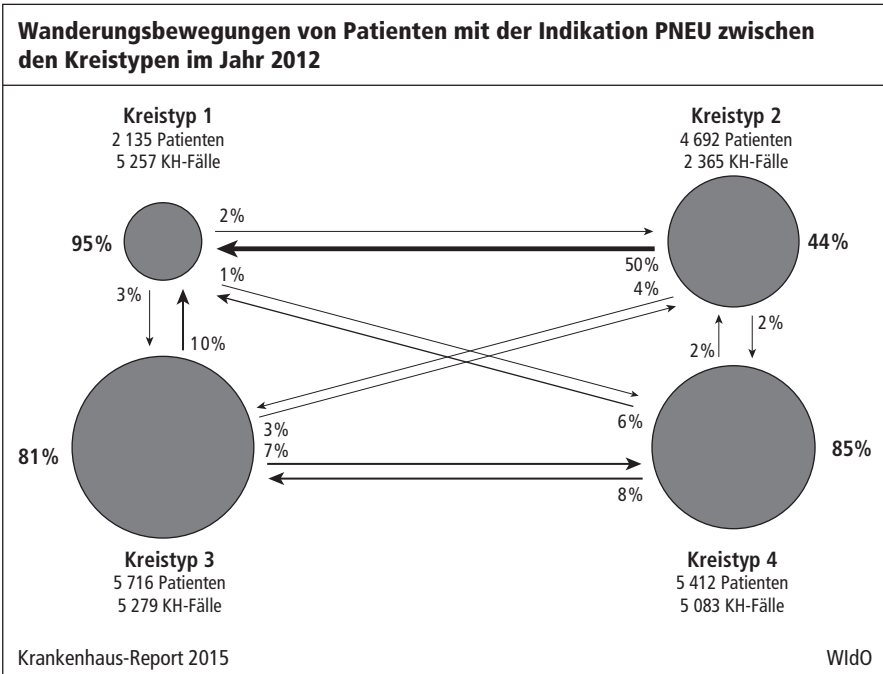


Tabelle 4–3

Deskriptive Statistik der Wanderungsbewegungen nach Siedlungsstruktur am Beispiel PNEU

Kreistyp	Anzahl der Patienten nach Herkunft	Anzahl behandelte Fälle nach Behandlungsort	Anzahl der Krankenhäuser	Durchschnittliche Bettenzahl der Krankenhäuser
1	2 135 (12 %)	5 257 (29 %)	46 (22 %)	516
2	4 692 (25 %)	2 365 (13 %)	43 (21 %)	244
3	5 716 (32 %)	5 279 (29 %)	62 (29 %)	237
4	5 412 (31 %)	5 083 (28 %)	57 (27 %)	270
Ohne Zuordnung	29 (0 %)	0	0	0
Summe	17 984	17 984	208	309

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

gehen zu 50 % in Krankenhäuser in Großstädten. Häufig liegen Regionen des Kreistyps 2 in direkter Nachbarschaft zu den entsprechenden Ballungszentren bzw. sind infrastrukturell gut angebunden. Bezogen auf die Fälle stehen, wie in Tabelle 4–3 zu

kilometer betragen. In diese Kategorie fallen z. B. Schweinfurt, Kitzingen oder auch Lichtenfels. In dünn besiedelten Kreisen, Kreistyp 4, leben weniger als 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten, die die Kriterien für Kreistyp 3 erfüllen. Hierzu gehören Bayreuth, Garmisch-Partenkirchen oder auch Bad Tölz.

sehen ist, damit überproportional viele eher kleine Krankenhäuser in den Kreistypen 2 bis 4, während in den Großstädten eher große Versorger vorzufinden sind, die überdurchschnittlich viele Patienten versorgen.

Es zeigt sich – weiterhin bezogen auf PNEU – dass sich 85 % der Patienten aus Typ 4 auch in einem Krankenhaus des gleichen Siedlungsstrukturtyps behandeln lassen. Für Typ 1 liegt dieser Wert bei 95 %, für Typ 2 lediglich bei 44 % und für Typ 3 bei 81 %.

4.4 Ergebnisse Querschnitt

Die Analyse der Wahlmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Trägerschaft basiert naturgemäß auf einer Betrachtung der Patientenwege. Hat ein Patient nicht das nächstgelegene Krankenhaus gewählt, unterstellen wir implizit, dass er sich bewusst gegen dieses entschieden hat und fragen, ausgehend vom gewählten Krankenhaus, nach den weiteren Alternativen – einerseits nach dem nächstgelegenen Krankenhaus und andererseits nach dem nächstgelegenen Krankenhaus eines alternativen Trägers.

Zunächst liegt die Betrachtung auf der Distanz zum tatsächlich gewählten Krankenhaus (Abbildung 4–2 und Tabelle 4–4). Hierbei zeigt sich, dass die vier Indikationen CHOL, PNEU, BIRTH und HIP in der Verteilung der gewählten Distanzen relativ homogen sind, während HAP deutlich abweicht. Die Indikationen unterscheiden sich dabei stark nach dem Anteil der Patienten, die nicht geplant, sondern als Notfall ins Krankenhaus aufgenommen wurden. Basierend auf den Zahlen von Hentschker et al. (2014) ist davon auszugehen, dass bei BIRTH und HAP dieser

Abbildung 4–2

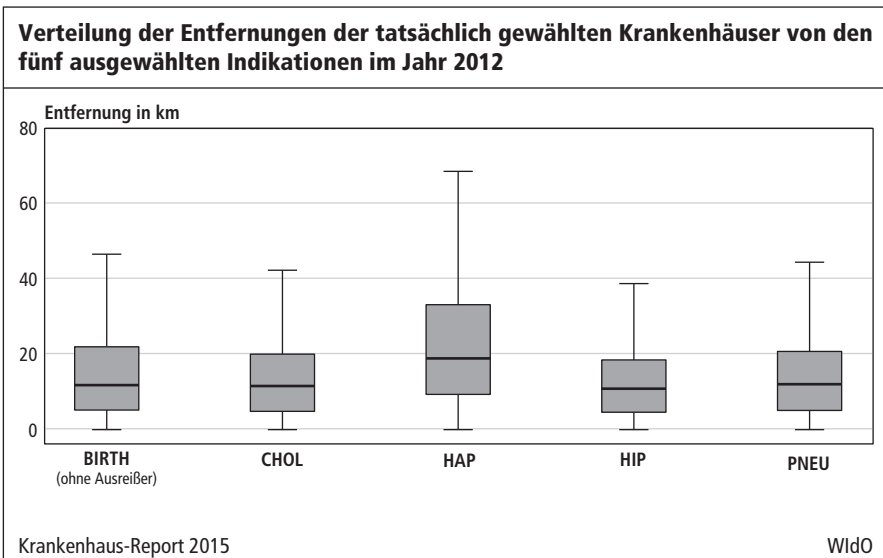


Tabelle 4–4

Verteilung der Entfernungen in km der tatsächlich gewählten Krankenhäuser von den fünf ausgewählten Indikationen im Jahr 2012

Indikation	Distanz in km			
	Mittelwert	Unteres Quartil	Median	Oberes Quartil
CHOL	15,13	5,15	11,53	20,10
PNEU	16,59	5,30	11,87	20,97
BIRTH	16,41	5,32	11,67	21,87
HIP	14,33	4,86	10,89	18,46
HAP	27,99	9,69	19,06	33,25

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Anteil äußerst gering ist. Bei CHOL liegt er über 25 %, bei PNEU bei über 50 % und bei HIP bei über 75 %. Dies kann allerdings nur einen Teil des Unterschieds in den zurückgelegten Distanzen erklären. Denn auch bei BIRTH ist eine wohlüberlegte Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus möglich und es kann von einer bewussten Auswahl des Krankenhauses ausgegangen werden. Jedoch spielt die schnelle Erreichbarkeit bei einer Geburt eine größere Rolle als beispielsweise bei elektiven orthopädischen Eingriffen (HAP). Es sticht hervor, dass die Patienten mit der Indikation HAP in dieser Analyse nahezu doppelt so große Entfernungen zurücklegten wie in den anderen Indikationen, was jedoch nicht an der Anzahl der Leistungserbringer liegt.

Soweit nicht explizit anders ausgewiesen, beziehen sich die folgenden Auswertungen auf die Fallzahlgruppe 1. Wie in Tabelle 4–5 zu sehen ist, unterscheidet sich der Anteil der Patienten, die das wohnortnächste Krankenhaus aufsuchen, über die Indikationen recht deutlich. Er schwankt zwischen über 70 % bei der HIP und knapp über 40 % bei der HAP. Es sticht ins Auge, dass nahezu jeder vierte AOK-Versicherte mit der Indikation HAP im Jahr 2012 ein Krankenhaus wählt, das nicht zu den fünf wohnortnächsten Krankenhäusern gehört. Mit der Ausnahme dieser Indikation wählt jedoch deutlich über die Hälfte der Patienten das Krankenhaus mit der kürzesten Wegstrecke.

Tabelle 4–5

Aufteilung der Patienten auf die Krankenhäuser im Choice Set von den fünf Indikationen im Jahr 2012

Indikation	Anteil 1. KH	Anteil 2. KH	Anteil 3. KH	Anteil 4. KH	Anteil 5. KH	Anteil weiter entferntes KH
CHOL	61,32 %	15,24 %	8,08 %	4,49 %	2,71 %	8,16 %
PNEU	55,45 %	15,61 %	7,83 %	6,25 %	3,43 %	11,43 %
BIRTH	57,06 %	19,45 %	8,32 %	4,30 %	2,65 %	8,22 %
HIP	72,18 %	14,52 %	6,02 %	2,40 %	1,15 %	3,73 %
HAP	40,94 %	16,78 %	9,27 %	2,92 %	3,87 %	23,22 %

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 4–6

Distanzen vom PLZ-Bezirk des Patienten zu ausgewählten Krankenhäusern im Choice Set über die fünf ausgewählten Indikationen im Jahr 2012

Indikation	Distanz in km Fahrentfernung zum			
	nächstgelegenen Krankenhaus	gewählten Krankenhaus	nächstweiteren Krankenhaus*	nächstweiteren Träger*
CHOL	10,21	15,13	22,97	24,13
PNEU	9,66	16,59	21,04	22,18
BIRTH	10,57	16,41	24,19	25,10
HIP	10,56	14,33	22,54	23,86
HAP	11,65	27,99	26,24	26,91

* Hinweis: In Fällen, in denen das gewählte Krankenhaus das fünfte Krankenhaus des Choice Sets oder ein noch weiter entferntes Krankenhaus war, konnte die Distanz zum nächstweiteren Krankenhaus sowie zum nächstweiteren Träger nicht bestimmt werden. Dies ist insbesondere für HAP relevant (siehe auch Tabelle 4–5).

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Die überdurchschnittlichen zurückgelegten Entfernungen bei der Indikation HAP korrespondieren damit, dass knapp 60 % der Patienten das erste Krankenhaus überspringen und sich in fast einem Viertel der Fälle außerhalb der fünf nächstgelegenen Krankenhäuser behandeln lassen.

Im Vergleich zu den tatsächlich zurückgelegten Patientenwegen fallen die Wege ins wohnortnächste Krankenhaus der Fallzahlgruppe 1 deutlich kürzer aus. Dabei handelt es sich um das Krankenhaus mit der geringsten Distanz vom Wohnort (PLZ-Bereich) (vgl. Friedrich und Beivers 2009, S. 167). Die Entfernung zum wohnortnächsten Krankenhaus ist über alle Indikationen ähnlich. Wie Tabelle 4–6 zeigt, fällt auch hier die Indikation HAP ins Auge, da die durchschnittlich zurückgelegte Strecke zum tatsächlich gewählten Krankenhaus fast 2,5 mal länger ausfällt als die Distanz zum wohnortnächsten Krankenhaus, das ebenfalls diese Leistung anbietet. Gleichzeitig ist bei der Hüftersatz-OP (HAP) der Anteil der Patienten, die das wohnortnächste Krankenhaus aufsuchen, mit gut 40 % am geringsten.

Wie einleitend erläutert, wird im Rahmen dieser Analyse unterstellt, dass es sich um eine bewusste Wahlentscheidung handelt, wenn nähergelegene Krankenhäuser übergangen werden. Vor diesem Hintergrund ist Tabelle 4–6 zu sehen. Das theoretisch nächstliegende Krankenhaus, das die besagte Indikation in relevantem Umfang anbietet, ist für alle Indikationen deutlich kürzer als die real zurückgelegte Entfernung. Die nächste Alternative liegt dann bereits in einer Entfernung zwischen 20 und 30 Kilometern. Die Distanz zum nächsten Träger ist im Mittel jedoch nur geringfügig weiter als die mittlere Distanz zum nächsten (nicht gewählten) Krankenhaus.

Im Folgenden werden die Fälle betrachtet, bei denen zum nächsten Krankenhaus eines alternativen Trägers ein anderes näheres Krankenhaus übersprungen wird, das jedoch zum gleichen Träger gehört wie das tatsächlich gewählte. Nicht betrachtet werden die Fälle, zu denen keine Informationen zum nächst weiter entfernten Krankenhaus vorliegen. Das ist dann der Fall, wenn das gewählte Krankenhaus nicht höchstens das viertnächste Krankenhaus bezogen auf den Heimat-PLZ-Bezirk darstellt oder der nächste alternative Träger nicht innerhalb der fünf nächst-

Tabelle 4–7

Distanzen zum nächsten Krankenhaus eines alternativen Trägers, wenn das nächste Krankenhaus zum gleichen Träger gehört wie das gewählte über alle Indikationen im Jahr 2012

Indikation	Fallzahl	Anteil an allen Fällen	Distanz zum gewählten Krankenhaus	Distanz zum nächstweiteren Krankenhaus	Distanz zum nächsten Träger
CHOL	1 022	11,00 %	10,87	25,42	34,90
PNEU	1 961	10,90 %	10,71	22,29	31,63
BIRTH	2 908	8,70 %	11,02	25,45	35,12
HIP	910	12,86 %	11,00	24,13	34,10
HAP	418	5,20 %	15,07	28,14	37,73

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 4–8

Mittlere Entfernungen für jeden Kreistyp und für die jeweiligen Indikationen die Fallzahlen, die durchschnittlichen Entfernungen und die Anteile derjenigen Patienten, die das wohnortnächste Krankenhaus gewählt haben für das Jahr 2012

Indikation	Kreistyp des Patientenwohnorts	Fallzahl	Zurückgelegte Entfernungen in km	Anteile nächstes KH
CHOL	1	935	8,56	26,52 %
	2	2 425	12,9	55,63 %
	3	3 084	15,38	67,15 %
	4	2 830	17,47	71,38 %
PNEU	1	2 135	8,32	37,56 %
	2	4 692	14,42	48,70 %
	3	5 716	18,27	58,92 %
	4	5 412	19,98	64,69 %
BIRTH	1	4 323	7,75	53,07 %
	2	10 170	13,16	44,78 %
	3	10 140	18,63	63,06 %
	4	8 726	21,88	66,33 %
HIP	1	600	9,16	51,67 %
	2	1 915	13,18	68,51 %
	3	2 438	15,18	74,24 %
	4	2 107	15,82	79,12 %
HAP	1	518	16,75	28,96 %
	2	2 006	22,98	35,09 %
	3	2 840	31,07	39,30 %
	4	2 658	30,65	49,44 %

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 4–9

Zahl der Träger im Choice-Set nach Siedlungsstruktur

PNEU Kreistyp	Zahl Träger im 5er Choice-Set					Fallzahl
	1	2	3	4	5	
1	0,00 %	0,00 %	0,00 %	4,78 %	95,22 %	2 135
2	0,00 %	5,58 %	5,84 %	29,77 %	58,80 %	4 692
3	0,19 %	4,64 %	8,92 %	37,89 %	48,36 %	5 716
4	0,00 %	0,00 %	19,44 %	46,06 %	34,50 %	5 412
Ohne Zuordnung	0,00 %	0,00 %	41,38 %	31,03 %	27,59 %	29
Total	0,06 %	2,93 %	10,28 %	34,29 %	52,44 %	17 984

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

gelegenen Krankenhäuser zu finden ist. Wie Tabelle 4–7 zeigt, kann für diese relativ kleinen Subgruppen festgestellt werden, dass ein Krankenhaus eines alternativen Trägers im Durchschnitt vom Patientenwohnort gesehen fast 10 Kilometer weiter entfernt liegt als das nächste Krankenhaus, das jedoch zum gleichen Träger gehört wie das gewählte. Dies gilt für alle Indikationen.

Unter Berücksichtigung der siedlungsstrukturellen Kreistypen kann in Tabelle 4–8 für Fallzahlgruppe 1 dargestellt werden, dass die Entfernungen der tatsächlich zurückgelegten Patientenwege von städtisch zu ländlich geprägten Regionen über alle ausgewählten Indikationen zunehmen. Gleichzeitig ist von Stadt zu Land ein zunehmender Anteil derjenigen Patienten zu beobachten, die sich im wohnortnächsten Krankenhaus behandeln lassen. Während bei der Geburt dieser Anteil am geringsten schwankt, ist dieses Phänomen bei der Indikation CHOL besonders deutlich.

Bei Betrachtung der im Choice Set verfügbaren alternativen Träger zeigt sich auch hier wieder eine starke Differenzierung nach der Siedlungsstruktur (vgl. Tabelle 4–9). Während – wieder am Beispiel PNEU – über alle Kreistypen hinweg 52 % der Patienten fünf verschiedene Träger zur Auswahl haben, trifft dies im Bereich von Kreistyp 4 nur auf 35 % zu. In den kreisfreien Großstädten haben nahezu alle Patienten fünf Krankenhäuser unterschiedlicher Träger zur Auswahl. Ca. 5 % der Patienten in Kreistyp 2 und 3 haben eine eingeschränkte Wahl, da sich bei ihnen die fünf nächstgelegenen Krankenhäuser jeweils auf lediglich zwei Träger verteilen.

4.5 Ergebnisse Längsschnitt

Im Gegensatz zur Querschnittsanalyse – in der das tatsächlich gewählte Krankenhaus Ausgangspunkt der Analyse ist – handelt es sich im Längsschnitt um eine Potentialanalyse. D. h. für jeden Postleitzahlbezirk werden je betrachtetem Jahr die fünf nächsten Krankenhäuser ermittelt. Um die Relevanz der einzelnen Postleitzahlbezirke zu berücksichtigen, werden die Fallzahlen je Postleitzahlbezirk und Indikation im Jahr 2012 als Gewichtungsfaktor herangezogen. Dieses Vorgehen er-

Tabelle 4–10

Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausträger von 2003 bis 2012

Jahr	Zahl der Krankenhäuser	Zahl der Krankenhausträger
2003	225	151
2006	204	132
2009	191	122
2012	176	118

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

laubt es, auf der Fallzahlentwicklung beruhende Verzerrungen auszuschließen. Ausgehend von 2074 Postleitzahlgebieten ergibt sich so über alle Perioden eine gewichtete Fallzahl von 77420 Beobachtungen.⁶

Wie aus Tabelle 4–10 hervorgeht, hat sich die Zahl der Krankenhäuser und die Zahl der Krankenhausträger seit 2003 um jeweils leicht über 20% reduziert. Während die Dynamik der Konsolidierung zwischen 2009 und 2012 spürbar nachließ, ging die Zahl der Krankenhausstandorte weiter deutlich zurück (siehe hierzu auch Preusker et al. 2014).⁷

Wird nun zunächst exemplarisch für 2012 die Entfernung der fünf nächstgelegenen Krankenhäuser betrachtet, zeigen sich zwischen den Indikationen und Fallzahlgruppen deutliche Unterschiede (siehe Tabelle 4–11). So erhöht sich die Distanz für das nächstgelegene Krankenhaus im Bereich HAP bei einem Wechsel von Fallzahlgruppe 1 (mindestens zehn AOK-Patienten mit dieser Indikation im Jahr 2012) auf Fallzahlgruppe 3 (mindestens 50 AOK-Patienten) von 12 km auf 23 km. Will ein Patient auf das zweite Krankenhaus ausweichen, muss er im Bereich der Fallzahlgruppe 3 für die beiden orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Indikationen schon mehr als 30 km zurücklegen, für das dritte deutlich über 40 km. In diesem Umkreis stehen für die Indikationen BIRTH und PNEU in allen Fallzahlgruppen im Mittel mindestens fünf Alternativen zur Auswahl.

Bei der Betrachtung der Entwicklung seit 2003 legen wir das Augenmerk primär auf die Unterschiede in der Siedlungsstruktur am Wohnort des Patienten und betrachten vorerst nur die Fallzahlgruppe 1. Tabelle 4–12 weist die mittlere Entfernung in Kilometern zum ersten, dritten und fünften Krankenhaus aus. Jeweils in der

6 Mehrere Faktoren führen dazu, dass sich die Zahlen zwischen Quer- und Längsschnitt unterscheiden. So ist die Zahl der Krankenhäuser im Querschnitt höher, da auch Krankenhäuser mit weniger als zehn AOK-Patienten berücksichtigt wurden. Dies wirkt sich beispielsweise stark im Bereich Pneumologie aus. Andererseits sind die Fallzahlen niedriger, da Patienten, die ein Krankenhaus außerhalb Bayerns gewählt haben, nicht in die Analyse eingehen.

7 Die exakten Zahlen sind mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten, da sie mit einer durch die Erhebung der Daten bedingten Unschärfe versehen sind. So kann es durchaus vorkommen, dass unter einer Institutskenziffer (IK) mehrere Standorte geführt werden – der Abgleich mit dem Krankenhausverzeichnis 2012 deutet auf drei derartige Fälle hin. Allerdings tritt dieses Problem der „Einhausigkeit“ auch im Krankenhausverzeichnis selbst auf, kann jedoch nicht erfasst werden. Die Zahl der Träger hingegen wird eher überschätzt, die Zahl der Fusionen also unterschätzt, da in Fällen, in denen keine eindeutige Trägerzuordnung möglich war, davon ausgegangen wird, dass es sich um ein „unabhängiges“ Krankenhaus handelt.

Tabelle 4–11

Distanzen nach Fallzahlgruppe und Indikation 2012

Indikation	PLZ- Bezirke	Fälle	FZG	Mittelwert in km				
				1. KH	2. KH	3. KH	4. KH	5. KH
PNEU	1909	18311	1	10	18	24	29	33
			3	12	22	29	35	40
BIRTH	2027	34224	1	11	21	28	34	40
			3	11	21	28	35	40
CHOL	1790	9448	1	10	20	26	32	36
			3	14	26	35	42	48
HAP	1595	8260	1	12	22	28	33	38
			3	23	37	48	60	69
HIP	1595	7177	1	11	21	27	33	38
			3	17	32	43	52	61

Hinweis: FZG 1 – mindestens 10 AOK-Patienten pro Jahr; FZG 3 – mindestens 50 AOK-Patienten pro Jahr

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

ersten Spalte ist die allgemeine Entfernung über alle Siedlungsstrukturellen Kreistypen (SKT) hinweg angegeben, die folgenden Spalten geben jeweils die Entfernung für den jeweiligen Kreistyp an.

Ohne weitere Differenzierung nach Kreistypen zeichnet sich ein Trend zu einer leichten Vergrößerung der zurückzulegenden Distanz ab. Dieser ist beim nächsten Krankenhaus kaum wahrnehmbar, beim dritten und fünften Krankenhaus jedoch durchaus deutlich. Die Differenzierung nach Kreistypen zeigt, dass in den Ballungszentren keine nennenswerten Veränderungen stattgefunden haben, selbst wenn das fünfte Krankenhaus herangezogen wird. Je ländlicher jedoch die Region, desto deutlicher kommt es zu einer wahrnehmbaren Zunahme der mittleren Entfernung. So hat im SKT 4 – in dem im Jahr 2012 31 % der bayerischen AOK-Patienten leben – innerhalb von neun Jahren die im Mittel zurückzulegende Entfernung zum dritten Krankenhaus um 5 Kilometer auf 31 Kilometer zugenommen.

Tabelle 4–12

Entwicklung der Entfernung zu den nächstgelegenen Krankenhäusern für PNEU 2003 bis 2012 (FZG 1)

PNEU	Mittelwert in km														
	1. KH					3. KH					5. KH				
SKT	all.	1	2	3	4	all.	1	2	3	4	all.	1	2	3	4
2003	9	4	8	10	10	21	9	18	24	26	29	14	24	32	35
2006	9	4	8	11	10	22	9	19	25	26	30	16	25	34	36
2009	9	5	8	11	11	23	8	19	26	29	31	15	26	35	39
2012	10	4	8	12	12	24	9	19	28	31	33	15	27	37	41

Hinweis: Siedlungsstrukturelle Kreistypen: SKT 1 – kreisfreie Großstädte; SKT 2 – städtische Kreise; SKT 3 – ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen; SKT 4 – dünn besiedelte ländliche Kreise

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 4–13

Entwicklung der Entfernung zum drittnächsten Krankenhaus für BIRTH, CHOL, HIP und HAP 2003 bis 2012 (FZG 1)

SKT	Mittelwert in km zum 3. KH											
	BIRTH			CHOL			HIP			HAP		
	all.	1	4	all.	1	4	all.	1	4	all.	1	4
2003	23	10	31	24	8	29	24	10	28	27	12	34
2006	25	10	35	24	8	31	25	10	30	27	13	33
2009	26	10	36	25	8	32	27	11	33	27	13	33
2012	28	14	39	26	8	33	27	12	33	28	12	34

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Vergleicht man nun auf Basis der Entfernung zum drittnächsten Krankenhaus die einzelnen Indikationen, so wird deutlich, dass sich hier nicht nur im Querschnitt, sondern auch im Verlauf deutliche Unterschiede ergeben. Den deutlichsten Zuwachs gibt es im Bereich BIRTH im SKT 4: Hier stieg die mittlere Entfernung um 8 Kilometer auf 39 Kilometer an. Der merkliche Sprung von Jahr 2009 auf Jahr 2012 im SKT 1 von 10 auf 14 Kilometer scheint nicht nur von einigen Ausreißern getrieben zu sein, da auch der Median einen vergleichbaren Anstieg erfährt. Vor dem Hintergrund sinkender Geburtenzahlen reflektiert beides einen Trend, für den sowohl ökonomische als auch qualitätsbezogene Argumente angeführt werden. Der leichte Anstieg im Bereich des SKT 1 für die Indikation HIP könnte auf einen Rückzug vereinzelter städtischer Einrichtungen aus der Notfallversorgung hindeuten. Im ländlichen Raum ist für HIP und CHOL ein vergleichbarer Anstieg um 5 bzw. 4 Kilometer zu verzeichnen. Im Bereich HAP, mithin einem primär elektiven Eingriff, für den Patienten bereit sind, überdurchschnittlich große Distanzen zurückzulegen, hat sich die Situation im betrachteten Zeitraum nicht wahrnehmbar verändert. Zusammengefasst deutet dies darauf hin, dass sich beobachtbare Trends primär durch Struktur- und nicht durch Verhaltensänderungen ergeben haben.

4.6 Diskussion und Fazit

Ziel dieses Beitrags ist es, durch eine detaillierte Betrachtung des bayerischen Krankenhausmarktes ein besseres Verständnis der strukturellen Entwicklungen im Krankenhaussektor zu erhalten. Bayern eignet sich insbesondere durch seine siedlungsstrukturellen Unterschiede zwischen einzelnen Ballungsräumen und eher strukturschwachen ländlichen Regionen, typische Charakteristika darzustellen. Inhaltlich liegt der Fokus auf der wettbewerbsökonomischen Perspektive, d. h. primär auf den mit einer Konsolidierung möglicherweise einhergehenden Problemen. Die unbestritten auch vorhandenen positiven Effekte von größeren Einheiten und daraus resultierenden größeren Fallzahlen sollen hierdurch nicht in Frage gestellt werden. Beide Aspekte müssen letztlich gegeneinander abgewogen werden.

Im Querschnitt zeigt sich für das Jahr 2012, dass Patienten durchaus bereit sind, das nächstgelegene Krankenhaus zu übergehen. Die Anteile schwanken jedoch in

Abhängigkeit der Indikation deutlich. Ferner zeigt sich, dass die hierfür zurückzulegende Distanz bei der Ausübung dieser Wahloption eine äußerst zentrale Rolle spielt. Besonders augenfällig wird dies bei einer nach siedlungsstrukturellen Kreistypen differenzierten Betrachtung. So ist der Anteil der Patienten, die das nächstgelegene Krankenhaus wählen, in ländlichen Regionen drastisch höher, obwohl sie bereits die längsten Distanzen zurücklegen. Aus ökonomischer Sicht reflektiert dies die Nutzeneinbußen, die Patienten erfahren, wenn sie weitere Wegstrecken zu alternativen Anbietern zurücklegen müssen. Auch da zu erwarten ist, dass sich diese Nutzeneinbußen auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken, ist dies eine der Konsequenzen, die bei einer ausgewogenen Bewertung der Vor- und Nachteile einer Zentralisierung der Versorgung mit einbezogen werden müssen.

Diese Ergebnisse liegen im Wesentlichen auf einer Linie mit ähnlichen Beiträgen, die sich mit der Wettbewerbssituation im deutschen Krankenhausmarkt beschäftigen. Sie ergänzen die vorliegende Literatur, die sich primär auf Daten bis zum Jahr 2007 beschränkt, um eine Analyse der Entwicklung bis 2012. Dabei zeigt sich, dass sich in Abhängigkeit der Indikation – abgesehen vom großstädtischen Raum – die Situation aus einer Wettbewerbsperspektive weiter verschlechtert hat. Lediglich für die Indikation HAP können keine Veränderungen festgestellt werden. In allen anderen Bereichen haben sich die Wegstrecken zum Erreichen alternativer Anbieter (zum Teil deutlich) erhöht. Somit ist davon auszugehen, dass sich die von Hentschker et al. 2014 für das Jahr 2007 berechneten Konzentrationsindizes – außer für HAP sind diese alle auf einem als problematisch einzuschätzenden Niveau – weiter erhöht haben.

Hinsichtlich der Relevanz der Krankenhausträger betont beispielsweise Schmid 2012, dass eine Betrachtung der Mittelwerte bei einem Vergleich der Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Einrichtungen und der Ergebnisse auf Ebene der Träger die regional zum Teil gravierenden Unterschiede verschleiert. Ein ähnliches Bild zeichnet die vorliegende Analyse. So konnte gezeigt werden, dass für kleine Teilmengen der Patienten (je nach Indikation und Fallzahlgruppe zwischen 5 und 15%), die Entfernung zum nächsten alternativen Träger um rund 10 Kilometer größer ist als die Entfernung zum nächsten alternativen Krankenhausstandort. Schwächen der Datengrundlage, die auch der amtlichen Statistik zu eigen sind (Stichwort Einhäusigkeit), erschweren es, diesen Aspekt verlässlich zu quantifizieren. Es scheint jedoch plausibel, dass eine Betrachtung auf Ebene der Krankenhausträger die auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser gefundenen Entwicklungen eher noch verstärkt und in einzelnen Regionen zu deutlich abweichenden Ergebnissen führt.

Die aus den vorliegenden Ergebnissen abzuleitenden Konsequenzen lauten primär, dass negative „Nebenwirkungen“ einer starken Konzentration im Krankenhausmarkt nicht ausgeschlossen werden können und zwingend in den Abwägungsprozess einbezogen werden müssen. Bereits jetzt sind insbesondere von den Patienten im ländlichen Raum weite Wege zurückzulegen, wenn sie sich nicht mit dem erstbesten Krankenhaus zufrieden geben wollen.

Natürlich ist es legitim zu fragen, ob es denn mehr braucht als *eine* in vertretbarer Zeit erreichbare Option. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist dies jedoch eindeutig zu bejahen. Studien wie Gaynor et al. 2013 zeigen, dass sich eine Reduktion der Wahloptionen auch auf medizinisch relevante Qualitätsparameter auswirken kann. Insbesondere auch jenseits objektiv messbarer Qualitätsindikatoren ist

die Wahlentscheidung der Patienten – in der Regel stark beeinflusst durch den einweisenden Arzt – ein zentrales Anreizinstrument für Leistungserbringer, die bestmögliche Leistung anzubieten.

Zugleich ist offensichtlich, dass gerade im ländlichen Raum derart dichte Versorgungsstrukturen in weiten Teilen faktisch nicht aufrechterhalten werden können. Will man jedoch nicht in Kauf nehmen, dass dies *ceteris paribus* zu einer schlechteren Versorgungsqualität auf dem Land führt, muss nach Ansätzen gesucht werden, wie der geschwächte bzw. fehlende Sanktionsmechanismus des Wettbewerbs gestärkt bzw. ersetzt werden kann. Ein möglicher Ansatzpunkt könnte sein, die Mobilitätskosten der Patienten im ländlichen Raum zu senken. Für derart konkrete Fragen sowie ganz generell für ein besseres Verständnis des komplexen Zusammenspiels positiver und negativer Folgen der Zentralisierung von Versorgungsstrukturen besteht weiterhin großer Forschungsbedarf.

Danksagung

Besonderer Dank gilt Frau Carina Mostert für die große Unterstützung bei der Zusammenstellung des Datensatzes.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Schmitz H. Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung: Das ländliche Krankenhaus im Fokus. In: Klauber J, Robra B, Schnellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt Regionalität. Stuttgart: Schattauer Verlag 2012; 19–31.
- Augurzky B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt CM. Krankenhaus Rating Report 2013. Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Heidelberg: medhochzwei 2013.
- Bangard A. Krankenhausfusionskontrolle. Zeitschrift für Wettbewerbsrecht 2007; 2: 183–238.
- Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. BKG-Umfrage. Bayerischer Krankenhaustrend 2013. München 2014.
- Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. NBER Working Paper 2010, Nr. 16032.
- Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health & Place* 2011; 17: 1170–3.
- Buchmueller TC, Jacobson M, Wold C. How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. In: *Journal of Health Economics* 2006, 25: 740–761.
- Bundeskartellamt. Aktenzeichen B3-135/13, Zusammenschluss der Kreiskliniken Esslingen mit dem Klinikum Esslingen. Bonn 2014.
- Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms. *The Economic Journal* 2011; 121: F228–60.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftprothesen. In: Klauber J, Robra B, Schnellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt Versorgungszentren* Stuttgart: Schattauer Verlag 2009; 155–81.
- Gaynor M, Moreno-Serra R und Propper C. Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy* 2013; 5 (4): 134–66.
- Gaynor M, Town R. Competition in Health Care Markets. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP (eds). *Handbook of Health Economics*. Waltham North Holland: Elsevier 2012; 499–627.

- Hentschker C und Mennicken R. The volume-outcome relationship and minimum volume standards – empirical evidence for Germany. *Health Economics*: Article first published online 2014.
- Hentschker C, Schmid A und Mennicken R. Defining Hospital Markets – An Application to the German Hospital Sector. *Ruhr Economic Papers* 2014, Nr. 469.
- Kessler DP, McClellan MB. Is Hospital Competition Socially Wasteful? *Quarterly Journal of Economics* 2000; 115: 577–615.
- Kessler DP, Geppert JJ. The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care. *Journal of Economics and Management Strategy* 2005; 14: 575–89.
- Lindrooth RC, Lo Sasso AT, Bazzoli GJ. The effect of urban hospital closure on markets. *Journal of Health Economics* 2003; 22: 691–712.
- Preusker UK, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes 2014.
- Schmid A. Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor, Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers. Baden-Baden: Nomos 2012.
- Schmid A und Ulrich V. Consolidation and Concentration in the German Hospital Market: The Two Sides of the Coin, *Health Policy* 2013; 109 (3): 301–10.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2013.

This page intentionally left blank

5 Notfallversorgung im stationären Sektor

Theresa Huke und Bernt-Peter Robra

Abstract

Im Zeitraum 2005 bis 2012 sind die Raten stationärer Aufnahmen mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ (Notfallaufnahmen pro 100 000 Einwohner) in Deutschland von 6 492 auf 9 211 pro 100 000 Einwohner oder um 42 % gestiegen. Ein Anstieg findet sich unterschiedlich ausgeprägt in allen Bundesländern. Die geringsten Notfallraten hat Baden-Württemberg. 2012 wurde ein Anteil von fast 42 % aller Krankenhausfälle als Notfälle ausgewiesen. Die Entwicklung lässt sich durch demografische Prozesse allein nicht erklären. Nach einer Sonderauswertung von AOK-Daten werden 63 % der Notfälle tagsüber (6 bis vor 18 Uhr) aufgenommen. Mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt konnten Notfallaufnahmen und reguläre Krankenhauseinweisungen miteinander verglichen werden. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Alkoholprobleme und unspezifische Symptome waren neben Unfällen am Notfallgeschehen wesentlich beteiligt. Notfallpatienten sind im Durchschnitt zwei Jahre älter als regulär eingewiesene Patienten (64 gegen 62 Jahre). Ihre durchschnittliche Verweildauer und die Kosten pro Fall lagen etwas unter der der regulär eingewiesenen Patienten. Mit Krankenhausleitungen wurden mögliche Determinanten einer Zunahme von Krankenhausaufnahmen ohne Einweisung diskutiert. Das Problemfeld verlangt ein besseres Verständnis der Erwartungen, die Patienten an die Akutversorgung richten, vertiefende Untersuchungen der Versorgungsprozesse vor der ambulant-stationären Schnittstelle und in der Abrechnung eine bessere Unterscheidung zwischen akut hilfebedürftigen „Blaulichtfällen“ und Patienten, die ein Krankenhaus ohne Überweisung in Anspruch nehmen.

Between 2005 and 2012, the rate of hospitalizations coded as “emergencies” (emergency admissions per 100,000 population) in Germany increased from 6 492 to 9 211 per 100,000 inhabitants or by about 42 percent. The increase occurred to different degrees in all federal states. Baden-Württemberg showed the lowest emergency rates. In 2012, almost 42 percent of all hospital cases were classified as emergencies. The development cannot be explained by demographic change alone. According to an analysis of AOK data, 63 percent of emergency cases were admitted during the day (6 a. m. to before 6 p. m.). The authors compared emergency admissions and regular admissions based on data of the AOK Sachsen-Anhalt. Apart from accidents, cardiovascular diseases, alcohol problems and nonspecific symptoms were particularly frequent in emergency admissions. Emergency patients are on average two years older than regularly admitted patients (64 versus 62 years). Their average length of stay and the costs per case were slightly lower than that of regularly admitted patients. Possible determinants of the increase of hospital admissions without referral were dis-

5.1 Einführung

cussed with clinic consultants and managers. The problem requires a better understanding of the expectations of patients regarding acute care, in-depth investigations of care processes at the outpatient-inpatient interface and a better distinction in billing between acute emergency cases in immediate need of help and patients who utilize a hospital without referral.

Im Jahr 2012 wurden rund 42 % aller Krankenhausfälle in der Abrechnung als „Notfall“ ausgewiesen. Schon diese Größenordnung verlangt nach einer vertiefenden Analyse des Notfallgeschehens an deutschen Krankenhäusern. Die vorliegende Auswertung geht an Abrechnungsdaten den folgenden Fragen nach: Wie entwickelt sich die Häufigkeit stationär abgerechneter Notfälle in Zeit und Raum? Welche Patientengruppen sind besonders betroffen? Welche Diagnosen wurden vergeben, welche Maßnahmen veranlasst? Gibt es Anhaltspunkte für eine Schwächung des ambulanten Sektors?

Die Eingrenzung des Notfallbegriffs ist aus medizinischer und aus administrativer Sicht nicht identisch (Abbildung 5–1). Die folgende Ausarbeitung betrachtet Fälle, die Krankenhäuser als Notfälle abgerechnet haben. Es handelt sich nicht unbedingt auch um medizinisch perakute „Blaulichtfälle“. Ein großer Teil dürfte allerdings das Krankenhaus ohne reguläre Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt aufgesucht haben.

Ausgewertet wurde zunächst die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2005 bis 2012.¹ Für vertiefende Analysen standen Abrechnungsdaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und der AOK Sachsen-Anhalt zur Verfügung.²

Abbildung 5–1

Zwei Perspektiven auf den „Notfall“			
		Medizinisch	
		ja	nein
Administrativ	ja	A	B
	nein	C	D
Krankenhaus-Report 2015		WiDO	

1 Wir danken dem Statistischen Bundesamt, Frau Sabine Nemitz, für die Überlassung der Daten. Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen.

2 Wir danken dem WiDO und der AOK Sachsen-Anhalt für die Genehmigung, die Daten im Auftrag auswerten zu dürfen. Es handelt sich um Auszüge aus Daten nach § 301 SGB V.

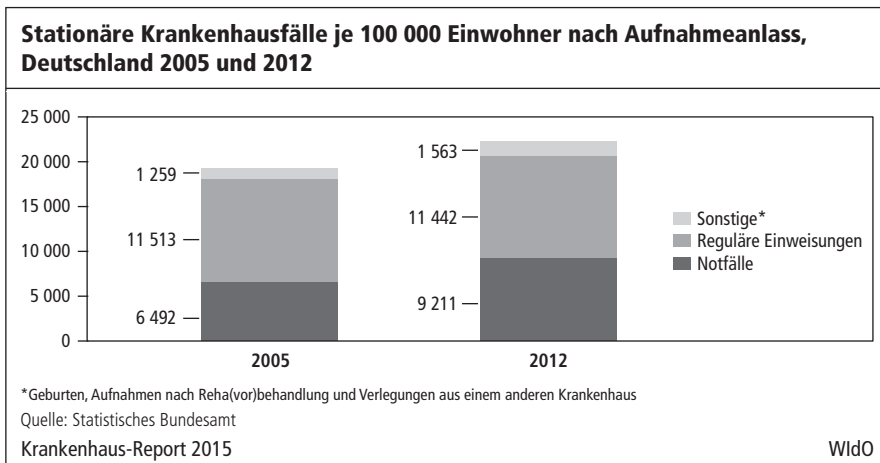
5.2 Ergebnisse der DRG-Statistik auf Ebene des Bundes und der Länder

Die Analyse der bundesweiten Krankenhausaufnahmen³ zeigt einen Anstieg des Notfallanteils von 33,7% auf 41,5% zwischen 2005 und 2012. Die Häufigkeit der regulären Einweisungen bleibt praktisch gleich. Die kleine Gruppe der sonstigen Aufnahmen (z. B. Verlegungen) ist größer geworden. Bezogen auf je 100 000 Einwohner nimmt die Rate stationärer Notfallaufnahmen von 6 492 auf 9 211 Fälle zu, was einem Anstieg um 42% entspricht (Abbildung 5–2).

Im Vergleich der Bundesländer wies Berlin in beiden Jahren den größten Notfallanteil von jeweils knapp 50% auf. 2005 hatte Bayern mit 29% den geringsten Notfallanteil. 2012 liegt das Minimum mit 36% in Mecklenburg-Vorpommern. In allen Bundesländern ist der Notfallanteil gestiegen, am stärksten in Bayern mit einer Zunahme um zwölf Prozentpunkte (auf 41%); Abbildung 5–3).

Wichtiger noch als der Trend des leicht verfügbaren Notfallanteils: Auch die Raten der Notfallaufnahmen nehmen in allen Bundesländern zu (Abbildung 5–4 und Tabelle 5–1). Die geringsten Notfallraten hat durchgängig Baden-Württemberg. 2012 lag die Rate dort bei 82% des Bundesdurchschnitts. Berlin weist eine Zunahme von 16% auf, die anderen Bundesländer verzeichnen Steigerungen zwischen 31% (Bremen) und 63% (Bayern). Angesichts dieses Musters gehen wir nicht von einem flächendeckenden Zusammenbruch der Dokumentationsdisziplin, sondern von einer echten Zunahme der (administrativen) Notfallaufnahmen und damit der „Versorgungslast“ aus.

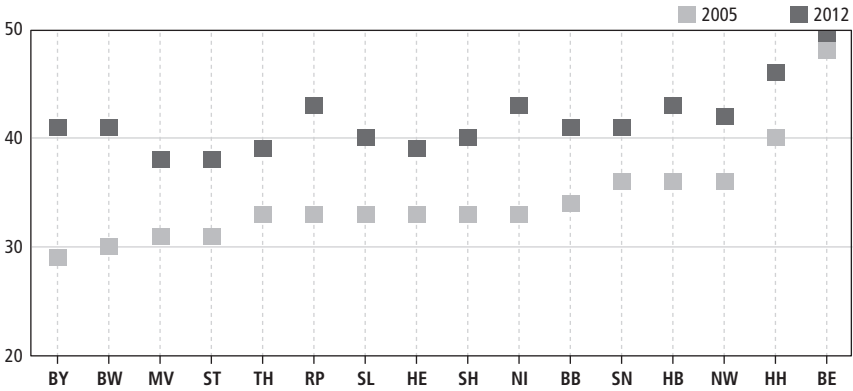
Abbildung 5–2



³ Einschließlich Sterbe- und Stundenfälle, ohne psychiatrische Abteilungen.

Abbildung 5-3

Notfallanteil in Prozent aller stationären Krankenhaufälle nach Bundesland, 2005 und 2012

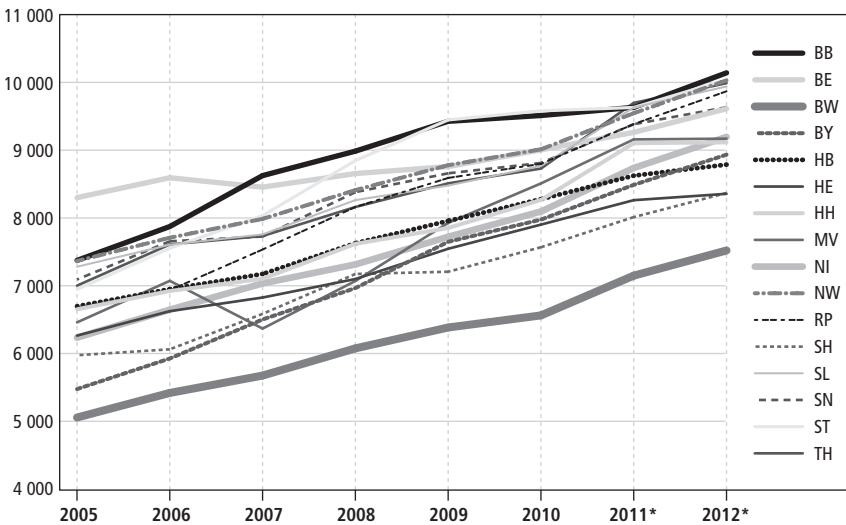


Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 5-4

Stationäre Notfälle je 100 000 Einwohner (Rate) nach Bundesland, 2005 bis 2012



*Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011; der „Knick“ bei 2007 in MV findet sich bereits in den Rohdaten

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 5–1

Stationäre Notfallaufnahmen je 100 000 Einwohner (Rate) nach Bundesland, 2005–2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Schleswig-Holstein	5997	6085	6610	7201	7234	7597	8043	8401
Hamburg	6678	6948	7130	7647	7882	8297	9138	9150
Niedersachsen	6258	6672	7061	7342	7752	8126	8771	9231
Bremen	6723	6976	7201	7656	7987	8309	8657	8821
Nordrhein-Westfalen	7394	7738	8017	8443	8812	9047	9582	10069
Hessen	6288	6650	6852	7126	7574	7932	8294	8388
Rheinland-Pfalz	6696	6961	7563	8193	8623	8832	9421	9907
Baden-Württemberg	5075	5439	5696	6099	6408	6587	7176	7549
Bayern	5496	5949	6527	6992	7677	8006	8521	8968
Saarland	7308	7634	7787	8295	8510	8802	9667	9978
Berlin	8332	8626	8487	8688	8792	9039	9298	9648
Brandenburg	7402	7941	8658	9020	9462	9548	9669	10180
Mecklenburg-Vorpommern	6484	7099	6392	7097	7957	8542	9194	9205
Sachsen	7119	7385	7755	8413	8692	8845	9419	9671
Sachsen-Anhalt	6974	7583	8065	8880	9483	9617	9667	10078
Thüringen	7028	7638	7763	8193	8543	8762	9735	10027
Deutschland	6492	6867	7195	7634	8041	8308	8833	9211

* Raten berechnet auf Basis der Zensusbevölkerung 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

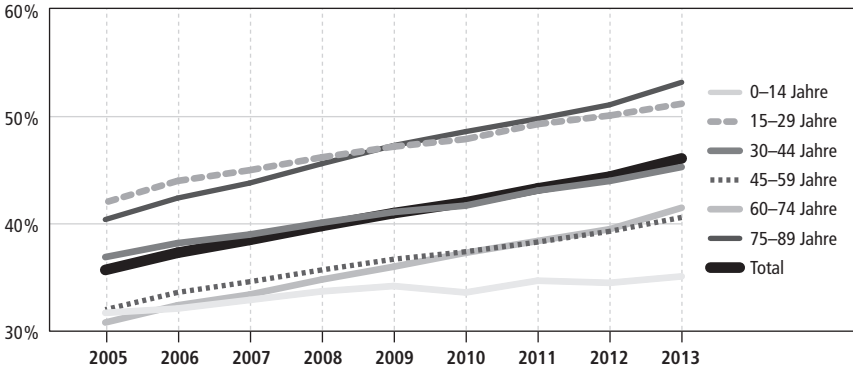
5.3 Ergebnisse der AOK-Daten auf Bundesebene

Ergänzend wurden alle AOK-Krankenhausfälle von 2005 bis 2013 ausgewertet. Darin sind anders als in der DRG-Statistik auch psychiatrische Fälle enthalten. Sie zeigen den gleichen säkularen Trend wie die kassenarten-übergreifenden Daten des Statistischen Bundesamtes. Zusätzlich wird die altersspezifische Entwicklung deutlich: Der Anteil der administrativen Notfälle ist in allen Altersgruppen mit Ausnahme der jüngsten gestiegen (Abbildung 5–5).

Die stationären Notfallaufnahmen lassen sich nach der Stunde der Aufnahme und nach dem Wochentag klassifizieren. Abbildung 5–6 zeigt die Verteilung der stationären Aufnahmen insgesamt und die der Notfallaufnahmen über den Tagesverlauf. 79% aller Krankenhausfälle werden in der Zeit von 6 bis vor 18 Uhr („Tag“) aufgenommen. Welcher Anteil der zur jeweiligen Stunde aufgenommenen Fälle als Notfall klassifiziert wurde, zeigt Abbildung 5–7. Bei den Krankenhausfällen am Tag beträgt der Notfallanteil 33%, bei den „Nacht“-Fällen 73% – nicht alle Nacht-Fälle werden also als Notfälle kodiert. Dennoch werden (in den Jahren 2011 bis 2013) 64,2% aller Notfälle tagsüber aufgenommen. Nachts *oder* am Wochenende (64,3% der Arbeitszeit) werden 30,1% aller Krankenhausfälle

Abbildung 5-5

Entwicklung des altersspezifischen Anteils der Notfälle an allen Krankenhausfällen, 2005 bis 2013

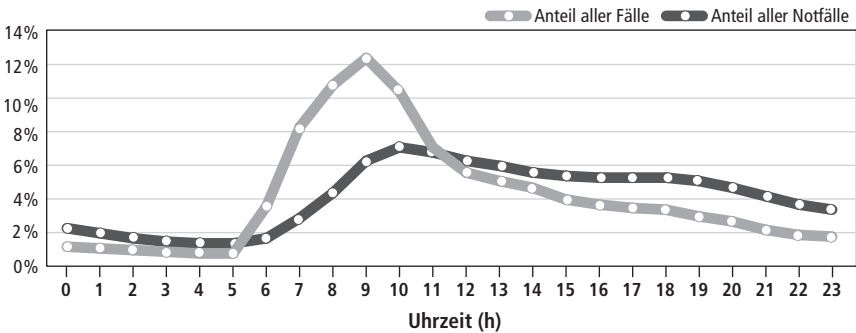


Quelle: AOK bundesweit
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 5-6

Anteil aller Krankenhausaufnahmen und Anteil der stationären Notfallaufnahmen nach Aufnahmestunden

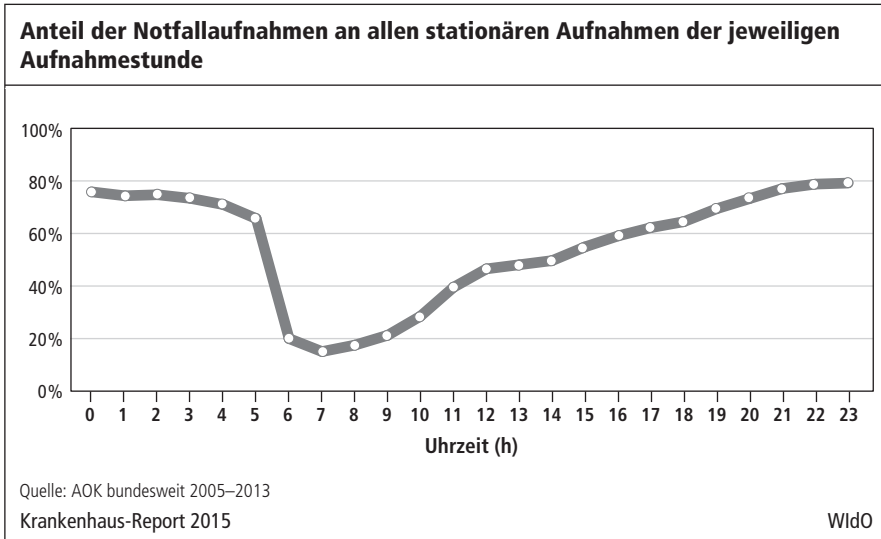


Quelle: AOK bundesweit 2005-2013
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

aufgenommen. In der letztgenannten Gruppe beträgt der Notfallanteil 75,2%, aber nur 50,7% aller administrativen Notfälle werden nachts *oder* am Wochenende aufgenommen.

Abbildung 5–7



5.4 Ergebnisse der AOK-Daten aus Sachsen-Anhalt

Die bundesweite Zunahme der Notfallraten zeigt sich auch in den Routinedaten der AOK Sachsen-Anhalt. Diesen Datenkörper konnten wir für die Jahre 2005 bis 2010 vertieft auswerten. In dieser Versichertengruppe stieg die Rate der Notfälle pro 10 000 Versicherungsjahre um 42 %, alters- und geschlechtsstandardisiert um 32 % (Tabelle 5–2). Der ganz überwiegende Teil des Anstiegs ist also nicht demografisch bedingt.

Anders als im Bundestrend ist die Zahl der Krankenhausfälle pro 10 000 Versichertenjahre bei den AOK-Patienten in Sachsen-Anhalt etwa gleich geblieben. Bei

Tabelle 5–2

Stationäre Krankenhausfälle der AOK Sachsen-Anhalt nach Aufnahmearnlass, 2005 bis 2010 (absolut und in % aller Krankenhausfälle)

Aufnahmearnlass	2005		2010	
	KH-Fälle	Anteil (%)	KH-Fälle	Anteil (%)
Einw. Kassenarzt	158 074	58,9	130 063	49,2
Einw. KH-Arzt	6 935	2,6	6 380	2,4
Verlegung	7 435	2,8	8 302	3,1
Notfall	95 429	35,6	118 913	45
Keine Angabe	518	0,2	571	0,2
Gesamt	268 391	100	264 229	100

Zunahme der Notfälle „fehlt“ daher etwa das gleiche Fallvolumen auf Seite der regulären Krankenhauseinweisungen. Nur zwei Krankenhäuser haben die Zahl der regulären Einweisungen *und* die Zahl der Notfalleinweisungen gesteigert (Abbildung 5–8).

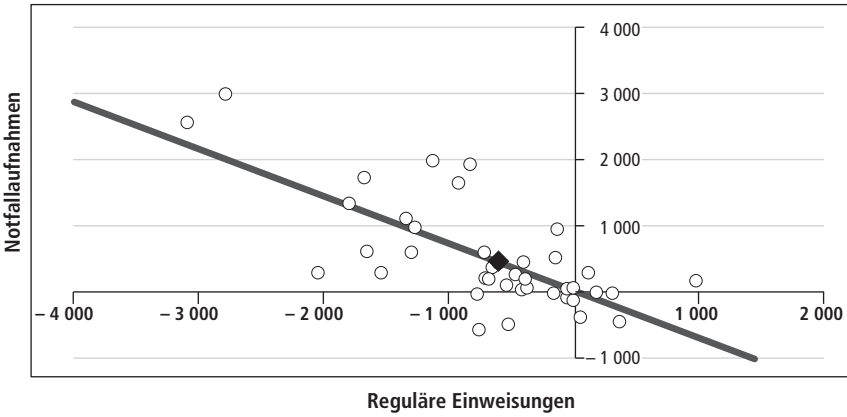
Die Analyse der stationären Routinedaten der AOK Sachsen-Anhalt ergab folgende Erkenntnisse:

- Die Notfallrate steigt kontinuierlich in fast allen Altersgruppen. Die höchste Rate und der stärkste Zuwachs sind in der Gruppe der über 80-Jährigen zu finden. Die Notfallhäufigkeit ist weitgehend unabhängig vom Geschlecht.
- Zwischen 2005 und 2010 wiesen 38 von 46 Krankenhäusern Steigerungen ihres Notfallanteils auf (zwischen 2 % und 314 %). Kompensatorisch sanken die Zahlen regulärer Krankenhauseinweisungen. Krankenhäuser in Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte wiesen einen *geringeren* stationären Notfallanteil auf als jene in Regionen höherer Bevölkerungsdichte.
- Die Aufnahmediagnosen stationär versorgter Notfälle zeigen ein heterogenes Spektrum. Zwischen 2005 und 2010 nahm vor allem die Rate von Symptomen wie Luftnot, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen deutlich zu. Beispielsweise stieg die Diagnosehäufigkeit für „Dyspnoe“ von 1 673 Fällen (Platz fünf aller Notfall-Aufnahmediagnosen 2005) auf 4 852 Fälle (Platz eins aller Notfall-Aufnahmediagnosen 2010).
- Unter den fünf häufigsten Entlassungsdiagnosen⁴ nach stationärer Notfallaufnahme gehören vier zum Kreislaufsystem (Abbildung 5–9). Auf Platz eins liegt die Herzinsuffizienz (Zuwachs um 42 %). Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol liegen in beiden Jahren auf Platz zwei. Die häufigsten auf äußere Einwirkungen zurückgehenden Diagnosen sind intrakranielle Verletzungen (darunter am häufigsten die Gehirnerschütterung) und Femurfrakturen. Das häufigste ICD-Kapitel ist in beiden Jahren Kapitel IX (Erkrankungen des Kreislaufsystems, ca. 25 % aller Fälle), gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (Kapitel XIX, ca. 14 % aller Fälle) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI, ca. 11 % aller Fälle). Den relativ größten Zuwachs verzeichnet die Gruppe der Symptome (Kapitel XVIII, ca. 7 % aller Fälle). Im Berichtszeitraum stieg die absolute Fallzahl hier von 4 800 auf 8 100 Fälle.
- Die relative Operationshäufigkeit nach stationärer Notaufnahme lag 2005 und 2010 bei 21 %. Am häufigsten wurden Frakturen und Luxationen reponiert, danach folgten Operationen an der Haut beziehungsweise Unterhaut sowie an Gallenblase und Gallenwegen. Entsprechend der allgemeinen Zunahme der Notfallaufnahmen stiegen die absoluten OP-Zahlen in fast allen Bereichen.
- Bildgebende Verfahren nahmen relativ von 26 % auf 31 % aller stationären Notfallaufnahmen zu (reguläre Einweisungen von 19 % auf 22 %). Mit großem Abstand am häufigsten ist die native Schädel-Computertomografie, gefolgt von der Computertomografie des Abdomens und des Thorax.
- Sonstige Prozeduren wurden 2010 in 8 % aller Fälle durchgeführt, 2005 waren es noch 2 %. Einen wesentlichen Anteil an dieser Steigerung trugen psychosoziale

4 Dreistellige Entlassungsdiagnosen nach ICD-10-GM Version 2010.

Abbildung 5–8

Differenz der regulären Krankenhauseinweisungen zur Differenz stationär aufgenommenener Notfälle nach Krankenhaus, 2010 zu 2005

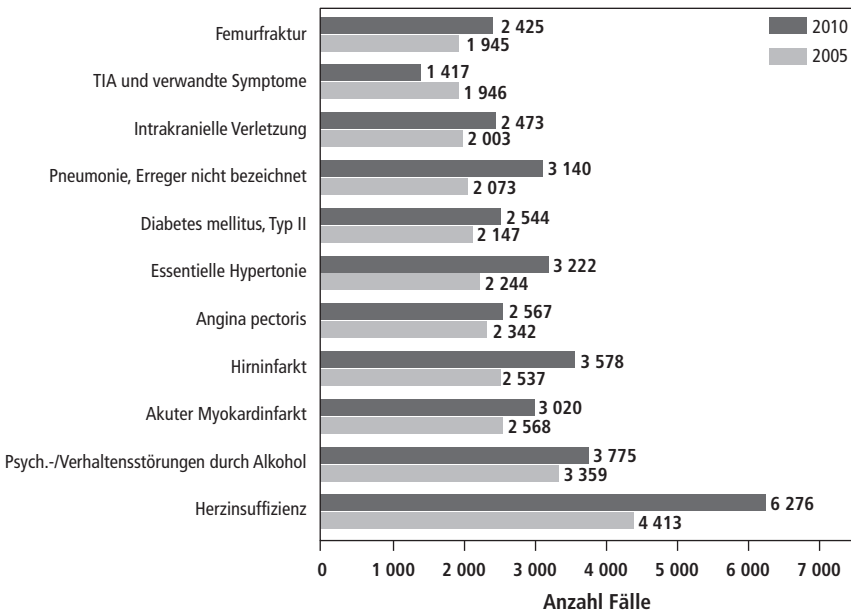


Fälle absolut, Mittelwert markiert
 Quelle: AOK Sachsen-Anhalt
 Krankenhaus-Report 2015

WlD

Abbildung 5–9

Häufigste Entlassungsdiagnosen (ICD-10 dreistellig) nach stationärer Notfallaufnahme, 2005 und 2010 (absolut)



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt
 Krankenhaus-Report 2015

WlD

Tabelle 5–3

Vergleich ausgewählter Parameter zwischen regulären Krankenhauseinweisungen und stationären Notfallaufnahmen 2010 (AOK Sachsen-Anhalt)

	Reguläre Krankenhauseinweisungen durch Kassenarzt 2010	Stationäre Notfallaufnahmen 2010
Fallzahl (Anteil an allen KH-Fällen)	130 063 Fälle (49 %)	118 913 Fälle (42 %)
Ø Patientenalter (Modalwert)	62 Jahre (75 Jahre)	64 Jahre (81 Jahre)
Ø Verweildauer	9,07 Tage	8,55 Tage
Ø Kosten	3 457	3 380

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Interventionen⁵ (Steigerung um das Zehnfache) sowie die seit der OPS-Version 2010 neu hinzugekommenen Prozeduren „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen Bereich.

- Nach kontinuierlicher Abnahme lag die mittlere Verweildauer von Notfallpatienten 2010 bei 8,55 Tagen und damit unter der von regulär aufgenommenen Patienten (Tabelle 5–3). Im Durchschnitt sind als Notfälle aufgenommene Patienten also keine Kurzlieger.
- Der durchschnittlich von der Krankenkasse bei Notfallpatienten gezahlte Betrag lag 2005 bei etwa 3 174 Euro und stieg bis 2010 auf 3 380 Euro. Damit lag der Satz unter dem durchschnittlichen Betrag für regulär aufgenommene Patienten (2010: 3 457 Euro).

Verglichen mit den Analyseergebnissen der regulären Krankenhauseinweisungen zeigen die stationär aufgenommenen Notfälle Ähnlichkeiten hinsichtlich des durchschnittlichen Patientenalters, der mittleren Verweildauer, der durchschnittlichen Kosten (Tabelle 5–3) sowie Art und Umfang diagnostischer, aber nicht operativer Maßnahmen (OP-Häufigkeit 42 % bei regulär aufgenommenen, 21 % bei Notfällen).

Zusammenfassend sehen wir bundesweit eine deutliche absolute und relative Zunahme von als Notfällen kodierten Krankenhausaufnahmen, die vor allem aus der Altersgruppe der über 65-Jährigen und den Folgen chronischer Erkrankungen hervorgeht – vor den Unfällen. Die Ergebnisse der Auswertung von Krankenhaus-Routinedaten in Sachsen-Anhalt belegen einen Anstieg kreislaufbedingter Erkrankungen, aber auch unspezifischer Diagnosen wie Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen als dokumentierte Notfälle in den Krankenhäusern.

⁵ Die unter OPS-Code 9-401 codierten psychosozialen Interventionen beinhalten die sozialrechtliche Beratung, die Familien-, Paar- und Erziehungsberatung, die Nachsorgeberatung hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge, die supportive Therapie, die künstlerische Therapie sowie die integrierte psychosoziale Komplexbehandlung.

5.5 Diskussion

Diese Entwicklung wirft Fragen zur Definition und zur Charakterisierung stationärer Notfälle, zur Qualität und Organisation der sektoralen Notfallversorgung sowie der angemessenen Nutzung akutstationärer Kapazität durch die Patienten auf.

Die Legaldefinition des Rettungsdienstgesetzes Sachsen-Anhalt lautet: „Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge einer Verletzung, Erkrankung oder aus sonstigen Gründen in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“ (§ 2 Rettungsdienstgesetz LSA 2012). Für administrative Zwecke wird der Notfall hingegen durch den kodierten „Aufnahmeanlass“ definiert, d. h. technisch durch ein Häkchen im Aufnahmebogen. An der Schnittstelle vom Krankenhaus zur Krankenkasse erscheint der Notfall schließlich als Code innerhalb eines in § 301 SGB V festgelegten fallbezogenen Datensatzes, womit er technisch eindeutig vom „Normalfall“ mit regulärer Einweisung, diversen Unfallarten und „Kriegsbeschädigten-Leiden“ abgegrenzt ist (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012). Ob die Klassifikation im Krankenhaus die zitierte Legaldefinition berücksichtigt oder ob eher im Sinne des § 301 SGB V eine Unterscheidung von Fällen „mit“ bzw. „ohne“ Einweisungsschein zugrunde liegt, ist anhand der Abrechnungsdaten unmittelbar nicht festzustellen. Letzteres wäre regelungskonform.

Die Patientenperspektive „Ich brauche rasche Hilfe, ich bin ein Notfall!“ ist eine weitere mögliche Fallklassifikation. Sie dürfte von vielen Einflussfaktoren abhängen, z. B. individuellem Krankheitsempfinden, Alter, Geschlecht, sozialem Status und kulturellem Hintergrund, auch von örtlichen Bedingungen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes.

Derzeit existiert also keine Notfalldefinition, die von allen Teilnehmern des Gesundheitssektors gleichermaßen verwendet wird. Auf Grundlage der stationären Routinedaten lassen sich jedoch rückblickend Aussagen treffen. Wir ordneten dazu die Entlassungs(!)diagnosen nach ihrem (kodierten) Notfallanteil R_i und stratifizierten sie zur Orientierung in die drei Kategorien „planbare Diagnose“ ($R_i < 0,33$), „Mischdiagnose“ ($0,33 \leq R_i < 0,66$) oder „Notfalldiagnose“ ($R_i \geq 0,66$) (Tabelle 5–4). So sind z. B. 90% der Fälle mit der Entlassungsdiagnose akuter Hinterwandinfarkt (I21.1) als Notfälle kodiert worden. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) machen wie gesehen einen Teil der kodierten Notfälle aus. Fälle mit akuter Intoxikation (F10.0) werden zu 95% als Notfälle aufgenommen, Fälle mit Entzugssyndrom (F10.3) zu 55%. Die in Tabelle 5–4 nur beispielhaft angegebenen 24 Diagnosen bilden 9% der Fälle nach regulärer Einweisungen und 10% der notfallmäßig aufgenommenen Fälle ab.

Wir schlagen vor, das administrative Notfallaufkommen regional und auch in den einzelnen Krankenhäusern nach diesen drei Diagnosegruppen zu differenzieren. So würde nicht nur erkennbar, wo die Rate (und/oder der Anteil) der administrativen Notfälle hoch ist, sondern auch, welchen Anteil daran Notfalldiagnosen ($R_i \geq 0,66$) und eher planbare Diagnosen ($R_i < 0,33$) jeweils haben.

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass es sich dabei um eine retrospektive Gruppierung in Kenntnis der Entlassungsdiagnose handelt. Dieses Wissen liegt zum Zeitpunkt der Entscheidung über die stationäre Aufnahme nicht vor. Zudem variiert die Symptomschwere innerhalb jeder einzelnen Diagnose

Tabelle 5–4

SEN-Liste*: Einordnung von Entlassungsdiagnosen in die Kategorien Notfall-, Misch-, und planbare Diagnosen nach R_i -Quotient (AOK Sachsen-Anhalt 2010, vollständige übermittelte ICD10)

Notfalldiagnosen ($R_i \geq 0,66$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
F100	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Akute Intoxikation [akuter Rausch]	2 035	0,95
J690	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	445	0,93
S060	Gehirnerschütterung	2 222	0,91
S7211	Pertrochantäre Fraktur, Intertrochantär	386	0,90
I211	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	467	0,90
I634	Hirnininfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	779	0,89
I210	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	522	0,88
R568	Sonstige und nicht näher bez. Krämpfe, Anfall o.n.A., Krampfanfall o.n.A.	294	0,85
...
Mischdiagnosen ($0,33 \leq R_i < 0,66$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
F103	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom	1 167	0,55
I495	Sick-Sinus-Syndrom; Tachykardie-Bradykardie-Syndrom, Sinusknoten-Syndrom	500	0,55
I4811	Vorhofflimmern, Chronisch	1 137	0,54
E1191	Diabetes mellitus II, ohne Komplikationen, als entgleist bez.	1 246	0,53
I7024	Atherosklerose der Extremitätenarterien; Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg- (Media-) Sklerose, pAVK der Extremitäten, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	852	0,48
F103	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom	1 167	0,55
I495	Sick-Sinus-Syndrom; Tachykardie-Bradykardie-Syndrom, Sinusknoten-Syndrom	500	0,55
I4811	Vorhofflimmern, Chronisch	1 137	0,54
E1191	Diabetes mellitus II, ohne Komplikationen, als entgleist bez.	1 246	0,53
I7024	Atherosklerose der Extremitätenarterien; Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg- (Media-) Sklerose, pAVK der Extremitäten, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	852	0,48
I208	Sonstige Formen der Angina pectoris; Belastungsangina, Stenokardie	2 202	0,48
F200	Paranoide Schizophrenie	881	0,48
F102	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom	2 002	0,43
...
Elektive Diagnosen ($R_i < 0,33$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
T840	Mechan. Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	586	0,00
J342	Nasenseptumdeviation	406	0,01
J350	Chronische Tonsillitis	759	0,01
N393	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	254	0,01
D251	Intramurales Leiomyom des Uterus	301	0,01
H258	Sonstige senile Kataraktformen	1 876	0,01
J352	Hyperplasie der Rachenmandel	512	0,02
E042	Nichttoxische mehrknotige Struma	764	0,02
...

* SEN-Liste = Liste Stratifizierter Entlassungsdiagnosen nach Notfallanteil

und beeinflusst somit die Dringlichkeit und die Etikettierung als Notfall. Schreyögg et al. (2014, S. 63 ff. und A.2.2) bilden aus dem Aufnahmegrund, dem Anteil der Fälle außerhalb typischer Arbeitszeiten und dem Zeitraum bis zur ersten Maßnahme ein Cluster „charakteristischer“ Notfälle, die im Zeitraum 2007 bis 2012 mit 1,9% pro Jahr stärker stiegen als ein Cluster charakteristischer Elektiv-Diagnosen mit 1,3% pro Jahr. Wie gezeigt, erscheint jedoch der größere Teil der etikettierten Notfälle in der Regelarbeitszeit im Krankenhaus.

Notfälle in der Abgrenzung der Routinedaten der Krankenkassen beinhalten also nur bedingt medizinische „Blaulichtfälle“. Dennoch zeigen uns die Ergebnisse einen Strukturwandel: Ein beträchtlicher und zunehmender Anteil aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten wählt einen Zugangsweg zu medizinischen Leistungen, der so in unserem Gesundheitswesen nicht vorgesehen ist, sondern als zunehmender Fehlfluss angesehen werden muss. Die überproportionale Zunahme der Notfälle aus dem unscharfen Symptomkapitel XVIII lässt vermuten, dass kein adäquater Hausarzt-Kontakt stattgefunden hat, bevor das Krankenhaus aufgesucht wurde. Doch ist dadurch nur ein Teil des Notfalleinstiegs erklärbar. Eine Aussage über die „Notwendigkeit“ einer stationären Aufnahme ist mithilfe von Abrechnungsdaten nur mit Zusatzannahmen möglich. Burgdorf und Sundmacher (2014) errechneten mit Daten aus 2008 für vier (von 19) „ambulant-sensitive“ Diagnosen eine Rate von 683 potenziell vermeidbaren Krankenhausfällen pro 100 000 Männer und 654 pro 100 000 Frauen.

Befragte Notaufnahmeleiter verschiedener Krankenhäuser Sachsen-Anhalts schätzten in Experteninterviews den tatsächlichen Notfallanteil innerhalb ihrer Notaufnahmen nur auf 25 bis 30%. Das hieße, dass bis zu 75% aller „Notfallpatienten“ bei optimaler Nutzung der Versorgungsstrukturen als regulär zugewiesene Patienten durch die Behandlung geführt beziehungsweise wegen geringer Fallschwere ganz im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten.

Bei Annäherungsversuchen an eine Notfalltypisierung bleibt die grundsätzliche Frage nach der Rolle und Bedeutung der Krankenhäuser innerhalb der medizinischen Versorgungslandschaft offen. Deren Zentralen Notaufnahmen (ZNA), als Anlauf- und Übernahmestelle für akute Notfälle eingerichtet, entwickeln sich anscheinend zunehmend zu „Walk-in“-Stationen für medizinische Belange subjektiver Dringlichkeit. Statt „ambulant vor stationär“ sieht der Bürger möglicherweise Wahlfreiheit zwischen Leistungserbringern verschiedener Sektoren. Hohe Qualitätserwartung, vergleichsweise kurze Wartezeiten, ständige Verfügbarkeit mehrerer Fachgebiete, Ressourcenbündelung und Unwissenheit über andere Versorgungsmöglichkeiten verstärken den Trend zur Krankenhaus-Inanspruchnahme auf Patientenseite (vgl. auch Brachmann et al. 2009).

Zum besseren Verständnis der Entwicklung führten wir in sechs ausgewählten Kliniken Sachsen-Anhalts Experteninterviews⁶. Sie zeigen, dass die Steigerung des Notfallanteils sehr unterschiedlich interpretiert wird. Einige Häuser sehen ihre Kapazitätsgrenze für Notaufnahmen weit überschritten und sprechen von „absoluter Überlastung“. Andere hingegen nutzen diesen Zugangsweg zur „willkommenen

6 Wir danken den leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser für ihre Unterstützung.

Tabelle 5–5

Maßnahmen zur Beeinflussung des Notfallgeschehens

Beispiele aus Sachsen-Anhalt	Beispiele aus Deutschland
<ul style="list-style-type: none"> • Neuorganisation der ZNA (Bau & Prozesse) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Prälinik“ mit Ersteinschätzung und Ampelsystem (Koeniger et al. 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Triage-systeme (ESI, MTS, CTAS, ATS, ISAR etc.)* 	<ul style="list-style-type: none"> • First View Konzept (Steffen 2012)
<ul style="list-style-type: none"> • MVZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Krefelder Anmeldebogen für Notfallpatienten auf Basis des MANDAT-RD (Weichert et al. 2013)
<ul style="list-style-type: none"> • Notaufnahmestation, Low-Care-Station 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztlich besetzter Notfallkoordinator
<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze 	<ul style="list-style-type: none"> • MVZ & Bereitschaftspraxis im Krankenhaus (Rieser 2012)
<ul style="list-style-type: none"> • OP- & Belegungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiekonzept „Regional Health Care (RHC)“ (Koch et al. 2009)
<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Notarzt-Weiterbildung der eigenen Ärzte 	
<ul style="list-style-type: none"> • Schulung regionaler Rettungsdienste 	
<ul style="list-style-type: none"> • Digitales Ärztenetz in der Region 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit palliativem Pflege- und Ärztedienst 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der regionalen Bevölkerung 	

* ESI = Emergency-Severity-Index, MTS = Manchester Triage-system, CTAS = Canadian Triage and Acuity Scale, ATS = Australasian Triage Scale, ISAR = Identification of Seniors at Risk

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Fallgewinnung“ und weiten die Notaufnahme zum Hauptportal der Klinik aus. Letztere Sichtweise erfährt durchaus Zustimmung, wie im Beitrag „Öffentlichkeit und Marketing“ eines neuen Notaufnahme-Standardwerks nachzulesen ist: Die Zentrale Notaufnahme sei das Tor zur Patientenakquisition und ihre Performance in der Wahrnehmung der Patienten und Zuweiser biete die größte Chance zur Maximierung ihrer Magnetwirkung (Falge 2011). Während hausspezifische Marketingpläne und Strategien zur Imagesteigerung der ZNA ausgelotet werden, ist ein zielgerichteter versorgungspolitischer Diskurs zum zukünftigen Profil und zur intersektoralen Integration der Notaufnahmen nötig. Dies bekräftigen alle von uns interviewten Klinikmanager. Sie fordern die Neudiskussion der Stellung der Krankenhäuser innerhalb der Notfallversorgung. Um aktuellen Herausforderungen dennoch gerecht zu werden, wurden vielerorts Modelle zur Optimierung der Schnittstellen und Patientenströme erprobt (Tabelle 5–5). Dabei ist zwischen Maßnahmen, die einen zielgerichteten Abstrom von Patienten aus der Notaufnahme fördern, und solchen, die den Zustrom beeinflussen, zu unterscheiden.

Offensichtlich muss auch in den Abrechnungsdaten besser zwischen Blaulichtfällen und Patienten unterschieden werden, die Leistungen ohne Überweisung nachfragen. Einen medizinischen Fortschritt dürfte hier das BMBF-Förderprojekt „Nationales Notaufnahmeregister“ bringen, das 2013 startete und eine verbesserte Versorgungsforschung in der Akutmedizin durch ein standardisiertes Notaufnahmeprotokoll, bessere Organisation und Informationstechnologie zum Ziel hat (vgl. BMBF 2014).

Da es sich aber um ein Versorgungsproblem an der Sektorschnittstelle handelt, muss auch geklärt werden, welche Schritte die Versicherten *vor* dem hier betrachte-

ten Krankenhauskontakt gegangen sind und welche Hilfe oder ambulante Behandlung ihnen eventuell gefehlt haben. Dazu kann schon eine Auswertung sektorübergreifender Versorgungsdaten beitragen. Wie lassen sich „high user“ der Notfallambulanzen genauer charakterisieren? Trotz des nur gering erhöhten Durchschnittsalters der Notfallpatienten lassen Diagnosespektrum und Maßnahmen einen Schwerpunkt bei altersbedingter Multimorbidität vermuten. Hausarzt-Verträge wie in Bayern oder Baden-Württemberg haben regionale Anstiege (d. h. Externalisierungen) offensichtlich nicht verhindert. Ein Teil der stationären Notfälle könnte schon durch geschulte Betreuungspersonen vermeidbar sein.

Eine möglichst schnelle, sichere und verlustfreie Übertragung individueller gesundheitsrelevanter Informationen zwischen den Leistungserbringern könnte ein weiteres Kernthema sein. Ständen Basisdaten zu Krankheitsgeschichte, bekannten Unverträglichkeiten, Dauermedikationen oder Komorbidität sofort zur Verfügung, müssten sie nur durch die aktuelle Anamnese ergänzt werden. Damit kann die Zeit bis zur gezielten Intervention verkürzt und größere Patientensicherheit geschaffen werden. Neben der Anwendung im akuten Krankheitsfall bestünde auch die Möglichkeit, die Basisinformationen langfristig zur Klassifizierung und proaktiven Minderung individueller Notfallrisiken zu nutzen.

Literatur

- BMBF. Verbundprojekt: Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5199.php (13. März 2014)
- Brachmann M, Geppert R, Niehues C, Petersen PF, Sobotta R. Positionspapier der AG Ökonomie: Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung. www.dgina.de/media/veroeffent/2009_0729_Positionspapier_2009_07_08_MB_F.pdf (12. März 2014)
- Burgdorf F, Sundmacher L: Potentially avoidable hospital admissions in Germany — an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. In: *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (13): 215–23. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. 10. Fortschreibung vom 29.2.2012, S. 71. www.dkgev.de/media/file/11433.RS134-12_Anlage2-SGBV_v301_ges_korr2.pdf (19. März 2014).
- Falge C. Öffentlichkeit und Marketing. In: Moecke H, Lackner CK, Klöss T (Hrsg). *Das ZNA-Buch. Konzepte, Methoden und Praxis der Zentralen Notaufnahme*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011; 127.
- Koch B, Wendt M, Lackner CK, Busse R, Moecke HP. Regional Health Care (RHC). In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2009; 12: 461–6.
- Kroeniger R, Räwer W, Widmer R, Schepp W. Präklinik mit integrierter Aufnahmestation: Zukunftsweisenden Konzept. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103 (42): A-2770–3.
- Rettenberggesetz LSA. Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 18. Dezember 2012. www.landesrecht.sachsen-anhalt.de (13. März 2014)
- Rieser S. MVZ und Bereitschaftspraxis. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 105 (5): A186.
- Schreyögg J, Bäuml M, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf (11. Juli 2014)
- Steffen B. Die Warterei kann einen krank machen. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2012; 52: 15.

Weichert O, Lenz W, Lenssen U, Kemmerles G. Optimierung der Patientenversorgung durch strukturierte Anmeldung von kritisch kranken Patienten über den Rettungsdienst. In: Notfall + Rettungsmedizin 2013; 16: 129–34.

6 Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?

Boris Augurzky, Andreas Beivers, Matthias Giebner und Alexander Kirstein

Abstract

In Deutschland ändern sich die Anforderungen an die Notfallmedizin bedingt durch den geodemografischen Wandel und neue medizinische Anforderungen. Die Betrachtung der Notfallversorgung in Dänemark zeigt, dass interessante Vorbilder existieren. Dort wurde in den 00er Jahren das Konzept der „Zentralen Notaufnahmen“ entwickelt und die Zahl der Krankenhäuser mit Notaufnahmen reduzierte sich von 56 auf 27. Mit wenigen, aber dann größeren „Notfallzentren“ sollte eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sichergestellt werden. Dabei ist zu bedenken, dass die Einwohnerdichte Dänemarks sogar nur 128 Einwohner pro km² beträgt, in Deutschland dagegen 230 pro km². Mithin ist in Deutschland ebenfalls ein großes Potenzial vorhanden, Notaufnahmen kleinerer Klinikstandorte auf größere Einheiten zu konzentrieren – bei gleichzeitigem Abbau der Vorhaltung an kleineren und Zusatzinvestition an größeren Standorten. Für Deutschland bedeutet dies, dass die Notfallversorgung adäquat definiert, finanziert und anreizkompatibel in das Vergütungssystem implementiert werden muss, um Fehlanreize zu vermeiden. Die Organisation und Sicherstellung einer hochqualitativen Notfallversorgung ist eine Grundvoraussetzung für eine effiziente Neuorganisation des deutschen Gesundheitswesens. Aus diesem Grund sollte die Notfallversorgung auch stärker in den Fokus einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung rücken.

In Germany, the requirements for emergency medicine change due to the geodemographic change and new medical requirements. The emergency supply system in Denmark proves to be an interesting model. In the 00s, the concept of “central emergency departments” was developed and the number of hospitals with emergency rooms decreased from 56 to 27 and high-quality emergency care was to be ensured with fewer, but larger “emergency centers”. It should be noted that the population density in Denmark is only 128 inhabitants per km², as opposed to Germany’s with 230 per km². Consequently, there is a great potential in Germany to concentrate emergency rooms of smaller hospitals in larger units, close minor sites and make additional investments in larger sites. For Germany this means that emergency care must be adequately defined, funded and implemented in the remuneration system in order to avoid disincentives. Safeguarding high-quality emergency care is the basic prerequisite for an efficient reorganization of the German health care system. Therefore, emergency care should become a focus of quality-oriented hospital planning.

6.1 Dänemark: Ein Überblick über die Organisation der Notfallversorgung¹

Dänemark umfasst ein Gebiet von 43 000 km² und ist damit so groß wie das Bundesland Niedersachsen. Es leben 5 623 000 Einwohner in Dänemark, davon allein ca. 2 500 000 im Großraum Kopenhagen. Die Einwohnerdichte variiert stark. Durchschnittlich beträgt sie 128 Einwohner pro km², in den Ballungszentren Kopenhagen, Aarhus, Aalborg und Odense sind es deutlich mehr, in weiten Gebieten Nordwestjütlands und Südwestjütlands dagegen nur zehn Einwohner pro km². Vergleicht man diese Zahlen mit Deutschland, wo die durchschnittliche Einwohnerdichte 230 pro km² beträgt (OECD 2013), besteht Dänemark in weiten Teilen aus ländlichen Regionen. Nichtsdestotrotz ist die dänische Bevölkerung stark urbanisiert, rund 87 % lebten 2011 in Städten (Deutschland: 74 %, OECD 2013). Darüber hinaus hat Dänemark 7 100 km Küstenlinie und 1 415 Inseln, von denen 72 bewohnt sind. Die Geografie ist durch Fjorde und Halbinseln geprägt, die den Zugang zu vielen Orten verwinkelt gestaltet. Eine flächendeckende Notfallversorgung zu gewährleisten ist vor diesem Hintergrund eine besondere Herausforderung. Dies ist der Grund, weshalb man in Dänemark schon frühzeitig eine besondere Organisation der Notfallversorgung etablieren musste.

Die Ausgaben für das dänische Gesundheitswesen betragen im Jahr 2011 10,9 % des Bruttonationalprodukts bzw. 4 448 US-Dollar pro Kopf. Sie waren damit vergleichbar mit den Ausgaben in Deutschland (4 495 US-Dollar). 2001 bis 2011 lag ihre jährliche Steigerungsrate bei real 2,7 % pro Jahr (OECD 2013). Das dänische Gesundheitswesen wird zu 84,5 % aus öffentlichen Mitteln finanziert. Das Gesundheitswesen ist damit anders als in Deutschland steuer- und nicht beitragsfinanziert. Die übrigen Ausgaben werden durch den Verbraucher selbst bezahlt. Darunter sind die größten Posten die zahnärztlichen Leistungen, gefolgt von den Selbstbeteiligungen der Patienten für Medikamente, Krankengymnastik, psychologische Therapie, Chiropraktiker und ähnliches. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug im Jahr 2011 bei Frauen 81,9 Jahre, bei Männern 77,8 Jahre. Das Gesundheitssystem ist öffentlich, frei und gleich zugänglich für alle Bürger.

Die gesundheitliche Versorgung wird durch fünf politische Regionen gewährleistet – vergleichbar mit den Bundesländern in Deutschland, jedoch ohne deren politische Souveränität. Die Regionen werden von einem alle vier Jahre gewählten Regionsrat geleitet. Sie können selbst keine Steuern erheben, ihr Budget wird ihnen durch die Regierung in Kopenhagen im Rahmen des jährlichen Finanzhaushalts zugeteilt. Sie bestreiten daraus die Kosten für das Krankenhauswesen, den Rettungsdienst und die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin. Niedergelassene Fachärzte gibt es nur wenige. Fachärztliche Leistungen werden hauptsächlich ambulant im Krankenhaus erbracht. Den Regionen kommt damit die Rolle des Kostenträgers und der obersten politischen und administrativen Leitung

¹ Der Krankenhaus Rating Report 2014 hat aufgrund der Aktualität des Themas „Notfallversorgung“ eine Sonderanalyse zum Thema „Notfallversorgung: Lernen von Dänemark?“ durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden (Augurzky et al. 2014). Die Ergebnisse basieren primär auf Experteninterviews und auf einer Literaturrecherche, welche die Basis der deskriptiven Beschreibung bildet.

des Gesundheitswesens zu. Dabei haben sie eine große Gestaltungskompetenz für die lokale Gesundheitsversorgung.

Dänemarks Krankenhauswesen war bis Ende der 1990er Jahre durch eine große Anzahl kleiner Krankenhäuser geprägt. Gemäß einem früheren königlichen Erlass musste jeder Untertan mittels Pferdekutsche im Laufe einer Tagesreise ein Krankenhaus erreichen können. Diese Krankenhäuser hatten typischerweise die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie mit Unfallchirurgie, Radiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe und später auch Anästhesie. Fast alle Krankenhäuser nahmen an der Notfallversorgung teil. Die Patienten wurden in der Regel direkt auf die Abteilung gebracht, von der man annahm, dass sie ihnen am besten helfen kann. Sowohl die hohen Vorhaltekosten als auch die Tatsache, dass die kleinen Krankenhäuser das steigende notfallmedizinische Kompetenzniveau nicht mehr halten konnten, führte in den Jahren 2000 bis 2006 zur Schließung vieler dieser kleinen Krankenhäuser. Es wurde das Konzept der „Zentralen Notaufnahmen“ (Dänisch: *Fælles Akutmodtagelse* – FAM) entwickelt. Die FAM ist die Eintrittspforte in das Krankenhaus für alle nicht elektiv eingewiesenen Patienten. Die Zahl der Krankenhäuser mit Notaufnahmen reduzierte sich von 56 auf 27. Die verbleibenden Krankenhäuser wurden in Spezialkliniken umgewandelt. Mit wenigen, aber dann größeren „Notfallzentren“ sollte eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sichergestellt werden.

In der FAM soll der Patient 24 Stunden jeden Tag von anwesenden Fachärzten der verschiedenen Disziplinen empfangen und behandelt werden. Es wurde die Zusatzbezeichnung „Akutmedizin“ geschaffen, die ein Arzt nach entsprechender fest beschriebener Zusatzausbildung erlangen kann. Grundvoraussetzung dafür ist der Facharzttitel einer notfallmedizinisch relevanten Fachrichtung (Innere Medizin, Chirurgie/Unfallchirurgie, Anästhesie). Gemäß den Richtlinien der obersten Gesundheitsbehörde „Sundhedsstyrelsen“ sind die strukturellen Anforderungen an Notaufnahmen klar definiert und die 24-Stunden-Facharztvorhaltung verpflichtend

Tabelle 6–1

Strukturelle Anforderungen an Notaufnahmen in Dänemark

Strukturmerkmale Notaufnahme (FAM)	Vorhaltung
Personalanforderungen	
Facharzt Innere Medizin mit kardiologischer Expertise	24 h 7 Tage
Facharzt Allgemein Chirurgie	24 h 7 Tage
Facharzt Unfallchirurgie	24 h 7 Tage
Facharzt Anästhesie /Intensivmedizin	24 h 7 Tage
Facharzt Diagnostische Radiologie	Rufbereitschaft 30 min
Facharzt Labormedizin	Rufbereitschaft
MTRA Radiologie	24 h 7 Tage
MTA Labor	24 h 7 Tage
Medizinische Geräteausstattung	
CT	24 h 7 Tage
Klinisches Labor mit Blutbank und Mikrobiologie	24 h 7 Tage
MRT/Traumazentrum	24 h 7 Tage

(Tabelle 6–1). Eine Sonderfinanzierung für Krankenhäuser mit Notaufnahme besteht nicht.

Die FAM verfügt über Betten, in denen die Patienten bis zu 48 Stunden von den Ärzten der Notfallaufnahme gemeinsam mit den Fachärzten der anderen Abteilungen behandelt werden. Spätestens nach 48 Stunden wird der Patient entweder entlassen oder aber auf eine Regelstation einer Fachrichtung verlegt. Ein Notdienst der niedergelassenen Ärzte ist in Dänemark auch vorhanden. Allerdings sind diese Notarztpraxen am Krankenhaus angesiedelt und die Notärzte machen in der Regel keine Hausbesuche.

6.2 Restrukturierung der Notfallversorgung in Dänemark

6.2.1 Konsequenzen für den Rettungsdienst

Der Rettungsdienst beschränkte sich bis Mitte der 1990er Jahre hauptsächlich auf Transportleistungen und die Gabe von Sauerstoff. Die Qualifikation der Rettungsdienstmitarbeiter war vergleichsweise gering. Die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser führte zu Anfahrtswegen von 60 km bis zur nächsten Notaufnahme oder 150 km bis zum nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung bzw. Uniklinik. Damit stieg die Bedeutung des Rettungsdienstes. Er wurde in zahlreichen Bereichen komplett neu aufgestellt und auf die neuen Anforderungen ausgerichtet. Die Ausbildung der Rettungsdienstmitarbeiter wurde erweitert.

Zusätzlich zu den so genannten *Ambulancebehandlers* schuf man die Gruppe der Paramediziner, denen erweiterte Kompetenzen bei medizinischen Leistungen und Medikamentengaben übertragen wurden. Paramediziner entlasten auch die Laborabteilungen der Krankenhäuser und den Krankentransport, indem sie bei Patienten, die nicht selbst zu Blutentnahmen in das Krankenhaus oder zum niedergelassenen Arzt kommen können, die Abnahme von Routinelaborproben vornehmen. Um den steigenden Anforderungen an Erfahrung und Fachwissen gerecht zu werden, wird in Dänemark ausschließlich hauptamtliches Personal eingesetzt. Eine Übersicht der jeweiligen Kompetenzen ist in Tabelle 6–2 dargestellt. Diese Veränderungen haben nicht nur zu einer stärkeren Professionalisierung, sondern auch zu einer höheren Attraktivität des Berufsbildes des Paramediziners geführt.

Das notfallmedizinische Konzept variiert leicht von Region zu Region. Eine Region setzt auf verhältnismäßig zahlreiche Notarztwagen, zwei andere Regionen auf ein Konzept mit Paramedizinerinnen, denen ein Notarztwagen bzw. Notarztthubschrauber zur Seite steht. Alle Notärzte sind sehr gut ausgebildet und erfahren. Sie sind im Regelfall Facharzt für Anästhesie und an der Abteilung für Anästhesie eines Krankenhauses mit Notaufnahme angestellt, verfügen über mindestens sieben Jahre klinische Erfahrung und mehr als drei Jahre Erfahrung in der interdisziplinären Intensivmedizin. Landesweit wurden Kapazitäten in der Flugrettung aufgebaut, um die Transportzeiten bei akuten und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu verkürzen. Derzeit sind zwei, ab 1.1.2015 drei Rettungshubschrauber (RTH) rund um die Uhr in Dänemark im Einsatz. Zudem wird bei Bedarf grenzüberschreitend ein RTH

Tabelle 6–2

Ausbildungsinhalte der dänischen „Rettungsdienstkräfte“

	Ausbildung	Maßnahmen	Medikamente*
Ambulance-assistent	Schulische Ausbildung: 1,5 Jahre	Fahren des Rettungsmittels	keine Medikamentenkompetenz
	Praktika: Klinik und RTW 1,5 Jahre	Assistenz bei Behandlungsmaßnahmen Reanimation Maskenbeatmung	
Ambulance-behandler	Zugangsvoraussetzung: Ambulanceassistenten-Ausbildung	Behandlungsmaßnahmen nach PHTLS (exkl. erweitertes Atemwegsmanagement)	i. v.-Gabe von Fentanyl, Glukose 10 % und Heparin
	Ausbildung: 5 Wochen Akademie	EKG-Interpretation Defibrillation	i. v.-Zugang u. Elektrolytlösung s. c.-Gabe von Glukagon und Adrenalin
		bei MANV Funktion „Leitender Behandler vor Ort“ (vergleichbar mit OrgL)	Sublinguale und orale Gabe von Nitrospray, ASS und Ticagrelor
		i. v.-Gabe von Fentanyl, Glukose 10 % und Heparin	Salbutamol als Inhalation Diazepam rektal
Paramediziner	Zugangsvoraussetzung: mind. 3 Jahre Berufserfahrung als Ambulance-behandler	Larynxmaske bei Reanimation	Behandlermedikation plus:
	Eignungsprüfung	Derzeit Modelversuch einer videolaryngoskopischen Intubation	i. v.-Gabe von Adrenalin, Atropin, Amidaron, Furosemid, Fentanyl, Odensatron, Diazepam, Tavegyl, Glukose 20 %
	Ausbildung: 5 Wochen Akademie	Abschluss einer Behandlung nach ärztlicher Konsultation	
	Praktika: Intensivstation und NEF		

* Alle angeführten Präparate werden vom RD-Mitarbeiter im Rahmen einer ärztlichen Rahmenverordnung in Eigenverantwortung angewendet. Ein Notarzt kann in individuellen Fällen die Rahmenverordnung bezogen auf einen bestimmten Patienten erweitern.

in Niebüll in Deutschland sowie ein SAR (Search and Rescue)-Hubschrauber der dänischen Luftwaffe eingesetzt.

Für die häufigsten rettungsdienstlichen Krankheitsbilder gibt es Behandlungsalgorithmen, die im ganzen Land einheitlich sind. Die telefonische Rücksprache mit dem Notarzt sowie die telemedizinische Übertragung von EKGs aus dem Rettungswagen in eine große kardiologische Abteilung sind Alltag. Nach Rücksprache mit dem Kardiologen wird der Patient im Rettungswagen vom Rettungsdienstpersonal mit Antikoagulantien und einem Morphinpräparat behandelt. Ist der Patient stabil,

begleitet der Paramediziner den Patienten ins Zentralklinikum zur Ballondilatation und der Notarzt kehrt zum Standort zurück. Patienten mit zerebraler Ischämie oder Schlaganfall werden vom Paramediziner nach dem zugehörigen Algorithmus diagnostiziert, behandelt und zur Thrombolyse bzw. Thrombektomie transportiert. Der Notarzt tritt dabei nur bei Komplikationen oder im Hubschrauber bei sehr langen Transportwegen in Aktion.

In Norddänemark wurde eine elektronische Befunddokumentation eingeführt; die in den nächsten Jahren flächendeckend im ganzen Land zur Anwendung kommen soll. Derzeit erprobt man in zwei Regionen die Anwendung telemedizinischer Konzepte, bei denen das Rettungspersonal mittels im Rettungswagen installierter Kamera oder aber mittels Tablet-PC mit einem Facharzt am Zentralklinikum kommunizieren kann. Das Konzept soll helfen, den Patienten an die richtige Fachabteilung der richtigen Größe zu leiten, um vermeidbare Belastungen der Großkrankenhäuser und unnötige Transporte und Belastungen der Kapazitäten des Rettungsdienstes zu vermeiden.

Jede Region steuert die Aktivitäten ihres Rettungsdienstes mit Hilfe einer einzigen Leitstelle. Sie legt unter Berücksichtigung ländlicher und städtischer Begebenheiten die zulässigen Hilfsfristen fest. So beträgt beispielsweise in Süddänemark die geforderte mittlere Eintreffzeit der Rettungsmittel für die gesamte Region 9,8 Minuten. Fachpersonal aus relevanten Gesundheitsberufen wie Krankenschwestern oder *Ambulancebehandlere* und Paramediziner nehmen die Anrufe entgegen und entscheiden mit Hilfe eines halbschematisierten Frage- und Entscheidungskataloges (*Dansk Indeks*), welche Rettungsmittel eingesetzt werden und geben den Auftrag an die Disponenten weiter. Während das Rettungsmittel disponiert wird, kann das Fachpersonal telefonisch Anweisungen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen geben, bis hin zur telefonisch unterstützten Reanimation. Auf den Leitstellen hält sich teils zeitweilig, teils rund um die Uhr ein Facharzt auf, der das Leitstellenpersonal beraten und in speziellen Situationen auch mit dem Patienten sprechen kann. Leitstellenpersonal und Arzt stehen den Rettungsdienstmitarbeitern für Rückfragen und medizinische Beratung zur Verfügung.

Beim Massenansturm von Verletzten bzw. Großeinsätzen übernimmt die Leitstelle die Funktion der „Akuten medizinischen Koordinationsstelle“ (AMK). Diese ruft alle operativen Kapazitäten der Krankenhäuser und die intensivmedizinische Bettsituation mittels direkter Computerverbindung zu allen Krankenhäusern der Region ab. Der Arzt in der Leitstelle verteilt die Patienten am Schadensort auf die einzelnen Abteilungen. Dadurch entlastet er den leitenden Notarzt vor Ort ganz erheblich. Im Großeinsatz oder auch Katastrophenfall bedient man sich des Personals im Dienst und der Mitarbeiter aus der Freischicht, die über Mobilfunk alarmiert werden.

Ein Sonderfall sind die „First Responders“ auf Inseln und in abgelegenen Gebieten. Diese Personen sind teils Fachpersonal (Krankenschwestern, dienstfreie Rettungsdienstmitarbeiter), teils medizinische Laien. Ihr Ausbildungsstand ist regional verschieden. Manche von ihnen können Sauerstoff und Glucagon verabreichen; sie alle beherrschen die Beatmung mittels Beatmungsbeutel und können einen automatischen Defibrillator bedienen. Ihre Ausbildung wird jährlich aufgefrischt und getestet. Die *First Responders* werden über Mobilfunk oder SMS alarmiert und können eine erweiterte Erste Hilfe leisten, bis das erste professionelle Rettungsteam eintrifft.

6.2.2 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Die systematische Qualitätskontrolle des Rettungsdienstes in Dänemark wird durch eine landesweite Akkreditierung gewährleistet. Diese ist zum Zweck der Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben und wird durch das halbstaatliche „Institut für Qualität und Akkreditierung im Gesundheitswesen“ (IKAS) vorgenommen. Nach klaren Standards werden alle Rettungsdienste im vierjährigen Rhythmus besucht, auditiert und evaluiert. Die Qualitätskontrolle umfasst Audits, beispielsweise bei welchem Anteil der Einsätze mit einem bestimmten Krankheitsbild bestimmte Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt und damit der vorgeschriebene Algorithmus eingehalten wurde. Die Ergebnisse liegen zwischen 75 % und über 95 % der Zielmarke. In manchen Fällen geben sie Anlass zur gezielten Fortbildung (IKAS Bericht 2012).

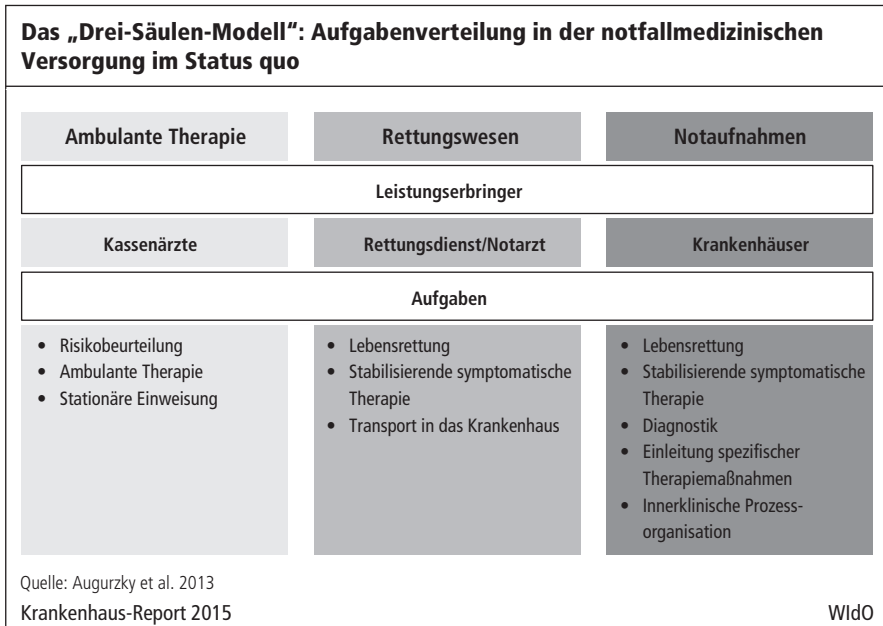
Die Arbeit mit sogenannten „nicht planmäßigen Ereignissen“ (Dänisch: *Utilisg-tede Hændelser*, im deutschen Sprachraum: CIRS) nimmt viel Raum und einen hohen Stellenwert ein. Alle gemeldeten Ereignisse werden zentral gesammelt und regional zurückverfolgt. Handlungspläne und Prüfungen sichern, dass die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden. Die Inhalte der Ereignisse werden landesweit publiziert und so zum Gegenstand der Weiterbildung des Personals im kommenden Ausbildungsprogramm.

Mehrere extern durchgeführte Untersuchungen zur Zufriedenheit der Patienten ergaben sehr positive Resultate. So wurde das Rettungspersonal von 98 % der Patienten mit gut bis sehr gut bewertet und die Eintreffzeit von 91 % der Patienten für gut bis sehr gut eingeschätzt (Bericht Nordjütland 2013). Auch was die medizinischen Ergebnisdaten anbetrifft, haben sich die Versorgungsergebnisse in den letzten Jahren in Dänemark deutlich verbessert. Nach OECD-Angaben ist die Letalität im Krankenhaus bei Herzinfarkt-Patienten zwischen 2001 und 2011 von 8,4 auf 3,0 pro 100 Einweisungen gesunken und liegt damit deutlich unter dem OECD-Mittelwert und unter dem deutschen Wert von 8,9 pro 100 Einweisungen. Ebenso hat sich die Sterblichkeit bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall in Dänemark im gleichen Zeitraum um 40 % reduziert, nämlich von 6,7 auf 4,1 pro 100 Einweisungen (Deutschland: 6,7) und liegt damit ebenfalls unter dem OECD-Durchschnitt. In einer Studie zu den Auswirkungen des neu etablierten Helikopter-Netzwerks (RTH) konnte gezeigt werden, dass die Zeit von der Alarmierung bis zur Ankunft in einer Spezialklinik bei Herzinfarkt- und Polytraumapatienten durch den Einsatz von RTH von 102 auf 84 bzw. von 322 auf 97 Minuten reduziert werden konnte (Fjaeldstad et al. 2013).

6.3 Organisation der Notfallversorgung in Deutschland und korrespondierende Probleme

In Deutschland sind – anders als in Dänemark – bei der Versorgung im medizinischen Notfall zahlreiche Institutionen beteiligt. Die Notfallversorgung basiert dabei auf drei Säulen: der ambulanten Therapie, dem Rettungswesen und der Notfallaufnahme am Krankenhaus (Abbildung 6–1). Grundsätzlich sind die niedergelassenen Vertragsärzte über die kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und auch auf Bundesebene nach § 75 SGB V für die ambulante Notfallversorgung innerhalb und

Abbildung 6–1



auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten zuständig. Der Rettungsdienst und die notärztliche Versorgung liegen dagegen im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer und werden dort durch Rettungsdienstgesetze geregelt (Augurzky et al. 2013).

Die Ausstattung der Krankenhäuser für die Notfallversorgung ist ebenfalls auf Landesebene geregelt und im Landeskrankenhausplan beschrieben. Krankenhäuser ohne die Möglichkeit der Notfallversorgung erhalten laut Krankenhausentgeltgesetz geringere finanzielle Mittel als solche mit Notfallversorgung. In einigen Bundesländern ist die Zuständigkeit für das Rettungswesen und die Notfallversorgung im Krankenhaus unterschiedlichen Ministerien zugeordnet (Niehues und Krampe 2011). Die Finanzierung dieser drei Säulen der Notfallversorgung erfolgt unabhängig voneinander. Das heißt, dass bei Patienten, die sich zunächst beim kassenärztlichen Notdienst vorstellen, von dort mit dem Rettungsdienst in das Krankenhaus eingewiesen werden und nach entsprechender Diagnostik und Therapie wieder nach Hause entlassen werden, ein und derselbe Fall dreimal abgerechnet wird. An den Schnittstellen kann es dabei zu Verwerfungen und falschen Anreizen kommen. Den Status quo gilt es daher zu hinterfragen und zu verschlanken (Augurzky et al. 2013).

Ferner schränkt die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte deren Dienstfähigkeit immer mehr ein. Die abnehmende Zahl der Niedergelassenen, die zudem inzwischen mehrheitlich ein Alter erreicht haben, in dem die Neigung und die Verpflichtung am Bereitschaftsdienst teilzunehmen sinkt, führt zu einer zunehmenden Dienstbelastung der Ärzte, die noch am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Durch diese Dienstbelastung, die zudem ungünstig vergütet wird, empfin-

det der medizinische Nachwuchs die Arbeit im ländlichen Bereich als unattraktiv.² Der Mangel an geeigneten diensthabenden Ärzten führt außerdem dazu, dass Niedergelassene im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zur Teilnahme verpflichtet werden, die für den Notdienst unzureichend qualifiziert sind. So sollen beispielsweise in Bayern aufgrund des Mangels an Notdienst leistenden Ärzten auch Radiologen und Laborärzte zum Notdienst verpflichtet werden (KVB 2012).³

Auch der Notarztendienst der Kliniken im ländlichen Bereich leidet unter dem Ärztemangel. Teilweise müssen die Dienste neben dem regulären Klinikdienst absolviert werden. Dies zieht einen beachtlichen Organisationsaufwand für die Kliniken nach sich und kann die Erfüllung ärztlicher Aufgaben in der Klinik beeinträchtigen. Die Einsatzzahlen sind in vielen ländlichen Bereichen sehr niedrig. Die Qualifikation der im Notarztwesen tätigen Ärzte ist zwar in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert worden, dennoch ist die Versorgungsqualität gelegentlich unbefriedigend. So hat das Netzwerk „Herzinfarkt in Bayern“ berichtet, dass etwa 25 % der Notärzte auf einem regelgerecht abgeleiteten EKG einen vorliegenden Myokardinfarkt nicht erkannt haben (Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Herzinfarktnetzwerke 2013).

In den vergangenen fünf Jahren ist die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen deutlich gestiegen (Statistisches Bundesamt 2012). Ob dies z. B. durch eine Umverteilung der medizinischen Notfälle aus dem kassenärztlichen Bereich in das Krankenhaus verursacht wird, ist nicht belastbar untersucht worden. Festzuhalten ist jedoch, dass im Jahr 2009 die Anzahl ambulanter Notfallpatienten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bei 3,9 Mio. und in Krankenhäusern bei 10,7 Mio. lag. Dies zeigt den hohen Anteil der Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung (KBV 2013).

Die Krankenhäuser erhalten für die Notfallversorgung eine Vergütung, die die Vorhaltungskosten vermutlich häufig nicht deckt (Fischer 2009). Deswegen ist die Notfallversorgung, die gerade im ländlichen Bereich oft einen Anteil von 70 % der Patientenzahlen ausmacht, personell besonders dürrig ausgestattet (DGINA 2013). Gleichzeitig ist die Qualifikation der in den Notaufnahmen eingesetzten Ärzte unzureichend und erreicht häufig kein fachärztliches Niveau. So hatten nach einer Studie der DGINA im Jahr 2011 fast 41 % der Assistenzärzte auf den Stellenplänen der Notaufnahmen weniger als zwei Jahre Berufserfahrung (Schöpke 2011a). In Deutschland – anders als beispielsweise in den USA – gibt es für die Tätigkeit in der Notaufnahme keine spezifisch fachärztliche Ausbildung. Das führt dazu, dass Notfälle, die in die Kompetenz eines am Krankenhaus nicht vertretenen Faches fallen,

2 Gerade in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Durchschnittsalter der Vertragsärzte von 2003 bis 2012 um 2,4 Jahre zugenommen hat (BÄK 2013), was die sinkende Bereitschaft von Vertragsärzten, am Rettungsdienst teilzunehmen, sicherlich nicht ausreichend erklären kann. So scheint dies u. a. ein Indiz dafür zu sein, dass weitere, zum Teil auch monetäre Anreize eine wichtige Rolle spielen könnten.

3 Hier darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die reale Arztdichte Deutschlands im internationalen Vergleich sehr hoch ist. Umso problematischer ist es, wenn ausgerechnet in Deutschland im Vertragsarztbereich nicht genügend ärztliche Kapazitäten gewonnen werden können. Dies zeigt wiederum, dass es in diesem Bereich noch Optimierungspotenziale bei der Organisation der Versorgung gibt.

oft nicht einmal bis zu einer Weiterverlegung in eine spezialisierte Klinik korrekt grundversorgt werden (Augurzky et al. 2013).

Da in Deutschland praktisch alle Bürger krankenversichert sind, haben sie ein Recht auf eine überall gleichwertige qualitativ hochwertige Behandlung. Allerdings gibt es keine empirische Basis, um dies zu überprüfen. Nach Aussage der DGINA müssen die Notaufnahmen der an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken personell und strukturell so ausgestattet sein, dass eine sofortige Stabilisierung der Notfallpatienten ebenso möglich ist wie eine rasche Diagnostik, die eine weitere fachspezifische Therapie optimal vorbereitet. Entscheidend ist die fachärztliche Kompetenz innerhalb der Notaufnahme. Ist für die fachspezifische Notfalltherapie in einem Krankenhaus keine Expertise vorhanden, sind für die hochqualitative fachspezifische Weiterversorgung häuserübergreifende notfallmedizinische Netzwerke zu schaffen, die dem hohen Spezialisierungsgrad der Medizin Rechnung tragen.

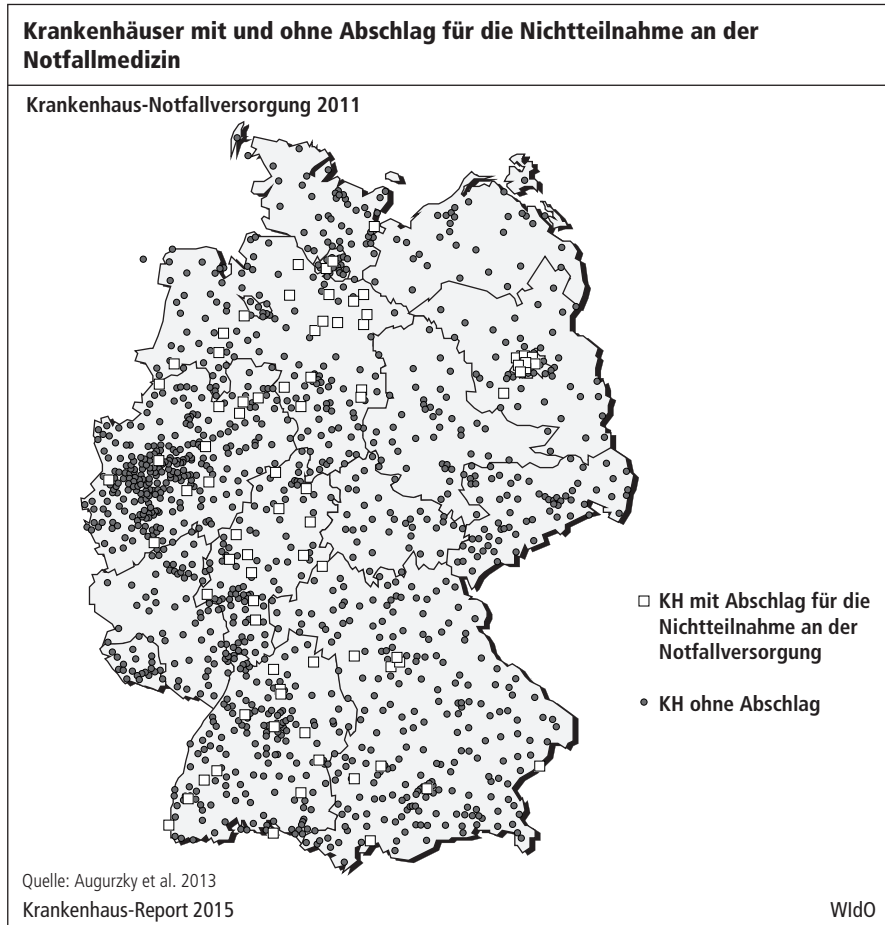
Um zumindest einen ersten Überblick über die derzeitige stationäre Versorgungssituation zu geben, kann auf die Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zurückgegriffen werden. Damit lassen sich diejenigen Krankenhäuser identifizieren, für die ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung⁴ vereinbart wurde. Offen bleibt dabei, ob alle anderen Krankenhäuser sich adäquat, d. h. in der gewünschten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an der Notfallversorgung beteiligen.⁵ Abbildung 6–2 gibt daher nur einen groben Überblick über die stationären Notfallversorgungskapazitäten (Augurzky et al. 2013).

Auch ist darauf hinzuweisen, dass der Rettungsdienst in Deutschland an seinen sehr kleinteiligen Strukturen krankt. Nach Maßgabe der Rettungsdienstgesetze der Bundesländer sind die Landkreise und freien Städte die Träger des Rettungsdienstes. Die Folge davon ist eine recht große Zersplitterung der Zuständigkeiten in bundesweit geschätzt 300 eigenständige Rettungsdienstbereiche. Es wird zwar in allen Landesrettungsgesetzen eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und dem aktuellen Stand der Medizin und Technik entsprechende Versorgung gefordert. Aufgrund der hohen Autonomie der einzelnen Rettungsdienstbereiche bestehen jedoch große regionale Unterschiede hinsichtlich Struktur, Aufbau, rettungsdienstlicher Abläufen und Zielvorgaben. Beispielsweise unterscheiden sich die Vorgaben zur zeitlichen Erreichbarkeit des Notfalleinsatzortes (die sog. Hilfsfrist) von Land zu Land zum Teil erheblich. So weisen die Hilfsfristen in ländlichen Bereichen zwischen den einzelnen Bundesländern eine Spannweite von 10–17 Minuten auf (Niehaus 2012). Auch hinsichtlich der Kosten des Rettungsdienstes bestehen offensichtlich große regionale Unterschiede. Die Ausgaben pro Versicherten der AOK für den Rettungsdienst und das Notarztwesen reichten 2012 von 29,92 Euro (Baden-Württemberg)

4 Zur gesetzliche Regelung zum Abschlag bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung siehe: § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i. V. m. § 4 Abs. 6 KHEntgG. In diesem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass es sich bei dem Abschlag eigentlich nicht um die Notfallversorgung, sondern um eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft geht, die jedoch für den Gesetzgeber eine Notfallversorgung impliziert.

5 In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass v. a. deswegen kaum Krankenhäuser angeben, nicht an der Notfallversorgung teilzunehmen, weil u. a. die Kriterien für die Teilnahme an der Notfallversorgung unscharf sind und erhebliche Nachteile der nichtteilnehmenden Krankenhäuser befürchtet werden (SVR 2014).

Abbildung 6–2



bis 70,77 Euro (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) (Landtag von Baden-Württemberg 2013). Sicherlich gilt es diese Kostenunterschiede noch detailliert zu untersuchen und zu bewerten, denn gerade hier ist mehr Transparenz zu Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit vordringlich, um den Rettungsdienst auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten.

6.4 Lösungsansätze zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

6.4.1 Implikationen aus Dänemark

Angesichts des beschriebenen wachsenden Notärztemangels im ländlichen Bereich (Jötten 2011) und des geodemografischen Wandels in Deutschland bietet das dänische Modell interessante Ansätze, um die knapper werdenden Ressourcen sinnvoller einzusetzen. Die jetzt vom Gesetzgeber beschlossene Einführung des neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters mit einer dreijährigen Berufsausbildung stellt eine große Chance dar, die Qualifikation und auch die Attraktivität des Rettungsdienstes weiter zu erhöhen. Durch die einheitlichen und klar umschriebenen Kompetenzen des Notfallsanitäters ist auch zu erwarten, dass das ärztliche Personal entlastet sowie effizienter eingesetzt wird. Die mit der Einführung des neuen Berufsbildes verbundenen höheren Anforderungen führen dazu, dass nur noch ein geringer Anteil an ehrenamtlichem Personal zum Einsatz kommt. Der Einsatz von moderner IT und Kommunikationstechnik ermöglicht eine schnellere Beurteilung des Zustandes der Patienten. In Kombination mit landesweit einheitlichen Behandlungsstandards können sachgerechte Therapien und die Weiterversorgung durch nicht-ärztliches Personal schneller eingeleitet werden.

Das Beispiel Dänemark zeigt, dass auch längere Fahrzeiten zur Notaufnahme einer Klinik von Patienten akzeptiert werden, weil es trotzdem zu keiner Verschlechterung der medizinischen Versorgung kommen muss. Es zeigt auch, dass es sinnvoll ist, die Strukturen im Rettungsdienst weiter zu verschlanken und zu größeren Einheiten zusammenzuführen. In Hessen beispielsweise gibt es derzeit 25 Rettungsdienstbezirke und Leitstellen. Hessen ist mit 6,1 Mio. Einwohnern nur unwesentlich größer als Dänemark. Dänemark hat seinen Rettungsdienst dagegen in nur fünf Regionen konzentriert. Durch die stärkere Konzentration lassen sich Schnittstellenprobleme und mangelnde Koordination zwischen den einzelnen Beteiligten reduzieren; damit sind auch erhebliche Kostenvorteile verbunden (Niehaus 2013). Im stationären Bereich ist in Deutschland ebenfalls ein großes Potenzial vorhanden, Notaufnahmen kleinerer Klinikstandorte auf größere Einheiten zu konzentrieren – bei gleichzeitigem Abbau der Vorhaltung an kleineren und Zusatzinvestitionen an größeren Standorten. Dadurch kann gleichzeitig sogar erreicht werden, dass sich die fachärztliche Versorgung in den Notaufnahmen verbessert.

Auch vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Qualitätsdiskussion kann das Beispiel Dänemark hilfreiche Anregungen liefern. Die vom dortigen Institut für Qualitätssicherung herausgegebenen Richtlinien gelten sektorenübergreifend für den ambulanten und stationären Bereich. Die regelmäßigen Audits tragen dazu bei, dass die Richtlinien von allen Beteiligten eingehalten werden. Sie helfen gerade an den Schnittstellen, die Versorgung auf einheitlich hohem Niveau zu gewährleisten. Es wäre wünschenswert, dass auch in Deutschland eine Qualitätsberichtserstattung in der Notfallversorgung nach einheitlichen Maßstäben verpflichtend ist.

6.4.2 Definition des Notfalls

Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden all jene Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzüglich medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet (Bürge et al 2013). Im somatischen Bereich ist der Großteil der medizinischen Notfälle durch das akute Auftreten nicht unmittelbar lebensbedrohender Symptome gekennzeichnet, deren gesundheitliches Risiko erst eingestuft werden muss, um die Behandlungsdringlichkeit festzulegen. Die statistische Quantifizierung der zugrunde liegenden Patientenzahl ist schwierig. Dies liegt vor allem daran, dass die Patienten von sich aus „im Notfall“ Krankenhäuser in Anspruch nehmen und gilt insbesondere für die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle. Jedoch sind derzeit auch mehr als 40% der stationären Patienten in deutschen Krankenhäusern unspezifisch als „Notfall ohne Einweisung“ deklariert (Augurzky et al. 2013; Statistisches Bundesamt 2012; Lindl und Beivers 2013) (siehe auch den Beitrag von Augurzky et al., Kapitel 6 in diesem Band).

Damit wird klar, dass die rettungsdienstliche Definition des Notfalls nicht die gesamte Breite der Notfallmedizin abdecken kann. Für die präklinische Notfallversorgung definiert zum Beispiel das Land Hessen einen Notfallpatienten wie folgt: *„Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt.“*⁶

Diese Definition ist auch für die Notfallversorgung in der Krankenhausplanung zugrunde zu legen (Hessisches Sozialministerium 2009). Derart schwer kranke Patienten sind mit einem vergleichsweise hohen strukturellen und personellen Aufwand in der Notaufnahme des Krankenhauses zu versorgen. Die erforderliche Ausstattung der Krankenhäuser ist daher im Landeskrankenhausplan zu konkretisieren (Metzner 2012). Für die darüber hinaus gehende, nicht präklinische, alltägliche Notfallklientel bedarf es noch weiterer Definitionen, wie sie u. a. von Bürge et al. (2013) erarbeitet wurden. In diesem Zusammenhang ist auch zu betonen, dass in den Notaufnahmen üblicherweise weniger als 10% der Patienten lebensbedrohlich erkrankt sind. Deswegen muss eine adäquate ambulante (Notfall-)Versorgung im niedergelassenen Bereich sichergestellt werden, damit nicht (elektive) ambulante Patienten die Kapazitäten der Notaufnahmen binden. Wenn schon zu beobachten ist, dass auch viele ambulante Patienten die Krankenhäuser aufsuchen, sollte darüber nachgedacht werden, in den jeweiligen Häusern eine kassenärztliche Bereitschaftspraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum zu platzieren. Damit könnten Patientenströme effizienter gesteuert werden (Lindl und Beivers 2013).

6 § 3 Absatz 4 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG).

6.4.3 Zentralisierung der Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser

Ein zentraler Anlaufpunkt für die Notfallversorgung vereinfacht es aus Patientensicht, eine adäquate Notfallversorgung zu erreichen. Weil sich viele Patienten bewusst sind, dass zu einer profunden Risikobeurteilung diagnostische Maßnahmen erforderlich sind, die nur in einem Krankenhaus rund um die Uhr vorgehalten werden, suchen viele von ihnen im Notfall häufig unmittelbar das Krankenhaus auf (Schöpke 2011b). Die Patienten setzen dann voraus, dass im Krankenhaus alles für eine adäquate Versorgung eines Notfalls verfügbar ist.

Auch aus medizinischer Sicht bietet die Zentralisierung der Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser einige wesentliche Vorteile. Zum Beispiel siedeln sich v. a. in ländlichen Bereichen immer mehr kassenärztliche Bereitschaftspraxen am Krankenhaus an (Steffen et al. 2007). Die Dienstzeiten sind meist auf den Tag und den Abend begrenzt. Außerhalb dieser Zeiten übernehmen die Diensthabenden des Krankenhauses die Notfallversorgung. Durch die räumliche Nähe der Notfallpraxis und der Notaufnahme am Krankenhaus ist es möglich, Personal, Räume und Geräte gemeinsam zu nutzen und fachlichen Austausch zu pflegen. Auch die Qualität der Notfallversorgung lässt sich in einer zentralisierten Struktur besser erfassen und gewährleisten. Gerade Häuser der Grund- und Regelversorgung mit zentralen Notfalleinheiten können telemedizinische Verbindungen mit Maximalversorgern aufbauen, die es ihnen erlauben, auch mit komplexeren und seltenen medizinischen Notfällen umzugehen und notwendige Verlegungen zu planen. Auch der notärztliche Dienst kann in einem notfallmedizinischen Zentrum eingebunden werden. In vielen ländlichen Notarztbezirken sind die Notärzte nur zwei- bis viermal in 24 Stunden im Einsatz, sodass es noch Freiräume für eine Beteiligung an den anderen notfallmedizinischen Aufgaben gibt, sofern die lokale Organisationsstruktur nicht ohnehin den Notarztendienst neben einem regulären Dienst erfordert (KBV 2008).

Aus ökonomischer Sicht scheint die dreigliedrige Notfallversorgung ineffizient und kostentreibend. Eine im Aufwand abgestufte, aber an einem Ort zusammengefasste Notfallversorgung hat das Potenzial, beträchtlich effizienter zu arbeiten und gleichzeitig die Qualität der Notfallversorgung zu steigern. Es ist daher eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung, die drei Säulen der Notfallversorgung enger zusammenzuführen und eine notfallmedizinische Versorgung aus einem Guss zu schaffen.

6.4.4 Verbesserung der spezifischen ärztlichen und pflegerischen Kompetenz

Ein notfallmedizinisches Ausbildungscurriculum, das in eine führbare Berufsbezeichnung mündet und den fachlichen Anspruch an eine moderne Notfallmedizin abbildet, ist im anglo-amerikanischen Raum und in einigen europäischen Ländern Realität, in Deutschland jedoch nicht verwirklicht. Die für eine umfassende Notfallmedizin erforderlichen medizinischen Kenntnisse und die notwendigen praktischen Fähigkeiten sind derzeit über verschiedene Fachdisziplinen hinweg verteilt. Keine in Deutschland vertretene medizinische Spezialität kann den Anforderungen an eine

profunde und umfassende Notfallversorgung genügen, die auch das notwendige organisatorische Know-how beinhalten muss. Hier wäre es vorteilhaft, die notfallmedizinischen Kompetenzen zu bündeln und eine fachärztliche Qualifikation für eine professionelle Notfallmedizin zu schaffen. Andere europäische Länder beschreiten hier bereits seit mehreren Jahren neue Wege und verfügen sogar schon über einen Facharzt für Notfallmedizin (Fleischmann 2007).

6.5 Lösungsansätze aus Sicht der Krankenhäuser und der Krankenhausplanung

6.5.1 Festlegung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und der relevanten Leistungen

Nach Lindl und Beivers (2013) ist es zunächst erforderlich, die bedarfsnotwendigen Notfallstandorte planerisch festzulegen und Qualitätsstandards zu definieren (vgl. Abschnitt 6.6.2.). Die planerische Festlegung erfolgt nach dem Grundsatz der flächendeckenden Versorgung und einer für den Patienten akzeptablen Erreichbarkeit. Als objektive Orientierungsgröße kann beispielsweise ein bedarfsnotwendiger Standort pro Land-/Stadtkreis oder pro 100 000 Einwohner zugrunde gelegt werden. Dieses Maß wäre durch die Vorgabe der Erreichbarkeit mit dem Pkw oder ggf. sogar dem Rettungshubschrauber zu ergänzen. Denn gerade in ländlichen Regionen mit besonders niedriger Bevölkerungsdichte und großen Distanzen kann es sonst zu langen Anfahrtswegen kommen. In Ballungsräumen wiederum kommt die Notfallversorgung mit weniger als einem Standort pro 100 000 Einwohner aus und ist entsprechend anders zu planen (Lindl und Beivers 2013). Dabei kann nur auf bestehende nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zurückgegriffen werden.

Mit dem Bezug auf die kommunale Gebietskörperschaft und die Einwohnerzahl wird eine Verbindung zur Raum- und Strukturplanung hergestellt, die insbesondere auch in der Verkehrswegeplanung eine wichtige Rolle spielt. So wird auch im Rahmen des Koalitionsvertrages der großen Koalition vom November 2013 zu Recht nach einer erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung verlangt (Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD 2013). In diesem Kontext wird außerdem zu klären sein, wann und in welchen Fällen der bodengebundene Rettungsdienst durch die Luftrettung unterstützt bzw. substituiert werden kann bzw. muss, um bei einer neu aufgestellten Notfallversorgung in dünn besiedelten Regionen Erreichbarkeitsvorgaben einhalten zu können. Hier gilt es auf die beachtlichen Kosten der Luftrettung wie auch einer gegebenen Wetterabhängigkeit hinzuweisen.

Im Zuge der Auswahl der Standorte sollten Qualitätsanforderungen verbindlich sein. Dies gilt für den Qualitätsanspruch der interdisziplinären Notfallversorgung, aber auch für ein möglichst breites Spektrum der notwendigen nachfolgenden Therapien des Notfallpatienten im Krankenhaus. Den ausgewiesenen Krankenhäusern ist perspektivisch der Status eines „Notfallzentrums“ zuzuerkennen, um auch krankenhausintern die entsprechenden Organisationsstrukturen zu unterstützen und den Qualitätsstandard nach außen zu dokumentieren. Langfristig ist hier zu erwarten,

dass sich die Versorgungswege hin zu Krankenhäusern mit besonderer Qualität in der Notfallversorgung bewegen.

Für die Notfallversorgung in diesen Krankenhäusern sind die vorzuhaltenden Leistungen zu definieren, die erfahrungsgemäß der Notfallmedizin zuzuordnen sind. Denkbar ist in diesem Zusammenhang auch, dass der „Notfall“ im DRG-System kodierrelevant wird, beispielsweise über einen neu zu implementierenden Fachabteilungsschlüssel oder über ein ressourcenorientiertes Einstufungssystem für Notfälle. Hier könnten evaluierte und verbreitete Ersteinschätzungs-Scores wie z. B. der Emergency Severity Index zielführend sein. Die Uhrzeit der Leistungserbringung sollte dabei allerdings kein zentrales Kriterium zur Notfalldefinition sein, um Fehlanreize einer gelenkten Notfallkodierung in Erwartung eines höheren Case-mixvolumens zu vermeiden. Hierbei sind eindeutige Definitionen wichtig, nicht nur für die Festlegung der Aufgaben und Qualitätsanforderungen, sondern auch für die standortbezogene zusätzliche Finanzierung der Notfalleleistungen. Auf Dauer ist diese Aufgabe wahrscheinlich nur vom InEK selbst zu leisten und setzt voraus, dass dieses von den Selbstverwaltungspartnern einen entsprechenden Auftrag erhält (Lindl und Beivers 2013).

6.5.2 Festlegung der Qualitätsanforderungen

Die an einer neu ausgerichteten Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken müssen allgemein-strukturelle, personelle und apparative Mindestvorgaben erfüllen. Abstrakt sollen sie damit für die definierten Notfalleleistungen

- eine sofortige Stabilisierung und korrekte interdisziplinäre Erstversorgung des Patienten gewährleisten,
- eine rasche Diagnostik durchführen,
- eine fachspezifische Therapie optimal vorbereiten und
- wenn nötig eine Verlegung in ein spezialisiertes höherstufiges Krankenhaus veranlassen.

Für die Erfüllung eines daraus abgeleiteten definierten Qualitätsstandards müssen die ausgewiesenen Krankenhäuser über vorgegebene Ausstattungsmerkmale verfügen. Mit deren Hilfe werden sie für die korrekte und qualitativ messbare Erfüllung der Aufgaben herangezogen. Bisher existieren in der Krankenhausplanung in Deutschland keine spezifischen Vorgaben und Anforderungen mit entsprechender Nachweispflicht für Krankenhäuser, Ärzte und Pflegekräfte in einer zentralisierten Notaufnahme.⁷ Diese Lücke soll durch die krankenhauserplanerische qualitätsorientierte Vorgabe eines Fachprogramms geschlossen werden. Dieses Fachprogramm stellt das zentrale Instrument für eine Neuausrichtung dar und ergänzt den Krankenhausplan.⁸

⁷ In Hessen zum Beispiel sind zwar besondere Qualifikationsanforderungen an das Personal in Notaufnahmen aus der Krankenhausrahmenplanung und dem Rettungsdienstgesetz ableitbar. Dies ist jedoch in Deutschland eine Ausnahme mit Vorgaben, die zu wenig konkret sind (Niehaus und Fenger 2013).

⁸ Die Vorgabe des Fachprogramms gilt insbesondere für Krankenhäuser der Grundversorgung. Von Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung ist i. d. R. von der Erfüllung des Fachprogramms auszugehen.

Nach Augurzky et al. (2013) sowie Beivers und Lindl (2013) sind für ein Fachprogramm Notfallversorgung zur Definition eines hochwertigen Versorgungsstandards folgende Eckpunkte zu erfüllen:

Allgemein strukturelle Vorgaben:

- Einbindung in den Rettungsdienst
- 24-Stunden-Bereitschaft an allen Tagen
- Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen
- Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme
- Hubschrauberlandeplatz
- Nachweispflicht und Qualitätssicherung
- Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin (Fischer 2013)

Personelle Vorgaben:

- 24-Stunden-Vorhaltung von auf fachärztlichem Niveau erfahrenen Ärzte
- Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal
- Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten
- Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung

Apparative Anforderungen:

- Rund-um-die-Uhr Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten zur Akutbehandlung lebensbedrohter Notfallpatienten
- Labordiagnostik
- Röntgendiagnostik
- Schockraum
- Ultraschall diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße
- Endoskopische Sofortdiagnostik und -therapie
- Versorgungsmöglichkeiten für Infektpatienten

Mit diesen Vorgaben soll das ausgewiesene Krankenhaus die medizinisch korrekte Stabilisierung des Patienten, die erforderliche Diagnostik bis zur Zuordnung zu einer weiterführenden Versorgung, die sofortige dringliche Therapie sowie die Disposition zur Weiterversorgung im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich gewährleisten. Darauf und auf den Nachweis der Vorgaben für die Notfallversorgung ist ein System der Qualitätssicherung und Nachweispflichten auszurichten. Dabei gilt es besonders, die krankenhauplanerischen Spielräume zur verpflichtenden Teilnahme aller ausgewiesenen Krankenhäuser zu nutzen.

6.5.3 Sicherung der Finanzierung

Für die Erfüllung der beschriebenen Anforderungen an die Neuausrichtung der Notfallversorgung ist mit einem erhöhten Finanzierungsbedarf teilnehmender Krankenhäuser zu rechnen. Wenn daraus ein Defizit für den Bereich der Notfallversorgung resultiert, kann zur Deckung grundsätzlich die in § 17b Absatz 1 Satz 6 Kranken-

hausfinanzierungsgesetz und § 5 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorgesehene Finanzierung durch einen Sicherstellungszuschlag herangezogen werden. Die Vereinbarung eines solchen Sicherstellungszuschlags zwischen Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus erlaubt es, das Defizit zielgerichtet und zeitlich befristet abzubauen. Der Zwang zur Quersubventionierung und der Anreiz zur Fallzahlsteigerung werden vermindert, v. a. wenn der Sicherstellungszuschlag als eine Art Grundpauschale für die Vorhaltekosten unabhängig von der Leistungsmenge gewährt wird. Die Höhe des Zuschlags ist dabei grundsätzlich hausindividuell verschieden, nach definierten Regeln zu berechnen und jährlich zu überprüfen.

Es bleibt in diesem Zusammenhang jedoch anzumerken, dass der gesetzlich vorgesehene Sicherstellungszuschlag derzeit in der Praxis kaum durchsetzbar ist – nicht zuletzt, weil klare Vorgaben fehlen (Quaas 2011). Dies gilt es daher auch in diesem Kontext dringlich zu überarbeiten. Eine weitere Voraussetzung für einen solchen Sicherstellungszuschlag ist der strukturierte kostenrechnerische Nachweis, dass die Leistung der Notfallversorgung gemäß den krankhausplanerischen Vorgaben nicht durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das keinen Zuschlag benötigt, erbracht werden kann. Dieser Nachweis wäre dann aufgrund der neu einzuführenden krankhausplanerischen Bestimmung im Bereich der stationären Notfallversorgung für teilnehmende Krankenhäuser in ländlichen Regionen in aller Regel gegeben. Nur in Ballungsräumen, in denen der Planungsgegenstand Einwohnerzahlen jenseits von 100 000 Einwohnern pro Land-/Stadtkreis sind, kann diese Frage überhaupt relevant sein. Mit dem aufgezeigten Finanzierungsweg sind im ersten Schritt Mehrausgaben der Krankenkassen verbunden. Im Gegenzug ist im zweiten Schritt für alle nicht vom Fachprogramm erfassten Krankenhäuser und Krankenhausteilstandorte der Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Absatz 6 KHEntgG zu prüfen und gegebenenfalls strikt durchzusetzen. Die Abschläge stellen somit die Gegenfinanzierung sicher (Lindl und Beivers 2013).

6.6 Zusammenfassung

Die Anforderungen an die Notfallmedizin in Deutschland werden sich bedingt durch den geodemografischen Wandel wie auch neue medizinische Anforderungen verändern. Das im Status quo vorherrschende „Drei-Säulen-Modell“ wird in seiner jetzigen Form langfristig weder bedarfsgerecht noch finanzierbar sein. Wie die Betrachtung der Notfallversorgung in Dänemark zeigt, existieren bereits interessante Vorbilder zur effizienteren Neugestaltung der Notfallversorgung. Die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser in Dänemark führte zwar zu Anfahrtswegen von 60 km bis zur nächsten Notaufnahme oder 150 km bis zum nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung bzw. Uniklinik, jedoch nicht zu Einbußen bei der Qualität der Notfallversorgung.

Insbesondere stieg die Bedeutung des Rettungsdienstes. Man schuf in Ergänzung zum Notarztwesen u. a. das Berufsbild des „Paramediziners“, dem erweiterte Kompetenzen bei medizinischen Leistungen und Medikamentengaben übertragen wurden. Landesweit wurden Kapazitäten in der Flugrettung aufgebaut, um die

Transportzeiten bei akuten und schwerwiegenden Krankheitsbildern zu verkürzen. Für die häufigsten rettungsdienstlichen Krankheitsbilder gibt es Behandlungsalgorithmen, die im ganzen Land einheitlich sind und insbesondere auf Telemedizin setzen. Überdies wird im gesamten Rettungsdienst Dänemarks eine systematische Qualitätskontrolle durchgeführt. Das Beispiel zeigt, dass Patienten auch längere Fahrzeiten zur Notaufnahme einer Klinik von Patienten akzeptieren, weil es trotzdem zu keiner Verschlechterung der medizinischen Versorgung kommen muss.

Auch für Deutschland scheint es sinnvoll, die ambulanten und v. a. die stationären Strukturen an den zukünftigen Bedarf anzupassen und zu zentralisieren. Eine Zentralisierung der Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ebenso wie eine verbesserte Ausbildung im Bereich der Notfallmedizin helfen die Versorgung neu zu organisieren. Auch über einen Ausbau der Infrastruktur, bspw. durch die Luftrettung in dünn besiedelten Gegenden, sollte nachgedacht werden. Dies kann aus ökonomischen Gesichtspunkten günstiger sein als nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhausstandorte zur Sicherung der stationären Notfallversorgung aufrechtzuerhalten. Es bleibt in diesem Zusammenhang jedoch zu betonen, dass die Luftrettung kostenträchtig ist, vom Wetter abhängt und damit nicht überall eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sichergestellt werden kann. Umso mehr zeigt dies die Dringlichkeit der Einzelfallprüfung. Auch kann die Spezialisierung von Krankenhäusern generell zu mehr Transportkosten im Rettungsdienst führen, was jedoch durch höhere Qualität und Einsparungen im Bereich der flächendeckenden Vorhaltung kompensiert wird.

Wichtig ist schließlich, dass die Notfallversorgung „korrekt“ definiert und unter Beachtung struktureller und personeller Qualitätskriterien anreizkompatibel in das Vergütungssystem implementiert wird, um Fehlanreize zu vermeiden. Besondere Anforderungen sind dabei entsprechend zu vergüten, sodass die Notfallversorgung für die Anbieter nicht defizitär ist. Umgekehrt sind Abschlüsse bei nicht daran beteiligten Anbietern zur Finanzierung der Notfallversorgung heranzuziehen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Herzinfarktnetzwerke/Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) im Klinikum der Universität München. Aktuelle Meldungen. Siehe auch: <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de/index.php> (13. August 2014).
- Augurzky B, Hentschker C, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM. Krankenhaus Rating Report 2014. Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei 2014.
- Augurzky B, Beivers A, Dodt C. Schnelle Hilfe zentralisieren. führen und wirtschaften 2013; 4: 431–5.
- Bürgi U, Christ M, Hogan B, Behringer W, Dodt C. Länderübergreifende Zusammenarbeit in der Notfallmedizin. Schweizerische Ärztezeitung 2013; 94: 1899–900.
- Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013. Statistiken und Tabellen. Berlin 2013. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf> (13. August 2014).
- Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. [DGINA]. Notfallmedizin – Interprofessionell, fachübergreifend und transektoral. Jena 2013. Siehe auch: http://www.dgina.de/pages/einleitung/begrueßung_deutsch.php

- Fischer W. Notfallvergütung im Krankenhaus, Patientenklassifikationssysteme und Notfallpauschalen bei DRG-basierter Vergütung von stationären Behandlungen, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin. Wolfertswil: ZIM 2009.
- Fischer U. Ermittlung von Anforderungen an die Gestaltung einer telemedizinisch gestützten präklinischen Notfallversorgung. Dissertation an der Charité (Universitätsmedizin). Berlin 2013.
- Fjaeldstad A, Hassager KM, Knudsen L, Bjerring J, Christensen EF. Physician staffed emergency helicopter reduces transportation time from alarm call to highly specialized centre. *Dan Med J* 2013; 60: 7 July.
- Fleischmann T. Der deutsche Weg zum Facharzt für Notfallmedizin. *Rettungsdienst* 2007; 8 (30): 828–31.
- Hessisches Sozialministerium. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, Allgemeiner Teil Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose. Wiesbaden 2009.
- IKAS – Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvaesenet. Interner Auditbericht. Aarhus 2013.
- Jötten F. Notarztmangel auf dem Land – Hubschrauber ans Bett: Weil es auf dem Land an Ärzten fehlt, kommt die Hilfe mehr und mehr aus der Luft. Ist das sinnvoll? *DIE ZEIT* 2011, Nr 10.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Krankenhauskooperationen. Thesenpapier – Argumente für den niedergelassenen Arzt, mit Krankenhäusern zu kooperieren. Berlin 2008. Online-Publikation: <http://www.kbv.de/themen/13271.html> (12. August 2013).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Infomedien. Berlin 2013. Online-Publikation: http://www.116117info.de/media/KBV_116117_FLYER2013neu.pdf (12. August 2013).
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB). Neue Strukturen im Bereitschaftsdienst. *KVB Forum* 2012; Vol 3.
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit, veröffentlicht am 27.11.2013, Berlin. Siehe auch: <http://www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf>.
- Landtag von Baden-Württemberg. Strukturelle Unterschiede bei der Finanzierung des Rettungswesens im Bundesvergleich und die Folgen: 15. Wahlperiode, Drucksache 15/4369 vom 21.11.2013, Antrag der Fraktion der SPD und Stellungnahme des Innenministeriums, Stuttgart 2013. Siehe auch: http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/4000/15_4369_D.pdf (13. August 2014).
- Lindl C, Beivers A. Notfallversorgung: Kompetenzen bündeln. *führen und wirtschaften* 2013; 4: 431–5.
- Metzner J. Krankenhausplanung – Wie kann man Qualitätskriterien einbauen? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 4: 25–31.
- Niehaus C, Fenger H. Qualifikationsanforderungen und Haftungsrisiken in der Zentralen Notaufnahme. *Das Krankenhaus* 2013; 8: 822–6.
- Niehaus C. Notfallversorgung in Deutschland: Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Niehues C, Krampe B. Sektorale Trennung der Notfallversorgung. In: Eiff W, Dodt C, Brachmann M, Niehues C, Fleischmann T (Hrsg) *Management der Notaufnahme – Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 29–41.
- OECD. Health Statistics 2013. <http://www.oecd.org/health/healthdata> (13. Februar 2014).
- Quaas M. Sicherstellungszuschlag als Rettungsanker für das Not leidende Krankenhaus? *führen und wirtschaften* 2011; 6: 646–51.
- Region Nordjütland. Patientenzufriedenheitsbefragung Nordjütland 2013: Brugernes oplevelse af det præhospitale område i Region Nordjylland. Aalborg 2013.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Berlin 2014.
- Schöpke T. Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. *Notfall Rettungsmed* 2011a; 14: 371–8.
- Schöpke T. Die Einrichtung einer Notfallpraxis in der Notaufnahme. In: Eiff W von et al. (Hrsg) *Management der Notaufnahme*. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 2011b; 183–96.

Statistisches Bundesamt. 39% der Einweisungen ins Krankenhaus sind Notfälle. Pressemitteilung vom 21.02.2012. Wiesbaden 2012. Siehe auch: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2012/PD12_008_p002.html (14. August 2014).

Steffen W, Tempka A, Klute G. Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 1088–91.

This page intentionally left blank

7 Die Bedeutung der Universitätskliniken in der regionalen und überregionalen Versorgung

Ralf Heyder

Abstract

Gemeinsames Alleinstellungsmerkmal aller deutscher Universitätsklinika ist ihre akademische Prägung durch Forschung und Lehre in allen Bereichen der Krankenversorgung. Gleichwohl unterscheiden sich die 33 deutschen Universitätsklinika hinsichtlich ihrer Funktion in der regionalen und überregionalen Versorgung, ihres Wettbewerbsumfeldes und ihres Leistungsspektrums. Dieser Beitrag charakterisiert auf empirischer Basis die Rolle der Universitätsklinika in der deutschen Krankenhauslandschaft. Dabei geben die Daten deutliche Hinweise auf eine ausgeprägte Funktion als überregionale stationäre Versorgungszentren. Bisher fehlen in der Krankenhausplanung und -finanzierung geeignete Instrumente zur strukturellen Förderung solcher Zentren. Diese Lücke muss mit der nächsten Krankenhausreform geschlossen werden. Der Zentrumszuschlag muss zu einem echten Förderinstrument für die Konzentration komplexer medizinischer Versorgung in interdisziplinären, erkrankungsübergreifenden Strukturen ausgebaut werden. Dabei sollte das Zentrumskonzept die ambulante Versorgung einschließen.

A common unique feature of all German university hospitals is the provision of research and teaching in all areas of patient care. Nevertheless, the 33 German university hospitals differ with respect to their role in regional and trans-regional health care provision, their competitive environment and service spectrum. This article characterizes the role of university hospitals as opposed to other German hospitals on an empirical basis. The results show that there is significant evidence that university clinics have a distinct role as trans-regional inpatient care centres. Currently hospital planning and financing lack appropriate tools for a structural advancement of such centres. This gap should be closed with the next hospital reform. The centre bonus must become a genuine instrument for promoting the concentration of complex medical care in multidisciplinary structures which cater for multiple diseases. At the same time, the centre concept should include outpatient care.

7.1 Einführung

Universitätsklinika haben in der deutschen Krankenhauslandschaft eine besondere Bedeutung. Sie bilden im Verbund mit den Medizinfakultäten forschungsnah fast alle deutschen Ärzte wissenschaftlich aus. Dafür müssen sie in der Lehre das gesamte Fächerspektrum der Approbationsordnung vorhalten. Außerdem brauchen sie für eine versorgungsnah Ausbildung Zugriff auf ein möglichst breites Spektrum der Grund- und Regelversorgung.

Universitätsklinika sind nicht nur Lehranstalten, sondern auch medizinische Forschungseinrichtungen. Sie sind unverzichtbar für die Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Umgekehrt leiten sie aus ihren Erfahrungen in der Krankenversorgung neue wissenschaftliche Fragestellungen und Forschungsprojekte ab. Die Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Forschung werden durch das Patienten- und Leistungsspektrum eines Universitätsklinikums maßgeblich mitbestimmt.

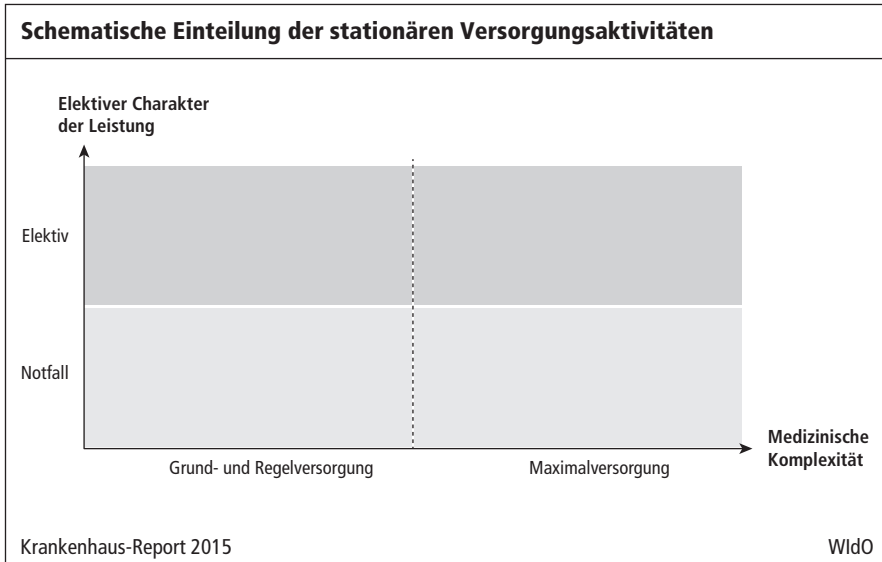
Der permanente Erkenntnistransfer zwischen Forschung und Patientenversorgung ist das prägende Element universitärer Medizin. Dieser Transfer muss in den Universitätskliniken institutionell verankert und organisiert werden. Das schlägt sich in einem hohen Maß in wissenschaftlicher Autonomie der leitenden Ärzte und einem eigenständigen, akademisch ausgerichteten institutionellen Überbau nieder. Hier liegt ein entscheidender Strukturunterschied zu nicht-universitären Krankenhäusern.

Selbst ein eher kleines Universitätsklinikum wie Greifswald, das aufgrund der besonderen demografischen Entwicklung in seinem Umfeld einen starken Forschungsschwerpunkt in Community Medicine hat, ist aufgrund seiner Forschungs- und Lehrprägung völlig anders organisiert als nicht-universitäre Krankenhäuser. Gleiches gilt für Universitätsklinika mit einem starken Portfolio in der Hochleistungsmedizin. Zwar gibt es unter den Universitätsklinika Unterschiede beim medizinischen Leistungsspektrum und hinsichtlich der Forschungsstärke. Trotzdem ist ihnen gemeinsam, dass sie sich aufgrund ihres Forschungs- und Lehrprofils, ihrer Unternehmenskultur und ihrer Leistungs- und Entscheidungsorganisation grundlegend von nicht-universitären Krankenhäusern unterscheiden.

Immer wieder wird die Frage laut, inwieweit sich die strukturellen Unterschiede zwischen Universitätsklinika und nicht-universitären Krankenhäusern auch in Unterschieden im medizinischen Leistungsspektrum niederschlagen. Ohne Zweifel beeinflussen die Forschungsprägung und der akademische Kontext an Universitätsklinika die medizinische Leistungsorganisation und -erbringung erheblich. Das beginnt bei der Indikationsstellung und geht über die Weiterentwicklung von Therapiestandards bis hin zu neuen diagnostischen oder therapeutischen Angeboten, die oft in den Universitätsklinika entwickelt werden. Dazu kommt mit der wissenschaftlichen Evaluation neuer Verfahren in klinischen Studien ein weiterer Schwerpunkt im Aufgabenspektrum.

Im Folgenden wird versucht, Unterschiede zwischen Universitätsklinika und nicht-universitären Krankenhäusern datenbasiert sichtbar zu machen. Dazu wird die Rolle der Universitätsklinika in der deutschen Versorgungslandschaft empirisch untersucht. Die Analyse orientiert sich an den in Abbildung 7–1 schematisch dargestellten vier Leistungsfeldern. Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

Abbildung 7–1



- Welchen Anteil haben die Universitätsklinika an der Maximalversorgung in Deutschland?
- Wie stellt sich innerhalb der Universitätsklinika das Verhältnis von Maximal- und Regelversorgung dar? Stimmt die von Kritikern der Hochschulmedizin oft ins Feld geführte Behauptung, dass Universitätsklinika nur noch hochspezialisierte Medizin betreiben und dort keine „Normalpatienten“ mehr behandelt werden?
- Welche Rolle spielen Universitätsklinika in der überregionalen Versorgung?
- Finden sich empirische Hinweise auf eine besondere Rolle der Hochschulmedizin in der Krankenversorgung, etwa für die Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen oder von besonders komplexen Fällen oder die Vorhaltung überregionaler Zentren mit einer herausragenden Expertise?
- Welche Rolle spielen Universitätsklinika in der Notfallversorgung?

Für die Analyse wird auf verschiedene Quellen zurückgegriffen, u. a. die Daten nach § 21 KHEntgG des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Punktuell wurden diese Analysen durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V ergänzt, um Aussagen zum Krankenhaussektor insgesamt ableiten zu können.¹

Allerdings ersetzt dieser Beitrag keine umfassende wissenschaftliche Analyse. Hierfür fehlen dem VUD die Daten. Die nachfolgenden Ausführungen geben nur

¹ Für die hervorragende Zusammenarbeit möchte sich der Autor an dieser Stelle beim WIdO, und dort ganz besonders bei Herrn Friedrich, bedanken.

erste Hinweise, wie das Thema empirisch angegangen werden kann. Weitergehende Analysen wären wünschenswert.

7.2 Maximal- versus Regelversorgung

Der VUD erstellt für seine Mitglieder auf Basis der stationären § 21-Abrechnungsdaten jährlich ein umfassendes Leistungsbenchmarking. Dazu gehört auch eine Analyse, welcher Anteil des Leistungsspektrums eher der Regel- bzw. der Maximalversorgung zuzuordnen ist.

Der VUD unterscheidet dazu DRGs, die überwiegend der Grund- und Regelversorgung bzw. überwiegend der Maximalversorgung zuzuordnen sind.² Die DRGs wurden bei Einführung des G-DRG-Systems mittels Experteneinschätzung in diese beiden Kategorien eingeteilt. Seitdem wird diese Einteilung jährlich mit Hilfe von Übergangsgruppierungen fortgeschrieben. Unterstützende Kriterien bei unklaren Zuordnungen einer DRG sind eine bundesweit niedrige Fallzahl oder eine starke Konzentration der Leistung auf Unikliniken. Beides wird als Indiz für den Maximalversorgungscharakter einer DRG gesehen. Zusätzlich erfolgt bei unklaren Zuordnungen eine medizinische Bewertung durch ärztliche Experten. Diese gibt dann in der Regel den Ausschlag.

Legt man diese intern im VUD verwendete Einteilung zugrunde, dann zeigt sich für das Datenjahr 2012 folgendes Bild (siehe Abbildung 7–2)³:

- Von den 1 692 deutschen Allgemeinkrankenhäusern⁴ sind nur 32 (ohne Bochum) Universitätsklinika. Das entspricht einem Anteil von zwei Prozent. Sie versorgen allerdings rund 9,7 Prozent der akutstationären Krankenhausfälle. Ihr Anteil bei den Maximalversorgungsfällen liegt sogar bei 24 Prozent. Bezogen auf den Casemix⁵ – als Indiz für die Fallschwere⁶ – fällt der Anteil an den Maximalversorgungsfällen mit 29,3 Prozent noch höher aus. Innerhalb der Kategorie „Maximalversorgung“ betreuen die Universitätsklinika also im Durchschnitt aufwändigere Fälle als nicht-universitäre Krankenhäuser.
- Im Bereich der Regelversorgung versorgen die Universitätsklinika 8,6 Prozent aller Krankenhausfälle in Deutschland. Bezogen auf den Casemix liegt der Anteil bei 8,8 Prozent, also haben die Universitätsklinika auch im Bereich der Regelversorgung leicht überdurchschnittlich schwere Fälle.
- Innerhalb der Universitätsklinika liegt der Anteil der Maximalversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl bei 21,8 Prozent. Bezogen auf den Casemix beträgt der

2 Die Liste ist im Internetportal zum Krankenhaus-Report verfügbar.

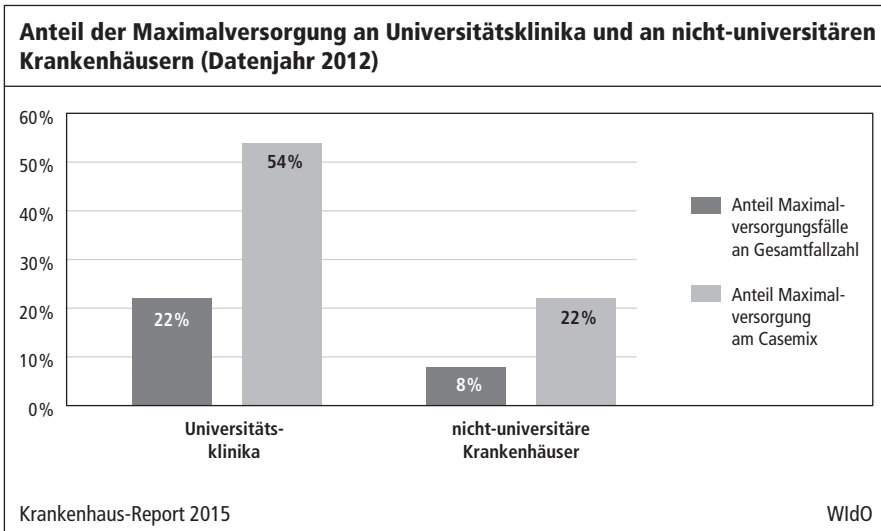
3 Daten 2012 gruppiert im System 2012. Die Auswertungen für die Universitätsklinika erfolgten durch den VUD. Die Auswertungen für die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser erfolgten durch das WiDO, das dazu die § 21-Daten des Statistischen Bundesamtes ausgewertet hat.

4 Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2012.

5 In den Casemix gehen nicht bewertete DRG mit dem Wert „0“ ein. Nicht bewertete Entgelte sind oft der Maximalversorgung zuzuordnen.

6 Der Casemix bildet an sich nur den ökonomischen Behandlungsaufwand ab, nicht die Krankheitschwere. Da beides aber stark miteinander korreliert, wird der Casemix hier als Surrogatparameter für die Erkrankungsschwere verwendet.

Abbildung 7–2



Anteil allerdings 54,3 Prozent. Über die Hälfte der Ressourcen der Universitätsklinika wird also im Bereich der Maximalversorgung eingesetzt.

- Bei den nicht-universitären Kliniken liegt der Anteil der Maximalversorgungsfälle deutlich niedriger bei 7,7 Prozent. Bezogen auf den Casemix entspricht das 21,6 Prozent.
- Bezogen auf den Casemix variiert der Anteil der Maximalversorgung zwischen den 32 Universitätsklinika.⁷ Das Universitätsklinikum mit dem höchsten Maximalversorgungsanteil liegt bei 63,7 Prozent, das mit dem niedrigsten Anteil bei 37,3 Prozent. Der Median liegt bei 54 Prozent und damit sehr nah am gewichteten Mittelwert.

Somit zeigt sich, dass die Universitätsklinika im Vergleich zu den nicht-universitären Krankenhäusern weit überproportional in der Maximalversorgung aktiv sind. Unklar ist, wie sich die Maximalversorgung innerhalb der nicht-universitären Krankenhäuser verteilt. Neben den großen nicht-universitären Maximalversorgern gibt es weitere nicht-universitäre Krankenhäuser, die überdurchschnittlich viele Maximalversorgungsleistungen erbringen. Dazu gehören insbesondere manche Spezialkliniken (z. B. Herzzentren), evtl. auch Schwerpunktkrankenhäuser. Hier war eine nach Bettengrößenklassen oder Krankenhaustypen differenzierte Analyse mit den verfügbaren Daten nicht möglich.

Trotz ihres klaren Schwerpunkts in der Maximalversorgung verfügen die Universitätsklinika über umfangreiche Erfahrung in der Grund- und Regelversorgung. Die Behauptung, dass Universitätsklinika aufgrund ihrer Spezialisierung auf Hochleistungsmedizin mit „Normalpatienten“ nicht mehr umzugehen wüssten und dar-

⁷ Datenjahr 2012, gruppiert im System 2014.

unter die Aus- und Weiterbildung der Ärzte leide, ist regelmäßiger Bestandteil gesundheitspolitischer Diskussionen. Die Daten zeigen, dass diese These einer „Über-Spezialisierung“ der Universitätsklinik nicht stimmt. Drei Viertel der 2012 in Universitätsklinik behandelten Fälle sind der Grund- und Regelversorgung zuzuordnen. Das spiegelt den umfassenden Versorgungsauftrag wider.

Die Hochschulmedizin braucht diese Grund- und Regelversorgungspatienten für Forschung und Lehre. Forschung beschränkt sich nicht nur auf Hochleistungsmedizin und praxisnahe Lehre ist nur mit einem möglichst breiten Patientenspektrum möglich. Gesundheitspolitische Forderungen, wonach die Hochschulmedizin sich ausschließlich auf hoch aufwändige Patienten fokussieren soll und „leichtere“ Patienten in anderen Versorgungsstufen versorgt werden sollen, sind daher mit dem Auftrag der Hochschulmedizin in Forschung und Lehre nicht vereinbar. Aus der rein fiskalischen Perspektive eines Kostenträgers mag eine derartige Spezialisierung sinnvoll erscheinen. Völlig kontraproduktiv wäre sie jedoch für die klinische Forschung, die Ausbildung der Studierenden und die Weiterbildung der Assistenzärzte.

Dazu kommt, dass einige Universitätsklinik vor Ort auch die Funktion des Grundversorgers mit übernehmen, weil es dort kein anderes geeignetes Klinikum gibt oder bestimmte Fachabteilungen nur im Universitätsklinikum vorgehalten werden, z. B. Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Und selbst dort, wo es andere Regelversorger gibt, finden zahlreiche Patienten mit weniger aufwändigen Erkrankungen den Weg in die Universitätsklinik. Gründe dafür können u. a. ein akuter Notfall, eine Einweisung durch den niedergelassenen Arzt, eine Verlegung aus einem anderen Klinikum oder schlicht die freie Wahlentscheidung des Patienten sein.

Unter dem Strich bleibt festzuhalten, dass es für den heutigen Fallmix an Universitätsklinik gute Gründe gibt und kein Anlass besteht, hier massive Umprofilierungen zu fordern oder gar vorzunehmen. Die gesundheitspolitische Debatte zur Rolle der Universitätsklinik ist geprägt von uneinheitlichen, teils gegensätzlichen Erwartungen. Die einen bemängeln heute schon eine zu hohe Spezialisierung der Universitätsklinik, die anderen fordern dagegen eine noch größere Spezialisierung. Die Daten zeigen dagegen ein ausgewogenes Leistungsspektrum, das der besonderen Rolle der Universitätsklinik als Forschungs- und Ausbildungseinrichtung entspricht.

7.3 Überregionale Versorgung

Hinweise darauf, inwieweit Universitätsklinik besondere Versorgungsangebote vorhalten, kann auch eine Analyse der Einzugsgebiete liefern. Unsere Annahme hierbei ist, dass angesichts der hohen Krankenhausdichte in Deutschland bei Anfahrtszeiten der Patienten von über 40 Minuten nicht mehr von einer örtlichen oder regionalen Versorgung ausgegangen werden kann. Die 40 Minuten sind plausibel, denn eine 2012 durchgeführte Analyse der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigte, dass 73,2 Prozent der Bevölkerung in 10 Minuten und 97,5 Pro-

zent in 20 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erreichen konnten.⁸

Es ist daher bei Anfahrtszeiten von über 40 Minuten sehr wahrscheinlich, dass die jeweiligen Patienten eine Vielzahl anderer Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen zur Auswahl gehabt hätten. Die Tatsache, dass sie dennoch ein Universitätsklinikum aufgesucht haben, spricht für ein besonderes, in der Fläche nicht verfügbares Leistungsangebot.

7.3.1 Einzugsgebietsanalyse für Universitätsklinika

Der VUD kann derartige Analysen nicht mit eigenen Daten durchführen, da diese nicht mit Geokodierung vorliegen. Entsprechende Auswertungen wurden deshalb in Kooperation mit der Firma Trinovis erstellt. Trinovis vertreibt ein Marktanalyse-tool, mit dessen Hilfe Einzugsgebiete untersucht werden können. Dadurch konnten für die zehn Universitätsklinika⁹, die dieses Tool nutzen, die in den § 21-Daten des Jahres 2012 hinterlegten Fälle mit den Anreisezeiten der Patienten verknüpft werden. Die Analyse umfasst knapp 560 000 stationäre Fälle.

Für diese Stichprobe zeigt sich, dass gut 25 Prozent der Patienten eine Anfahrtszeit von über 40 Minuten hatten. Legt man 30 Minuten zugrunde, dann steigt der Anteil sogar auf knapp 38 Prozent. Geht man dagegen von einer Stunde Fahrtzeit aus, dann liegt der Anteil immer noch bei knapp 12 Prozent. Das legt nahe, dass 20 bis 30 Prozent der Patienten an Universitätsklinika einen überregionalen Bezug haben. Mangels entsprechender Daten konnte für diese Arbeit nicht untersucht werden, wie sich dies bei nicht-universitären Krankenhäusern verhält.

7.3.2 Einzugsgebiet Maximalversorgung

Legt man die 40 Minuten als Maßstab nur an das oben definierte Segment der Maximalversorgung an, dann beträgt hier der Anteil von Patienten mit entsprechender Anfahrtszeit sogar gut 35 Prozent. Hierzu trägt bspw. der Bereich Organtransplantationen/Abstoßung/Evaluierung bei. Er macht 2,2 Prozent der Maximalversorgungsfälle aus. Davon beträgt der Anteil von Patienten mit einer Fahrzeit von über 40 Minuten 54 Prozent. Weitere Bereiche mit einem auffällig großen Einzugsgebiet stellt Tabelle 7–1 dar.

Daneben gibt es in der Maximalversorgung eine Reihe von Bereichen mit sehr kleinen Fallzahlen, aber hoher überregionaler Ausrichtung. Beispiele dafür sind: Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Epilepsiechirurgie/invasives präoperatives Video-EEG, Neubildungen des Nervensystems, Kinderherzchirurgie und Resezierende Eingriffe.

⁸ Krankenhaus-Report 2012, Seite 4.

⁹ Aachen, Dresden, Düsseldorf, Hamburg, Heidelberg, Mainz, Regensburg, Saarland, Tübingen und Würzburg.

Tabelle 7–1

Leistungen der Maximalversorgung an Universitätskliniken mit überregionaler Bedeutung

Bereich	Anteil an Maximalversorgungsfällen	davon Patientenanteil mit einer Fahrzeit über 40 Minuten
Organtransplantationen/Abstoßung/Evaluierung	2,2 Prozent	54 Prozent
Augenheilkunde	13,8 Prozent	44 Prozent
Hochwertige Prothesen für das Gehör	0,6 Prozent	53 Prozent
Große Eingriffe am Verdauungssystem	2,4 Prozent	51 Prozent
Endokrinologische Chirurgie	1 Prozent	50 Prozent
Stammzell-Transplantationen, KMT, Entnahmen	2,5 Prozent	53 Prozent

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

7

7.3.3 Einzugsgebiet Regelversorgung

Interessanterweise beträgt auch bei den Regelversorgungsfällen der Anteil der Patienten mit über 40 Minuten Anfahrtszeit noch knapp 23 Prozent. Tabelle 7–2 weist auffällige Bereiche aus.

Zu den beiden vorangegangenen Tabellen ist anzumerken, dass hinter den medizinischen Kategorien (z. B. Augenheilkunde) in der jeweiligen Tabelle immer nur der Anteil der Leistungen betrachtet wird, der nach der Definition des VUD jeweils auf die Maximal- bzw. auf die Regelversorgung entfällt. So erklärt sich, dass manche

Tabelle 7–2

Leistungen der Regelversorgung an Universitätskliniken mit überregionaler Bedeutung

Bereich	Anteil an Regelversorgungsfällen	davon Patientenanteil mit einer Fahrzeit über 40 Minuten
Augenheilkunde	5,7 Prozent	38 Prozent
Große Eingriffe am Verdauungssystem	1,3 Prozent	34 Prozent
Endoskopische Verfahren, vor allem die komplexe therapeutische ERCP	1,8 Prozent	30 Prozent
Sonstige rheumatologische Erkrankungen	1 Prozent	31 Prozent
Bösartige Neubildung Bindegewebe, Frakturen	0,5 Prozent	40 Prozent
Eingriffe Wirbelsäule	2 Prozent	30 Prozent
Dermatologie/Brusterkrankungen, vor allem Gewebe-/ Hauttransplantationen	5,6 Prozent	30 Prozent
Urologische Chirurgie	4 Prozent	32 Prozent
Andere hämatologische Behandlungen, vor allem Lymphom/Leukämie	2,4 Prozent	32 Prozent

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

medizinischen Kategorien (z. B. Augenheilkunde, Große Eingriffe am Verdauungssystem) in beiden Tabellen vorkommen.

Für die auffälligen Regelversorgungsbereiche kann es verschiedene Ursachen geben. In der Augenheilkunde gibt es entsprechende Fachabteilungen nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern. Hier müssen Patienten generell auch im Bereich der Regelversorgung weiter fahren. Gleiches gilt für andere kleine Fächer wie die Dermatologie oder Urologie.

Möglicherweise landen aber auch einige besonders schwere oder komplexe Fallkonstellationen in Regelversorgungs-DRG, weil sie in der DRG-Klassifikation nicht gesondert erfasst und damit nicht sichtbar werden. Sehr auffällig ist etwa, dass bei den großen Eingriffen am Verdauungssystem die Patienten aus einer größeren Entfernung kommen, obwohl die Dichte der Leistungserbringer in diesem Bereich sehr hoch ist. Für einen relevanten Teil dieser Fälle ist zumindest zu vermuten, dass hier komplizierende Konstellationen vorliegen. Möglicherweise könnte eine differenzierte Analyse der ICD-Kodes in Verbindung mit Nebendiagnosen zusätzliche Erkenntnisse bringen, ob es hier besondere Fallkonstellationen gibt, aufgrund derer die Patienten dann letztlich doch das weiter entfernte Universitätsklinikum aufsuchen.

7.3.4 Überregionales Profil der Universitätsklinik

Somit zeigt die Stichprobenanalyse des VUD besonders bei den elektiven Leistungen der Universitätsklinik ein starkes überregionales Profil. In der Maximalversorgung ist dies ausgeprägter als in der Regelversorgung. Dieser Befund wird auch durch eine Analyse der Patientenwege von stationär versorgten AOK-Patienten bestätigt. Untersucht wurde hierzu die Frage, ob innerhalb einzelner DRG (z. B. Prostataresektion) die Anfahrtswege der Patienten im Median bei Universitätsklinik länger sind als bei nicht-universitären Krankenhäusern. Herausgefiltert wurden die DRG, bei denen der Anfahrtsweg im Median bei Universitätsklinik um mindestens 50 bzw. 75 Prozent über dem Vergleichswert für nicht-universitäre Krankenhäuser lag.

Im Ergebnis zeigte sich, dass für 21,2 Prozent der AOK-Fälle in DRGs der Maximalversorgung gilt, dass innerhalb der jeweiligen DRG der Median der Patientenwege bei Universitätsklinik mindestens 50 Prozent höher liegt als bei nicht-universitären Krankenhäusern. Für Regelversorgungsfälle liegt dieser Anteil immerhin noch bei 19,1 Prozent. Um mindestens 75 Prozent weitere Patientenwege weisen Universitätskliniken immerhin noch für 7,8 Prozent der Maximalversorgungsfälle bzw. 5,2 Prozent der Regelversorgungsfälle auf (siehe Tabelle 7–3).

Warum haben Universitätsklinik einen größeren Anteil von Patienten, die relativ lange Anfahrtswege in Kauf nehmen? Zu einem Teil ist dies sicher auf Behandlungen zurückzuführen, die selten und komplex sind und daher fast ausschließlich an Universitätsklinik angeboten werden, etwa Transplantationen oder Kinderherzchirurgie. Daneben gibt es Bereiche wie die Augenheilkunde, bei denen entsprechende Fachabteilungen nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern existieren.

Zudem gibt es Bereiche wie die Neubildungen oder die Eingriffe am Verdauungssystem. Hier gibt es eine große Dichte von Leistungserbringern. Trotzdem ist bei den Universitätsklinik in diesen Leistungsbereichen der Anteil der Patienten

Tabelle 7-3

Fallzahlanteile von DRG, die im Median mindestens um 50 bzw. 75 Prozent längere Anfahrtswege für Universitätsklinika aufweisen*

Median der Patientenwege in Universitätskliniken erhöht um mehr als	Fallzahlanteil der DRG mit entsprechend längeren Anfahrtswegen bei Patienten der Universitätsklinika, untergliedert nach	
	Maximalversorgung	Regelversorgung
50 %	21,2 %	19,1 %
75 %	7,8 %	5,2 %

*im Vergleich zu anderen Krankenhäusern

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

7

mit längeren Anfahrtszeiten vergleichsweise hoch. Gerade für solche Bereiche liegt die Vermutung nahe, dass es an den Universitätsklinika für ungewöhnliche, seltene und komplexe Krankheitsbilder eine besondere Expertise gibt, die von den Patienten bzw. den Einweisern überregional stark nachgefragt wird. Hierzu waren mit den verfügbaren Daten leider keine weiterführenden Analysen möglich. Die DRG-Klassifikation allein ist hierfür nicht differenziert genug. Das wird weiter unten am Beispiel der Seltenen Erkrankungen verdeutlicht.

7.3.5 Verlegungsanalyse nach Bettengrößenklassen

Ein weiteres Indiz für die Vorhaltung besonderer Versorgungsangebote mit überregionaler Bedeutung an Universitätsklinika liefert die Analyse von Verlegungen nach Bettengrößenklassen (siehe Tabelle 7-4). Hierzu wurden die voll- und teilstationären Fälle der AOK aus dem Jahr 2012 ausgewertet.¹⁰ Es fällt auf, dass Universitätsklinika einen höheren Anteil an Fällen mit Aufnahme- oder „Aufnahme- und Entlassungs“-Verlegung¹¹ als andere große Krankenhäuser haben. Lag etwa der Anteil aufnahmeverlegter Fälle bei Krankenhäusern mit mehr als 1 000 Betten nur bei 2,8 Prozent, so betrug er bei den Universitätsklinika 4,4 Prozent. Dies spricht für die Hypothese, wonach Universitätsklinika in besonderem Maße anspruchsvolle Fälle zuverlegt bekommen, die andernorts nicht adäquat versorgt werden können. Höhere Anteile bei zuverlegten Patienten erreichen nur kleine Spezialkrankenhäuser mit weniger als 100 Betten.

10 Verlegungen wurden so identifiziert, dass auf Existenz einer Entlassung (t-24h) bzw. Aufnahme (t+24h) desselben Versicherten in einem anderen Krankenhaus geprüft wurde. Verlegungen im selben Haus zwischen DRG- und PsychPV-Bereich gehen nicht ein. Die ermittelten Verlegungen enthalten aber Bereichswechsel zwischen DRG- und PsychPV-Bereich bei IK-Wechsel. Quelle: WIdO.

11 Fälle, die erst von einem anderen Krankenhaus zur Behandlung an das Universitätsklinikum verlegt und dann vom Universitätsklinikum nach der Behandlung wieder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden.

Tabelle 7–4

Verlegungsstatistik nach Bettengrößenklassen

Bettengröße	Anteil Fälle mit ...		
	Aufnahmeverlegung	Entlassverlegung	Aufnahme- und Entlassverlegung
unter 50 Betten	7,2 %	2,5 %	1,2 %
50 bis unter 100 Betten	7,1 %	3,8 %	0,9 %
100 bis unter 200 Betten	4,3 %	4,3 %	0,6 %
200 bis unter 500 Betten	2,6 %	3,6 %	0,4 %
500 bis unter 1.000 Betten	2,8 %	2,6 %	0,4 %
über 1.000 Betten	2,8 %	1,9 %	0,4 %
Universitätskliniken	4,4 %	2,7 %	0,7 %
Gesamt	3,2 %	3,2 %	0,4 %

Krankenhaus-Report 2015

Wido

7.4 Seltene Erkrankungen

Ein besonders überregional geprägtes Thema ist die Versorgung Seltener Erkrankungen.¹² Die je nach Klassifizierung sieben- bis achttausend Seltenen Erkrankungen sind zu 80 Prozent genetisch bedingt und bilden eine heterogene Gruppe von vornehmlich komplexen Krankheitsbildern. In den meisten Fällen verlaufen die Krankheiten schwerwiegend und chronisch.

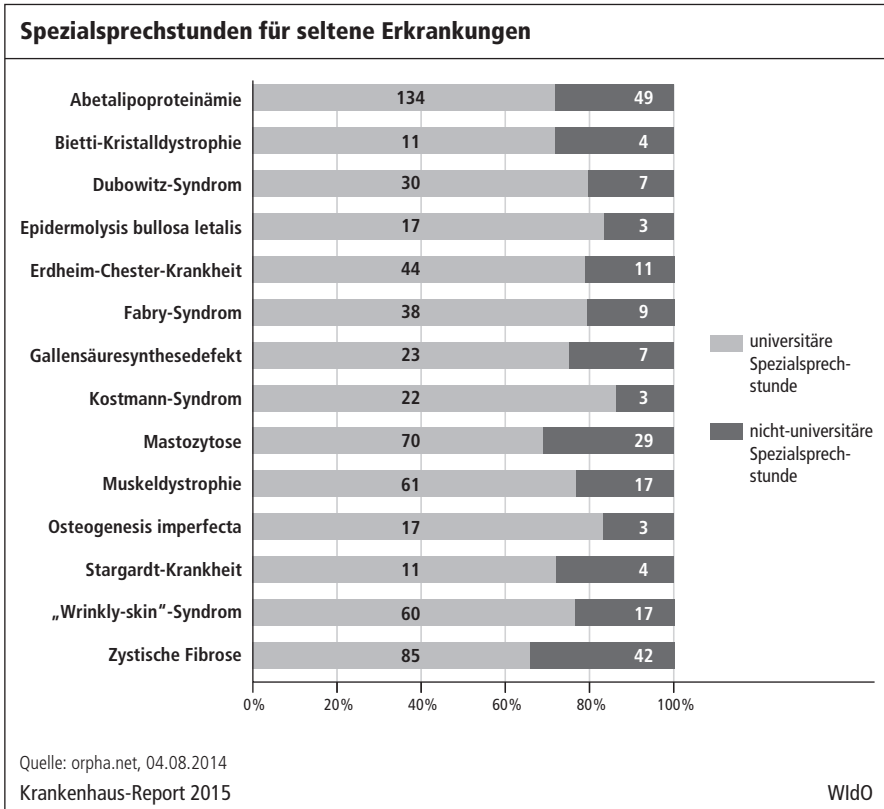
Betroffene Patienten sind oft auf eine hochspezialisierte Behandlung und eine aufwendige Spezialdiagnostik angewiesen. Dafür braucht es in der Regel ein mit der Erkrankung erfahrendes interdisziplinäres und multiprofessionelles Behandlungsteam. Eine qualifizierte Versorgung am Wohnort ist in vielen Fällen nicht möglich. Wegen der kleinen Fallzahlen und der notwendigen Spezialisierung findet sich die entsprechende Expertise oftmals nur an Universitätskliniken. Zudem ist für die Behandlung dieser Patienten die Forschung an Universitätskliniken von herausragender Bedeutung, weil wegen der kleinen Fallzahlen häufig keine Standardtherapie existiert.

Der überregionale Charakter dieser Versorgungsangebote lässt sich mit den § 21-Daten nicht abbilden. Für viele Seltene Erkrankungen ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen (ICD-10) zu wenig differenziert, sodass eine spezifische Kodierung nicht möglich ist. Zudem werden diese Patienten nicht immer stationär, sondern oft auch in den Hochschulambulanzen versorgt.

Für die Analyse der Versorgungsrolle der Universitätskliniken wurde daher auf die Orphanet-Datenbank zurückgegriffen. Orphanet ist ein im Internet öffentlich zugängliches Referenz-Portal für Informationen über Seltene Krankheiten und Or-

¹² Wenn nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen in der Europäischen Union von einer Krankheit betroffen sind, gilt diese Krankheit als selten (Quelle: Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland. Studie im Auftrag des BMG, 09. Juni 2009).

Abbildung 7–3



phan Drugs. Dort findet sich u. a. ein Verzeichnis entsprechender Spezialsprechstunden. Zum Beispiel bieten laut Orphanet die Universitätsklinika in Deutschland 134 von 183 Spezialsprechstunden für Abetalipoproteinämie¹³ und 22 von 25 Spezialsprechstunden für das Kostmann-Syndrom¹⁴ an. Das gleiche Muster zeigt sich bei anderen Seltenen Erkrankungen (siehe Abbildung 7–3). Manche Erkrankungen sind so selten, dass auch unter den Universitätsklinika nicht alle eine Sprechstunde anbieten.

Generell liegt der Anteil der Universitätsklinika an den angebotenen Spezialsprechstunden jeweils zwischen 70 und 90 Prozent. Zwar stehen hier keine Fallzahlen zur Verfügung. Es liegt aber nahe, dass die Universitätsklinika für die Sicherstellung der Versorgung bei Seltenen Erkrankungen eine noch weitaus größere Rolle spielen als im Bereich der Maximalversorgung. Knapp ein Viertel der Maximalversorgungsfälle in Deutschland wird an Universitätsklinika behandelt (siehe oben).

¹³ Besondere Art von Fettstoffwechselstörung.

¹⁴ Immunerkrankung.

Das Beispiel der Seltene Erkrankungen macht besonders deutlich, dass die forschungsgeprägten Strukturen der Universitätsklinik auch für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind. Das Gesundheitssystem braucht Einrichtungen, in denen sich ein breites Spektrum von wissenschaftlich orientierten Spezialisten im Team um unbekannte, ungewöhnliche oder besonders komplexe Krankheitsbilder kümmert.

7.5 Notfallversorgung

Eine völlig andere Situation besteht in der Notfallversorgung. Sie ist zeitkritisch und somit zwangsläufig eher örtlich oder regional geprägt. Die verfügbaren § 21-Daten erlauben hierzu keine aussagekräftigen Analysen, da Notfälle medizinisch nicht eindeutig definiert sind und sich daher im Datensatz nicht klar abgrenzen lassen. Für Aussagen zur Rolle der Universitätsklinik in der Notfallversorgung wird deshalb auf die im Juli 2014 von der Selbstverwaltung veröffentlichte Studie zur Mengenentwicklung im Krankenhaussektor zurückgegriffen.¹⁵ Dort wurden anhand von drei Kriterien Fallkollektive abgegrenzt, die überwiegend durch Notfälle geprägt sind. Dadurch wurde es erstmals möglich, das Verhältnis von Notfällen zu elektiven Fällen auf der Ebene einzelner Krankenhäuser abzubilden.

Aus der Studie lassen sich folgende Befunde ableiten:

- Die Universitätsklinik spielen über das gesamte Notfallspektrum eine tragende Rolle für die Sicherstellung der Notfallversorgung in ihrer jeweiligen Region.
- Dieser Beitrag wächst im Zeitablauf überproportional zu nicht-universitären Krankenhäusern. Von 2007 bis 2012 ist die Zahl der Notfälle in Universitätsklinik jährlich um 4,1 Prozent gestiegen, in nicht-universitären Krankenhäusern dagegen nur um 1,8 Prozent.¹⁶
- Dennoch ist der Anteil der Notfälle an der Gesamtfallzahl in nicht-universitären Krankenhäusern im Durchschnitt höher als in Universitätsklinik. Die nicht-universitären Krankenhäuser hatten 2012 (2007) einen Notfallanteil von 40,8 Prozent (40 Prozent), Universitätsklinik dagegen von 31,5 Prozent (30 Prozent).
- Der niedrigere Notfallanteil in Universitätsklinik ist nach Einschätzung der Autoren durch das besondere Leistungsspektrum von Universitätskliniken zu erklären. Universitätsklinik erbrachten demnach bestimmte elektive Leistungen besonders häufig, z. B. im Bereich der Neubildungen. Neubildungen machten 18,2 Prozent aller Fälle in Universitätsklinik aus, in Nicht-Universitätskliniken sind es nur 9,7 Prozent. Allein dieser überproportional hohe Versorgungsanteil bei den Neubildungen erkläre bereits die Differenz der Notfallanteile.¹⁷
- Das Notfallversorgungsangebot von Universitätsklinik ist also keineswegs kleiner als bei vergleichbaren nicht-universitären Krankenhäusern. Universitätsklinik spie-

15 Schreyögg J, Bäuml T, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Juli 2014.

16 Schreyögg et al. 2014, Seite 71.

17 Schreyögg et al. 2014, Seite 71.

len aber offensichtlich in Teilen der elektiven Versorgung, etwa der Onkologie, eine besonders starke Rolle.

Dieser Befund deckt sich mit dem Ergebnis der oben dargestellten Einzugsgebietsanalysen, die für Teile des elektiven Leistungssegments, darunter die Onkologie, eine überregionale Rolle der Universitätsklinik aufzeigen. Hier haben Universitätskliniken wahrscheinlich einen überproportional hohen Anteil an der Versorgung.

7.6 Schlussfolgerungen und politischer Handlungsbedarf

7

Die vorangegangenen Analysen legen nahe, dass die Universitätsklinik in der deutschen Versorgungslandschaft eine besondere Rolle spielen. In der Krankenversorgung adressieren sie offensichtlich Versorgungsbedarfe, die andernorts nicht oder nicht in gleicher Weise bedient werden können.

Erstaunlich ist, dass dieser relativ klare Befund trotz der eher rudimentären Datenbasis möglich ist. Gleichwohl können die hier zugrunde gelegten Analysen keine wissenschaftliche Untersuchung ersetzen. Differenziertere Analysen wären wünschenswert, um die Ergebnisse kritisch zu überprüfen, bestehende Unterschiede zwischen den Krankenhäusern weiter zu konkretisieren und eindeutigere Interpretationen zu ermöglichen.

In den dargestellten Einzugsgebietsanalysen finden sich deutliche Hinweise, dass Universitätskliniken in vielen Leistungsbereichen faktisch als überregionale Zentren fungieren. Das gilt nicht für das gesamte medizinische Leistungsspektrum, aber doch für einen beachtlichen Anteil: Mindestens 20 Prozent der Patienten haben einen vergleichsweise überregionalen Bezug. Bei den seltenen Erkrankungen dürfte dieser Anteil noch weitaus höher liegen. Zudem wächst die Bedeutung der Universitätsklinik für die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung.

Die verfügbaren Daten legen zudem eine Sonderrolle der Hochschulmedizin auch in der Krankenversorgung nahe. Um dies herauszuarbeiten, wurde auf indirekte Indikatoren ausgewichen, etwa die Maximalversorgungsanteile, das Einzugsgebiet für bestimmte DRG oder die Zahl von Sprechstunden für Seltene Erkrankungen.

Trotz der erheblichen Limitationen bei den verfügbaren Daten belegen schon die notgedrungen eher groben Analysen die große Bedeutung der Hochschulmedizin für die Sicherstellung der Versorgung insbesondere von Schwerstkranken. Zudem zeigt das Beispiel der Seltenen Erkrankungen: Für komplexe medizinische Herausforderungen, die eher kleine Patientenpopulationen betreffen, bilden sich Behandlungsangebote vorzugsweise forschungsnah in einem wissenschaftlichen Kontext heraus. Nicht-universitäre Krankenhäuser sind hier weitaus weniger präsent.

Die wissenschaftliche Prägung der Krankenversorgung findet fast ausschließlich an oder mit Hilfe der Hochschulmedizin statt. Universitätskliniken sind eben nicht nur große Krankenhäuser der Maximalversorgung, sondern bieten darüber hinaus einen institutionalisierten wissenschaftlichen Versorgungskontext. Krankenkassen und Gesundheitspolitik müssen ihren Teil dazu beitragen, dass Universitäts-

klinika diese wissenschaftsorientierten Versorgungsangebote machen können. Dabei geht es nicht um die Förderung von Forschung, sondern von Leistungsangeboten in der Patientenversorgung, die ohne universitären Überbau wohl gar nicht oder zumindest nicht in gleicher Qualität möglich wären.

Welche politischen Implikationen ergeben sich aus diesen Erkenntnissen? Ein wesentliches Ziel von Strukturreformen im Krankenhaussektor sollte die Konzentration komplexer medizinischer Versorgung in Zentren sein. Die Universitätsklinik fungieren offensichtlich bereits heute in vielen komplexen Leistungsbereichen als Zentren mit einer relativ weiten räumlichen Ausstrahlung. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen werden dieser Versorgungsrealität allerdings nicht gerecht. Notwendig ist daher, diese Zentrumsfunktion mit regulatorischen Instrumenten sichtbar zu machen, gezielt zu fördern und dadurch die Konzentration der Versorgung weiter zu forcieren. Derzeit fehlen dafür sowohl in der Versorgungsplanung als auch im Finanzierungsrecht praxistaugliche Instrumente.

Hilfreich wäre es, den bereits heute im Krankenhausfinanzierungsrecht verankerten Zentrumszuschlag konkreter auf die besonderen Strukturen, Aufgaben und Prozesse von Zentren, nicht nur an Universitätskliniken, zuzuschneiden. Das setzt eine klare Definition des Zentrumsbegriffs voraus. Hier müssen anspruchsvolle Voraussetzungen definiert werden, um einer Inflation vermeintlicher Zentren vorzubeugen. Folgende Kriterien könnten hierbei als Anknüpfungspunkte dienen:

- Existenz einer abteilungsübergreifenden, interdisziplinären Organisationsstruktur
- Erkrankungübergreifender Fokus
- Vernetzung mit anderen Leistungserbringern
- Überörtliche Aufgaben und Präsenz
- Enge Anbindung an die medizinische Forschung

Darüber hinaus sollte das Zentrumskonzept dringend auf die ambulante Versorgung erweitert werden. Komplexe medizinische Fragestellungen, bspw. in der Onkologie, können immer öfter zumindest in Teilen ambulant bearbeitet werden. Allerdings braucht es hierfür in aller Regel die Ressourcen des Krankenhauses und eine enge Verknüpfung mit der stationären Versorgung. Ein modernes Verständnis medizinischer Zentren sollte daher die ambulante Versorgung einschließen.

This page intentionally left blank

8 Strukturwandel aus Patientensperspektive

Max Geraedts und Werner de Cruppé

Abstract

Strukturwandel im Krankenhaussektor wird von Patienten zumeist als Einschränkung des Wahlangebots wahrgenommen, die oft mit einer längeren Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus einhergeht. Ob Patienten diesen Aspekt überhaupt für wichtig erachten, ob also die Nähe zum Wohnort als Auswahlkriterium für Krankenhäuser eine wichtige Rolle spielt, wird zum einen auf der Basis der internationalen Literatur und von Befragungsstudien aus Deutschland und zum anderen mit Hilfe von Sekundärdaten der AOK untersucht. Dabei zeigt sich, dass Patienten wohnortnahe Krankenhäuser zwar zumeist bevorzugen, jedoch ein Großteil der Patienten bei erhöhtem Behandlungsrisiko auch weitere Wege in Kauf nimmt. Abhängig vom Patientenalter und der Dringlichkeit und Art des Eingriffs wählen Patienten nur zu 38–60% das jeweils nächste Krankenhaus. Eine Verdopplung der Fahrzeit im Vergleich zum nächstgelegenen Krankenhaus nehmen je nach Eingriffsart sogar 14–34% der Patienten in Kauf. Andere Faktoren als die Nähe, vor allem die eigene Erfahrung mit einem Krankenhaus und dessen Ruf und Ausstattung, sind für viele Patienten bei der Krankenhauswahl wichtiger. Inwieweit ein breitflächiger Strukturwandel diese patientenorientierten Wahlkriterien beeinflusst, bleibt abzuwarten.

For patients, structural changes in the hospital sector primarily imply decreasing choice and a longer travel time to the closest hospital. Whether patients consider the proximity of a hospital to their home as important is examined on the basis of a literature analysis, the results of surveys from Germany and by analysing hospital discharge data of the AOK, a health care fund that covers 30% of Germany's population. The results show that patients usually prefer the hospitals closest to home, but with increased treatment risks are willing to accept farther distances. Depending on patients' age, the specific procedure and its urgency, only 38–60% of patients choose the closest hospital, whereas 14–34% accept a doubling of travel time compared to the nearest hospital. For many patients, criteria other than proximity, such as their own experience with a hospital, its reputation and equipment are more important in their choice of a hospital. It remains to be seen to what extent broad structural changes of the hospital market might have an impact on patient's criteria for selecting a hospital.

8.1 Einführung

Wenn ein Krankenhaus geschlossen werden soll, firmiert sich regelhaft bald ein Protestforum aus Bürgern, betroffenen Mitarbeitern und Lokalpolitikern, die für den Erhalt „ihres“ lokalen Krankenhauses demonstrieren. Aus der Perspektive jedes einzelnen Akteurs ist die Reaktion sicherlich verständlich, stehen doch die ortsnahe Versorgung, Arbeitsplätze und die Wählergunst auf dem Spiel. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems kann jedoch hinterfragt werden, ob der Erhalt jedes Krankenhauses bzw. jeder Fachabteilung einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, das Gesamtziel des Gesundheitssystems zu erreichen. In Ermangelung einer allgemein gültigen Zieldefinition für das deutsche Gesundheitssystem kann hilfsweise auf diejenigen Ziele zurückgegriffen werden, die von der Weltgesundheitsorganisation (Murray und Frenk 2000) und dem US-amerikanischen Institute of Medicine (2001) genannt und international akzeptiert werden: Demnach sollten Gesundheitssysteme zunächst die Gesundheit der Bevölkerung fördern, am Bedarf der Patienten orientiert und gerecht finanziert sein. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Gesundheitsversorgung sicher, effektiv und effizient erbracht wird.

Nun stellt sich die Frage, ob ein Strukturwandel im Krankenhaussektor eher positive oder eher negative Effekte auf das Erreichen dieser Ziele ausübt. Im Kontext des deutschen Gesundheitssystems wird unter dem Begriff Strukturwandel jedoch nicht jede mögliche Veränderungsform verstanden, wie beispielsweise eine Entwicklung in Richtung auf eine am konkreten Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte, möglichst flächendeckende, abgestufte stationäre Versorgung, die darauf zielt, dass Patienten immer am richtigen Ort von den richtigen Spezialisten richtig behandelt werden. Stattdessen wird hierunter typischerweise nur die Schließung objektiv oder vermeintlich ineffizienter (Über-)Kapazitäten verstanden.

Aus der Perspektive der Patienten bedeutet Strukturwandel damit nicht zuallererst die Hoffnung, dass sich die Qualität der stationären Versorgung verbessert, sondern dass das Wahlangebot eingeschränkt wird, wobei unklar ist, ob dabei sekundär mit einem Zugewinn an Qualität zu rechnen ist. Die Einschränkung des Wahlangebots geht zumindest theoretisch oftmals damit einher, dass sich die Fahrzeiten zum Krankenhaus verlängern oder aber das gewohnte Krankenhaus, mit dem bereits persönliche Erfahrungen gemacht wurden, kann nicht mehr genutzt werden.

Aber sind diese Auswirkungen eines Strukturwandels für Patienten überhaupt von Bedeutung? Spielt der Faktor „Nähe“ bei der Wahl eines Krankenhauses überhaupt eine Rolle? Und wie sieht es mit den persönlichen Erfahrungen aus: Inwiefern nutzen Patienten diese bei der Krankenhauswahl?

Mit der Beantwortung genau dieser Fragen beschäftigen sich die folgenden Abschnitte. Dazu wird zunächst eine kurze Übersicht der internationalen Literatur gegeben, anschließend werden empirische Befunde zur Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen auf der Basis von Befragungen angeführt und zuletzt die tatsächliche Inanspruchnahme des jeweils nächsten Krankenhauses in Deutschland mithilfe von AOK-Daten analysiert.

8.2 Forschungsstand zum Faktor „Nähe“ als Auswahlkriterium für Krankenhäuser

In einer Literaturanalyse für die Bertelsmann-Stiftung fasste Schaeffer (2006) den Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus zusammen: In Bezug auf die Präferenzen von Patienten konstatierte sie, dass Patienten nach wie vor Krankenhäuser in Wohnortnähe bevorzugen, die verkehrstechnisch gut angebunden sind.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch Victoor et al. (2012), die ebenfalls eine Literaturanalyse zu den Determinanten der Auswahl medizinischer Leistungserbringer durch Patienten vorgelegt haben. In immerhin 50 von insgesamt 118 als relevant beurteilten Studien wurde der Faktor „Distanz“ oder „günstiger Ort“ in der Form diskutiert, dass Patienten im Allgemeinen nahe gelegene Leistungserbringer präferieren und lange Fahrstrecken vermeiden.

Die Präferenz für die Nähe wird jedoch deutlich vom erwarteten Ergebnis der Behandlung und weiteren Faktoren wie dem Alter der Patienten, der Sozialschicht und der Komplexität durchzuführender Prozeduren beeinflusst. In einer Studie aus Japan untersuchten Yamamoto und Fushimi (2009) anhand von mehr als 500 000 Krankenhausfällen den Zusammenhang zwischen verschiedenen Patientencharakteristika und der Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort der Patienten. Als wesentliches Ergebnis stellten die Autoren fest, dass komplexe Operationen am Herzen sowie orthopädische Operationen in Krankenhäusern durchgeführt wurden, die 1,7-fach weiter vom Wohnort entfernt waren als die Krankenhäuser, die für andere Operationen genutzt wurden. Zudem wurden ältere Patienten eher in näher gelegenen Krankenhäusern behandelt.

Verschiedene Autoren haben versucht, den Abwägungsprozess zwischen der Nähe und den Ergebniserwartungen genauer zu untersuchen. Chang et al. (2004) stellten Eltern in einem hypothetischen Szenario vor die Wahl zwischen einem örtlichen Krankenhaus und einem regionalen Zentrum für den Fall, dass ihr Kind eine Herzoperation bräuchte. Dabei variierten die Autoren die Distanz zum Zentrum und die Sterblichkeit bei der Operation. Bei einer Fahrzeit zum Zentrum von zwei Stunden und einer vergleichbaren Sterblichkeit von 3 % sowohl im Zentrum als auch im wohnortnahen Krankenhaus bevorzugten 82,5 % der Eltern das wohnortnahe Krankenhaus für ihr Kind. Dagegen sank dieser Anteil auf 9,7 % bei einer angenommenen Sterblichkeit von 18 % im wohnortnahen Krankenhaus im Vergleich zu 3 % im Zentrum.

Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Landau et al. (2013) bei einer Befragung von kanadischen Patienten, die an einem noch nicht operationsbedürftigen Bauchaortenaneurysma litten. Vor die Wahl gestellt, sich entweder einer Operation in ihrem wohnortnahen Krankenhaus oder in einem spezialisierten Gefäßzentrum bei vergleichbarer Mortalität zu unterziehen, wählten 56 % der Patienten das wohnortnahe, die restlichen 44 % der Patienten das spezialisierte und entferntere Krankenhaus. Nur 9 % der Patienten in dieser Studie waren bereit, ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zu tragen, während 91 % der Patienten das spezialisierte Krankenhaus bevorzugten, wenn das wohnortnahe Krankenhaus ein höheres Sterblichkeitsrisiko aufwies.

Eine Gruppe von Patienten, die selbst bei einer starken Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos weiterhin ein örtliches Krankenhaus im Vergleich zu einem speziali-

sierten, weiter entfernten Krankenhaus bevorzugt, identifizierten bereits auch Shackley et al. (2001) und Finlayson et al. (1999) in ihren Studien. Für die von Shackley et al. untersuchte Gruppe von Patienten aus Großbritannien, die sich in gefäßmedizinischen Ambulanzen zweier Krankenhäuser vorgestellt hatten, betrug der Anteil Patienten mit einer konsistenten Präferenz für das wohnortnahe Krankenhaus 45 %, während dieser Anteil in der in Vermont, USA, durchgeführten Studie von Finlayson et al. rund 18 % betrug, wobei ein Szenario vorgestellt wurde, bei dem es um die Krankenhauswahl zur Behandlung eines resezierbaren Pankreastumors ging.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Patienten wohnortnahe Krankenhäuser zwar bevorzugen, jedoch ein Großteil der Patienten bei erhöhtem Behandlungsrisiko auch weitere Wege in Kauf nehmen würde. Eine Minderheit der Patienten scheint aber bereit zu sein, auch erhöhte Risiken zu tragen, um weiterhin wohnortnah behandelt werden zu können.

8.3 Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen – empirische Befunde auf der Basis von Patientenbefragungen

Die bisher aufgeführte Literatur umfasst keine Erkenntnisse von Patienten aus Deutschland. Daher sollen hier kurzgefasst Studien der Autoren berichtet werden, in denen Patienten bzw. Versicherte aus Deutschland zu ihren Präferenzen für die Auswahl von Krankenhäusern im Allgemeinen und speziell auch zum Aspekt der Nähe als Entscheidungskriterium befragt wurden.

In einer ersten Studie wurden konsekutiv 50 Patienten, die in vier allgemeinmedizinischen Praxen in Köln, Wuppertal, Düsseldorf und Duisburg auf ihre Behandlung warteten, zur Relevanz von insgesamt 29 Kriterien zur Krankenhauswahl befragt. Der Faktor Nähe zum Wohnort erhielt bei einer Skala von 1 bis 6 (Schulnoten) eine mittlere Relevanz von 2,49, womit dieser Faktor an 18. Stelle kam. Wesentlich bedeutsamer für die Patienten waren u. a. die Qualifikation und Freundlichkeit der Ärzte und Pflegekräfte, die Ausstattung der Krankenhäuser und Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhaus (Geraedts et al. 2007).

Diese Erkenntnisse werden durch eine noch in der Auswertungsphase befindliche umfangreiche Befragungsstudie zum Krankenhauswahlverhalten bestätigt (BMBF Förderkennzeichen 01GX1047) (de Cruppé et al. 2013). An dieser Befragung nahmen in den Jahren 2012 und 2013 bei einer Teilnehmerate von 80 % insgesamt 1925 Patienten teil, die in 46 Fachabteilungen aus 17 Krankenhäusern rekrutiert worden waren. In jeder Abteilung wurde eine Zufallsstichprobe konsekutiv aufgenommener vollstationärer Patienten befragt. Die ausgewählten Abteilungen repräsentieren die elf aufnahmestärksten Fachgebiete in Deutschland, die insgesamt 92 % aller stationären Aufnahmen in Deutschland versorgen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO, Geriatrie).

Die vorläufigen Ergebnisse in Bezug auf die Nähe als Auswahlkriterium für Krankenhäuser lassen sich wie folgt zusammenfassen: Unter 18 explizit benannten

Auswahlkriterien gaben 19% der Befragten an, dass es für sie wichtig war, wie weit das Krankenhaus vom Zuhause entfernt ist. Wichtigere Auswahlkriterien waren unter anderen die eigenen Erfahrungen mit dem Krankenhaus bei früheren Aufenthalten (für 48% der Befragten), die Empfehlung dieses Krankenhauses durch den behandelnden Haus- oder Facharzt (25%) oder ob das Krankenhaus einen guten Ruf hat (22%). Ebenfalls von großer Bedeutung waren die Kriterien, ob Freunde, Bekannte oder Familienangehörige das Krankenhaus empfehlen (16%) oder ob sich die Krankenhausärzte für die Patienten genug Zeit nehmen (11%).

Die Studie bestätigt darüber hinaus die überaus gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland für den Großteil der stationär versorgten Patienten: Die durchschnittlich zurückgelegte Fahrzeit bis zum aktuell gewählten Krankenhaus gaben die Befragten mit 21 Minuten an, wobei 78% der Patienten das Krankenhaus mit dem Auto und 17% mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufsuchten. Zudem kann konstatiert werden, dass nicht alle Patienten das jeweils nächste Krankenhaus wählen: Rund 35% der Patienten gaben an, dass ein für sie näheres Krankenhaus existiere, dass die aktuell in Anspruch genommene Behandlung auch durchführt. Jedoch wurde dieses aus unterschiedlichsten Gründen nicht ausgewählt, wobei vor allem die eigenen oder Erfahrungen anderer, der Ruf des Krankenhauses und dessen Ausstattung als Ablehnungsgründe benannt wurden.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam eine frühere Befragung, die nicht an Patienten im Praxiswartezimmer oder Krankenhaus, sondern an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 1 524 Versicherten im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung durchgeführt wurde (Geraedts 2006). Auch hier wurden den Befragten Kriterien zur Auswahl von Krankenhäusern vorgegeben, die sie nach der Relevanz beurteilen sollten. Das Kriterium „Erreichbarkeit der Klinik mit dem Auto und öffentlichen Verkehrsmitteln“ wurde zwar von 72% der Befragten als wichtig erachtet, erhielt aber im Vergleich nur den 24. Rangplatz bei insgesamt 33 vorgegebenen Auswahlkriterien. Unter den erstgenannten Kriterien fanden sich die Qualifikation und Freundlichkeit der Ärzte und Pflegekräfte, die Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhaus, aber auch die Behandlung nach aktuellen Verfahren sowie die Erfolgs- und Empfehlungsraten.

Werden Patienten keine Kriterien vorgegeben, sondern offen nach den für die Krankenhauswahl entscheidenden Kriterien gefragt, dann wird dem Faktor „Nähe“ eine größere Bedeutung zugemessen – zumindest wird dieser Faktor eher aktiv benannt als viele der ansonsten möglichen vorgegebenen Auswahlkriterien. So benannten in einer Befragung von Patienten aus vier Krankenhäusern, die sich einer elektiven Operation unterzogen hatten, jeweils 50% der Patienten die Nähe als ebenso wichtiges Entscheidungskriterium für den aktuellen Krankenhausaufenthalt wie die eigene Vorerfahrung mit dem Krankenhaus (de Cruppé und Geraedts, 2011). Weitere als besonders bedeutsam aktiv genannte Auswahlkriterien waren die Qualifikation der Ärzte (44%), persönlich gesammelte Informationen und der Aufbau von Vertrauen durch Ambulanzvorkontakte (29%) sowie die vorgehaltene Abteilungsstruktur des Krankenhauses (18%).

Aus den hier aufgeführten Befragungsstudien lässt sich ableiten, dass die Nähe zum Krankenhaus zwar eine wichtige Rolle bei der Krankenhauswahl spielt, andere Faktoren, wie vor allem die eigene Erfahrung mit einem Krankenhaus und dessen Ruf und Ausstattung, jedoch oftmals als wichtiger erachtet werden. Unter den ge-

benen Bedingungen einer guten Erreichbarkeit auch alternativer Krankenhäuser in Deutschland können Patienten oftmals ein weiter entferntes, aber höchstwahrscheinlich dennoch gut erreichbares Krankenhaus wählen.

8.4 Die Inanspruchnahme des „nächsten“ Krankenhauses in Deutschland – empirische Befunde auf der Basis von AOK-Daten

In der oben genannten BMBF-Studie gab ein Teil der Patienten an, dass sie nicht das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht hätten, das die notwendige Behandlung durchführen kann. Stattdessen hat rund ein Drittel ein weiter entferntes Krankenhaus aufgesucht. Ob sich diese Erkenntnisse aus Befragungen auch in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen nachvollziehen lassen, soll im Folgenden anhand aktueller Daten aus dem Jahr 2013 untersucht werden.

Bereits für den Krankenhaus-Report 2008/2009 wurden auf der Basis von AOK-Daten Patientenwege analysiert (Friedrich und Beivers 2009). Die Autoren zeigten zum einen, dass je nach Komplexität und Häufigkeit der Eingriffe sehr große Unterschiede bei den Patientenwegen festzustellen waren. Für plastische Rekonstruktionen der Ohrmuschel legten Patienten beispielsweise im Median 157 km zurück, während für laparoskopische Cholecystektomien im Median nur 6,4 km zu fahren waren. Zum anderen konnten die Autoren am Beispiel von Hüftendoprothesen zeigen, dass bei elektiver Indikation 34% und bei Notfallindikation 57% der Patienten das jeweils nächste diese Leistung offerierende Krankenhaus aufsuchten. Patienten sind demnach durchaus bereit, ein weiter entferntes Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Jedoch betrug der zusätzlich in Kauf genommene Weg bei elektiver Indikation im Median nur 9,3 km, bei der Notfallindikation im Median 3,6 km. Mit höherem Alter nahm die Rate der Patienten zu, die das nächste Krankenhaus aufsuchten und gleichzeitig die durchschnittliche Fahrstrecke ab – sowohl für elektive als auch für Notfallindikationen und für die evtl. in Kauf genommene Zusatzstrecke.

Dieses Verhaltensmuster ist größtenteils damit zu erklären, dass mit rund 1200 Krankenhäusern ein flächendeckendes Angebot an Kliniken besteht, die in Deutschland solche Hüftendoprothesenimplantationen vornehmen. Die Frage bleibt daher, ob Patienten auch bei anderen Eingriffsarten typischerweise nicht das nächste Krankenhaus aufsuchen und ob sie auch gewillt sind, Fahrstrecken und Fahrzeiten in Kauf zu nehmen, die im Verhältnis zum nächstgelegenen Krankenhaus einen deutlich größeren Unterschied ausmachen. Dieser Frage widmen sich die Analysen, die für den diesjährigen Krankenhaus-Report vorgenommen wurden.

8.4.1 Einbezogene Fälle

Für die Analysen wurden sieben Eingriffsarten ausgewählt, die ein möglichst breites Spektrum an Konnotationen umfassen: Verglichen werden sollten elektive und dringliche Eingriffsarten (Knie-Endoprothese vs. Myokardinfarkt), Eingriffe, die eher junge bzw. ältere Bevölkerungsgruppen treffen (Geburten vs. Karotisendarteriektomien) und Eingriffe, bei denen bereits ein qualitätsorientiertes Wahlverhalten

breit propagiert wird oder eben nicht (Brustkrebs vs. Pneumonie). Die Definition der einbezogenen Fälle orientierte sich an folgenden Krankheits- bzw. Prozeduren-Klassifikationen bzw. Schlüssel:

- Karotisendariektomie: OPS 5-381.0** (Chirurgie/Gefäßchirurgie)
- Pneumonie: ICD J11.0 / J12.- / J13 / J14 / J15.- / J16.- / J18.- und nicht U69.00! (Innere Medizin)
- Geburt oder geburtshilfliche/r Eingriff/Versorgung: OPS 5-72** / 5-73** / 5.74** / 9-26*
- Knie-Endoprothese: OPS 5-822* / 5-823* (Orthopädie/Unfallchirurgie/Chirurgie)
- Pankreaseingriff: OPS 5-523* / 5-524* / 5-525* (Chirurgie/Viszeralchirurgie)
- Myokardinfarkt: ICD I21.- / I22.- / I23.- / I24.- (Innere Medizin)
- Brustkrebs: OPS 5-87** (Gynäkologie/Geburtshilfe)

Aus den Krankenhausabrechnungsdaten der AOK des Jahres 2013 wurden alle so definierten Fälle extrahiert. Insgesamt lagen 713 381 Fälle vor.

Zusätzlich zu dieser verschlüsselungsbezogenen Falldefinition wurde festgelegt, dass nur solche Fälle in die Analysen eingehen sollten, die in Fachabteilungen erbracht worden waren, die diesen Eingriff bzw. diese Behandlung typischerweise auch selbst durchführen. Die in Frage kommenden Fachabteilungen sind in der obenstehenden Auflistung der einbezogenen Fälle jeweils in Klammern genannt. Das heißt: Fälle, bei denen eine Brustoperation in einer Fachabteilung der Inneren Medizin verschlüsselt worden waren, wurden ausgeschlossen. Auf diese Weise wurden 1 637 Fälle (0,23 %) ausgeschlossen, sodass letztlich 711 744 Fälle in die Analysen eingingen. Die Aufteilung der Gesamtfallzahl auf die einzelnen Krankheits- bzw. Eingriffsarten zeigt Tabelle 8–1.

8.4.2 Entfernung- und Fahrzeitanalyse

Mit Hilfe des Programms Microsoft MapPoint® 2012 wurde zunächst für jeden Patienten die individuell in Kauf genommene Entfernung (km) sowie Fahrzeit (Minuten) errechnet. Da die Adressangaben der Patienten nicht straßengenau, sondern nur als 5-stellige Postleitzahlen vorlagen, wurden als Annäherung an den wahren Wohnort die jeweiligen Koordinaten der Flächenmittelpunkte der Postleitzahlbezirke genutzt. Von den Krankenhäusern lagen exakte Adressen vor, sodass auch exakte Koordinaten bestimmt werden konnten. Dabei mussten in geringem Umfang Ungenauigkeiten in Kauf genommen werden, die daraus resultieren, dass einige Krankenhäuser in Verbänden organisiert sind, für die nur eine Adressangabe existiert.

In einem zweiten Schritt wurde für jeden Patienten das jeweils nächste Krankenhaus ermittelt, das über eine entsprechende Fachabteilung verfügt und in dem mindestens ein AOK-Versicherter mit der gleichen Indikation behandelt worden war.

Zuletzt wurde für jeden Patienten berechnet, um wieviel Prozent die Entfernung bzw. die Fahrzeit zum tatsächlich in Anspruch genommenen Krankenhaus von der Entfernung bzw. Fahrzeit abwich, die zum nächstgelegenen Krankenhaus hätte zurückgelegt werden müssen. Für jede Indikation wurde dann ermittelt, welcher Anteil aller AOK-Patienten eine um 10 %, 30 %, 50 % oder mehr als 100 % weitere Entfernung bzw. Fahrzeit zum behandelnden Krankenhaus in Kauf genommen hat.

Tabelle 8-1

Anteil der AOK-Patienten der jeweiligen Indikation, die im Jahr 2013 ein wohnortnahes Krankenhaus aufsuchten (Entfernung/Fahrzeit nicht größer als 10 % vom nächsten Krankenhaus entfernt) oder eine um 10-30-50-100 % längere Entfernung bzw. Fahrzeit als zum nächsten Krankenhaus zurückgelegt haben

Typ*	Fälle	Entfernung zum nächsten Krankenhaus				Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus					
		<10% **	+10-29%	+30-49%	+50-99%	+≥100%	<10% **	+10-29%	+30-49%	+50-99%	+≥100%
KARO	9 442	53,9%	7,8%	5,6%	9,5%	23,2%	55,1%	10,2%	7,9%	11,5%	15,3%
PNEU	121 655	57,1%	7,0%	5,3%	7,9%	22,7%	57,0%	10,3%	6,7%	9,1%	16,9%
GEB	402 829	58,7%	41,3%	7,9%	5,3%	8,2%	59,7%	10,9%	6,5%	9,2%	13,7%
KNIE	57 272	37,4%	6,5%	4,8%	9,1%	42,2%	38,2%	8,4%	7,0%	12,8%	33,6%
PANK	3 474	47,3%	6,7%	4,4%	9,1%	32,5%	48,0%	8,7%	7,1%	11,2%	25,0%
MYOK	85 692	46,6%	6,8%	4,7%	8,4%	33,5%	46,6%	9,7%	6,7%	10,8%	26,2%
BRUST	31 400	42,7%	7,7%	5,5%	9,3%	34,8%	44,2%	10,6%	7,1%	12,0%	26,1%

* KARO = Karotisendarteriektomie; PNEU = Pneumonie; GEB = Geburt oder geburts hilflicher Eingriff; KNIE = Knie-Endoprothese; PANK = Komplexer Pankreaseingriff; MYOK = Myokardinfarkt; BRUST = Brustkrebs

** Das wohnortnächste Krankenhaus oder ein Krankenhaus, das unter 10 % weiter entfernt ist (km oder Fahrzeit vom geografischen Mittelpunkt der 5-stelligen Wohnort-Postleitzahl des Patienten)

8.4.3 Patienten, die weiter als zum nächsten Krankenhaus fahren

Tabelle 8–1 zeigt die Anzahl AOK-Versicherter, die aufgrund einer der analysierten Indikationen im Jahr 2013 stationär behandelt wurden und den jeweiligen Anteil der Patienten, die ein wohnortnahes Krankenhaus aufsuchten (Entfernung/Fahrzeit nicht größer als 10% vom nächsten Krankenhaus entfernt) oder die eine um 10%, 30%, 50% oder mehr als 100% weitere Entfernung bzw. längere Fahrzeit als zum jeweils nächsten Krankenhaus zurückgelegt haben.

Der Anteil Patienten, die das jeweils nächstgelegene Krankenhaus bzw. ein Krankenhaus, das höchstens 10% weiter als dieses entfernt ist aufsuchten, unterscheidet sich zwischen den sieben Indikationen. Betrachtet man die Fahrzeit als das für eine Entscheidung sicherlich ausschlaggebendere Kriterium, dann betrug dieser Anteil 59,7% bei der Indikation Geburt bzw. geburtshilflicher Eingriff und 38,2% bei der Indikation Knie-Endoprothese. Mehr als die Hälfte der Patienten bevorzugten ein wohnortnahes Krankenhaus auch bei den Indikationen Karotisendarteriektomie und Pneumonie, während jeweils etwas mehr als die Hälfte der Patienten bei den Indikationen Pankreaseingriff, Myokardinfarkt und Brustkrebs weitere Wege in Kauf nahmen.

Der Anteil Patienten, die mindestens die doppelte Fahrzeit im Vergleich zum nächstgelegenen Krankenhaus zurückgelegt haben, betrug bei Geburten bzw. geburtshilflichen Eingriffen rund 13,7%, während bei knapp 33,6% der Patienten mit einer Knie-Endoprothese eine Verdopplung der Fahrzeit nachzuweisen war. Für die Patienten der übrigen Indikationen ist festzuhalten, dass jeder sechste bis siebte Patient mit den Indikationen Karotisendarteriektomie oder Pneumonie und jeder vierte Patient mit einer Indikation Pankreaseingriff, Myokardinfarkt oder Brustkrebs bis zum in Anspruch genommenen Krankenhaus eine mehr als doppelte Fahrzeit in Kauf nahm.

Wie in der Literatur beschrieben, findet man also auch bei AOK-Patienten in Deutschland einen Zusammenhang zwischen der Präferenz für die Nähe eines Krankenhauses und der jeweiligen Eingriffsart im Sinne der Komplexität und Dringlichkeit sowie dem Alter der Patienten. Während von älteren Patienten und bei Geburten bzw. geburtshilflichen Eingriffen eher ein näheres Krankenhaus präferiert wird, nutzen Patienten, die eine Knie-Endoprothese erhalten, bereits zu einem Drittel ein Krankenhaus, das mindestens doppelt so weit wie das nächstgelegene Krankenhaus entfernt ist. Interessant zu sehen ist, dass auch bei der dringlichen Indikation Myokardinfarkt mehr als die Hälfte der Patienten nicht das nächstgelegene Krankenhaus, sondern ein weiter entferntes, höchstwahrscheinlich für akute koronare Interventionen ausgerüstetes Krankenhaus aufsuchten. Der Anteil Patienten mit dieser Indikation, die eine Verdopplung der Fahrzeit in Kauf nehmen, betrug 26%. Eine sehr ähnliche Verteilung ist auch bei der Indikation Brustkrebs festzustellen, bei der eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl mit der Etablierung von Brustkrebszentren seit längerem propagiert wird. Auch hier lassen sich mehr als die Hälfte der Patientinnen nicht im nächsten Krankenhaus behandeln, das Patientinnen mit dieser Indikation versorgt; zudem nimmt rund ein Viertel der Patientinnen eine Verdopplung der Fahrzeit in Kauf.

8.5 Fazit

Sowohl die internationale Literatur und Befragungsstudien an Versicherten und Patienten aus Deutschland als auch Sekundärdaten der AOK belegen, dass die Nähe zum Wohnort als Auswahlkriterium für Krankenhäuser eine wichtige, aber nicht die wichtigste Rolle bei der Krankenhauswahl spielt. Patienten sind bereit, eine längere Fahrzeit in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Behandlung in einem Krankenhaus stattfinden kann, dem vor allem auf der Basis der eigenen Erfahrung oder der Erfahrung anderer, des Rufs und der Ausstattungsmerkmale des Krankenhauses Vertrauen entgegengebracht werden kann. Die durchweg geringen Fahrzeiten, die die meisten Patienten auch bei der Wahl des nicht nächstgelegenen Krankenhauses in Deutschland zurücklegen müssen, spricht dafür, dass die derzeitige Struktur der Krankenhausversorgung patientenorientierte Auswahlmöglichkeiten bietet. Inwieweit eine Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser diese Auswahl soweit beschränkt, dass Patienten tatsächlich kein Krankenhaus mehr finden, das für sie und ihre Angehörigen zumutbar erreichbar ist und dem sie gleichzeitig Vertrauen entgegenbringen können, kann aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse nicht eingeschätzt werden. Auch kann nicht beantwortet werden, ob ein Strukturwandel zu mehr Gesundheit, Sicherheit, Gerechtigkeit, Effektivität und Effizienz der Krankenhausversorgung beitragen wird.

Literatur

- Chang R-KR, Joyce JJ, Castillo J, Ceja J, Quan P, Klitzner TS. Parental preference regarding hospitals for children undergoing surgery: a trade-off between travel distance and potential outcome improvement. *Can J Cardiol* 2004; 20: 877–82.
- Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press 2001.
- Dealey C. The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *Br J Nurs* 2005; 14: 576–9.
- de Cruppé W, Geraedts M. Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 951–7.
- de Cruppé W, Auras S, Schückes E, Geraedts M. Wie wählen Patienten ein Krankenhaus? German Medical Science *GMS Publishing House*; 2013. DocPO2-4-09-99 (doi: 10.3205/13dkvf219)
- Finlayson SRG, Birkmeyer JD, Tosteson ANAS, Nease RFJ. Patient Preferences for Location of Care: Implications for Regionalization. *Medical Care* 1999; 37: 204–9.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfall-eingriffen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009 – Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Schattauer: Stuttgart 2009; 155–81.
- Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 157.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2006 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung 2006; 154–70.

- Landau JH, Novick TV, Dubois L, Power AH, Harris JR, Derose G, Forbes TL. Determination of patient preference for location of elective abdominal aortic aneurysm surgery. *Vasc Endovascular Surg* 2013; 47: 288–93.
- Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the WHO* 2000; 78: 717–31.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – Eine Literaturanalyse. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006.
- Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JJJM. Determinants of patient choice of health-care providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 272.
- Yamamoto K, Fushimi K. Travel of patients to distant hospitals for elective surgery in Japan: a cross-sectional analysis of a nationally representative sample. *Surg Today* 2009; 39: 758–63.

This page intentionally left blank

9 Zentrenbildung über Zertifizierung? Das Beispiel EndoCert

Holger Haas und Wolfram Mittelmeier

Abstract

Die EndoCert-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ist ein Programm zur Zertifizierung medizinischer Einrichtungen für den Gelenkersatz. Dabei werden die Struktur-, Prozess- und Aspekte der Ergebnisqualität nach wissenschaftlich belegten Kriterien bewertet, für die ein Einfluss auf die erreichbare Versorgungsqualität der Patienten nachgewiesen ist. Bereits in den beiden durchgeführten Pilotphasen konnten an den beteiligten 23 Kliniken durch die Behebung von insgesamt 172 Abweichungen Verbesserungen erzielt werden. Nach der Freigabe des Systems im Oktober 2012 wurden bis Juli 2014 rund 400 Einrichtungen zertifiziert oder befinden sich vor dem Abschluss des laufenden Verfahrens. Neben der Vorstellung der Zielsetzung, konkreten Inhalte und Erfahrungen aus dem Regelbetrieb widmet sich der Beitrag auch der perspektivischen Rolle solcher Projekte bei der Gestaltung der stationären Versorgung in diesem Bereich.

The EndoCert initiative of the German Society for Orthopaedics and Orthopaedic Surgery (DGOOC) is a programme for the certification of medical facilities for joint replacement. The structure, process and outcome aspects of quality are evaluated according to scientific criteria for which an effect on the achievable quality of care was proven. In two pilot phases, improvements were achieved in the participating 23 hospitals by eliminating a total of 172 deviations. After the release of the system in October 2012, some 400 facilities have been certified until July 2014 or will shortly conclude the procedure. In addition to presenting the objectives, specific content and experiences from regular procedures, this paper describes the future role of such projects in the design of inpatient care in the field of joint replacement.

9.1 Ausgangssituation

In der Medizin verbinden sich wie in kaum einer anderen Profession wissenschaftliche Erkenntnis und HighTech-Anwendungen einerseits mit Kreativität und menschlichem Einfühlungsvermögen andererseits. Neben seltenen und lebensbedrohlichen Erkrankungen, die oftmals erfahrungsbasierte Entscheidungen unter hohem Zeitdruck erfordern, ist die moderne Medizin mit häufig auftretenden und zu einem gewissen Maße standardisiert zu behandelnden Krankheitsbildern konfron-

tiert. Wenn zu deren Behandlung ein hoher Ressourceneinsatz erforderlich ist, besteht in Verbindung mit der großen Anzahl durchgeführter Behandlungen eine wesentliche ökonomische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Für den Patienten ist dabei eine weitgehend komplikationsarme und erfolgreiche Therapie zu fordern, ohne dass der individuelle Anspruch des Patienten und damit die Menschlichkeit im Behandlungsprozess verloren gehen.

Gerade die im Bereich der Endoprothetik in Deutschland pro Jahr durchgeführten rund 400 000 Operationen sind in diesem Zusammenhang anzuführen. Der Vergleich mit einem industriellen Fertigungsprozess wird immer wieder angestellt, auch wenn dies im Hinblick auf den im Zentrum der Behandlung stehenden Menschen abwegig ist. Dennoch können und sollen Lehren aus anderen Bereichen mit komplexen Abläufen genutzt werden, um die Behandlung und hierbei insbesondere die unterstützenden Prozesse sicher und effizient zu gestalten und so kostenintensiv, die Gemeinschaft und den Patienten belastende Folgeeingriffe zu vermeiden.

Durch die Spezialisierung von Einrichtungen auf bestimmte Bereiche der medizinischen Leistungserbringung soll eine Steigerung der Behandlungsqualität erreicht werden. Gemeinhin werden diese Einrichtungen als Zentren bezeichnet. Im engeren Sinne sollte dieser Begriff verwendet werden, wenn durch die Spezialisierung eine Fokussierung auf die krankheits- bzw. organbezogene Problematik des Patienten erzielt wird. Beispiele für derartige Zentrenbildungen, zu denen auch die hier vorgestellten EndoProthetikZentren gerechnet werden, sind Diabetes- und Tumorzentren. Jedoch ist der Begriff „Zentrum“ nicht geschützt und kann so auch missbräuchlich oder aus rein marketingtechnischen Erwägungen genutzt werden. Daher sind die transparente Darstellung der Zertifizierungsanforderungen und die enge Anbindung an die wissenschaftliche Fachgesellschaft in Verbindung mit den im System etablierten unabhängigen Organen des Verfahrens von großer Bedeutung.

9.2 Zielsetzung

Mit der Einführung des Zertifizierungssystems „EndoCert“ soll eine hohe Qualität in der Patientenversorgung im Bereich der Endoprothetik sichergestellt werden. In der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur sind verschiedene Faktoren aus den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität bekannt, die zu einer erhöhten Versorgungsqualität führen. Beispielhaft seien das verbesserte Komplikationsmanagement bei größeren Fallzahlen, der höhere Trainingsgrad bei komplexen Eingriffen und die häufigere Anwendung multimodaler Therapiekonzepte in spezialisierten Einrichtungen angeführt. Positive Effekte durch die Zentrenbildung sind dabei für zahlreiche Bereiche der Medizin – insbesondere für Tumorzentren – belegt. Daneben liegen Nachweise für einen Zusammenhang zwischen Behandlungsvolumen und Ergebnisqualität bezogen auf den Operateur und das gesamte Behandlungsteam auch für die Endoprothetik vor. Die Arbeitsgruppe „EndoCert“ der DGOOC hat eine Übersicht hierzu und den zugrunde liegenden Kenntnisstand veröffentlicht (Haas et al. 2013).

Zwischen postoperativ messbaren Parametern und der erzielten Versorgungsqualität sind ebenfalls Zusammenhänge belegt. So kann eine zu steile Implantation der Gelenkpfanne beim Hüftgelenkersatz zu einer erhöhten Belastung des verwendeten Materials und somit zu einem früheren Implantatversagen führen. Diese aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Faktoren werden ebenfalls erfasst und für die Zertifizierung ausgewertet (Haas et al. 2013).

Durch die Identifikation dieser wesentlichen Faktoren für eine erfolgreiche endoprothetische Versorgung und deren gezielte Überprüfung im Rahmen des Zertifizierungsprozesses ist es möglich, Einrichtungen zu bewerten und bei einem erfolgreichen Abschluss des Verfahrens zu zertifizieren. Folgende Teilaspekte werden einbezogen:

- Sicherstellung der strukturellen Erfordernisse für die Versorgung mit Endoprothesen
- Nachweis eines interdisziplinär erarbeiteten und regelmäßig zu überprüfenden Behandlungspfades
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Sicherstellung der zur Patientenversorgung notwendigen Stützprozesse (u. a. Bildung, Konsilwesen, sozialmedizinische Betreuung)
- Vorhaltung qualifizierten Personals für alle beteiligten Berufsgruppen
- Strukturierte Einführung neuer Implantate bzw. Behandlungsmethoden
- Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen für die optimierte Behandlung von Patienten an Nahtstellen zu anderen Fachabteilungen und externen Behandlungspartnern
- Einbindung der Patienten durch Sicherstellung einer umfassenden Aufklärung und Beratung
- Auswertung erhobener Qualitätsindikatoren
- Regelungen zum Vorgehen bei unerwünschten Vorkommnissen mit Implantaten
- Anbindung an das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)
- Ausschluss von Zuweisungen gegen Entgelt oder sonstiger Kick-Back-Mechanismen
- Regelmäßige externe Stichprobenprüfung im Rahmen von jährlichen Audits durch geschulte Fachexperten mit Bewertung der Abläufe und auf Einhaltung der Vorgaben

9.3 Entwicklungsprozess

An der Universitätsmedizin Rostock hat W. Mittelmeier bereits im Jahre 2007 das erste Zertifizierungskonzept für Endoprothetikzentren entworfen, getestet und die gesammelten Erfahrungen in ein durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. getragenes Projekt zur Entwicklung eines überregionalen Zertifizierungssystems eingebracht.

Im Jahre 2009 wurde daraufhin eine Arbeitsgruppe* gebildet, die die Anforderungen für die Zertifizierung von Endoprothetikzentren auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Literatur weiterentwickelt und in einer Erprobungsphase an verschiedenen Krankenhauseinrichtungen überprüft hat. Einbezogen in das Verfahren wurden zudem die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) als Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).

Die erste Version der fachlichen Anforderungen wurde hinsichtlich deren Eignung zur Erfassung qualitätsrelevanter Schlüsselfaktoren zunächst in den Kliniken der Arbeitsgruppe überprüft. Ergänzend wurde ermittelt, inwieweit die Einhaltung der in den Erhebungsbögen in Form einer Selbstbewertung bereitgestellten Angaben durch Auditoren vor Ort überprüfbar ist.

Im Rahmen einer zweiten Pilotphase wurden insbesondere Einrichtungen bewertet, die von ihrer Organisationsform keine klassischen klinischen Abteilungen sind. So wurde die Einbindung von Beleg- oder Honorarärzten ebenso wie die Integration von Facharztpraxen evaluiert. Begleitend wurden die Erhebungsbögen überarbeitet und angepasst. Durch diesen abgestuften Prozess bei der Einführung des Verfahrens konnte dessen Eignung für die Anwendung der Zertifizierung unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität in Deutschland gezeigt werden. Die Freigabe des Systems erfolgte in Deutschland zum 19.10.2012.

9.4 Struktur des Verfahrens und Ablauf der Zertifizierung

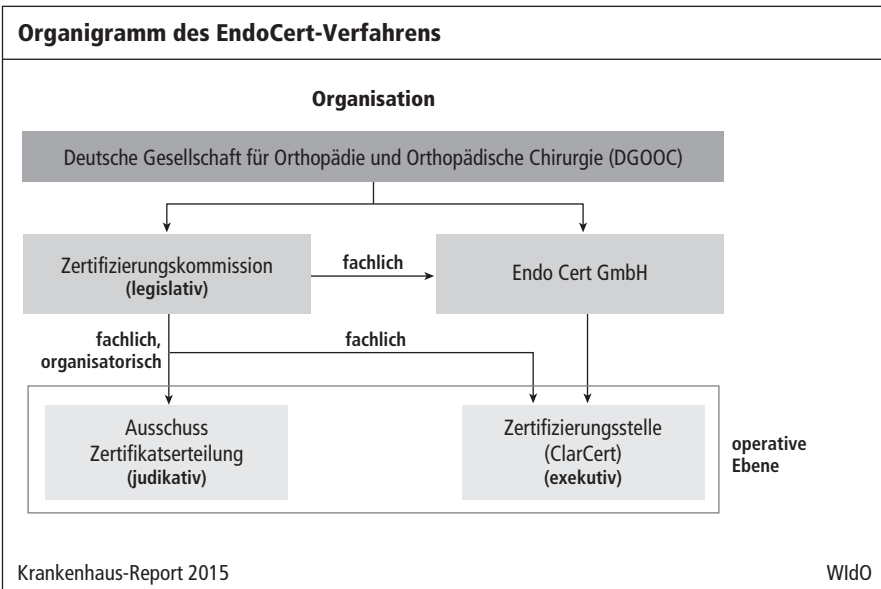
Neben den auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Anforderungen müssen durch ein Zertifizierungsverfahren auch formale Vorgaben für das Verfahren selbst eingehalten werden. Angelehnt an die nicht nur im Bereich der Medizin bereits etablierten Systeme wurden daher Organisationsstrukturen geschaffen, die eine korrekte Durchführung des Verfahrens und eine objektive Bewertung der zertifizierungswilligen Einrichtungen sicherstellen und die konsequente Weiterentwicklung des Verfahrens gewährleisten. Das Organigramm ist in Abbildung 9–1 wiedergegeben.

Der Zertifizierungskommission obliegt die Aufgabe, die Anforderungen anzupassen und weiterzuentwickeln sowie das Verfahren zu überwachen. Die operative Umsetzung der Zertifizierung selber erfolgt durch die beauftragte Zertifizierungsstelle (Fa. ClarCert, Neu-Ulm). Der durch die Einrichtungen ausgefüllte Erhebungsbogen wird zunächst formal durch ClarCert geprüft und inhaltlich durch die beauftragten Fachexperten bewertet. Daran schließt sich ein Audit vor Ort an, in dem die Übereinstimmung der Angaben mit der Situation in der Einrichtung überprüft wird.

Stellen die Fachexperten vor Ort Mängel fest, wird eine „Abweichung“ formuliert. Deren Behebung ist zwingend nachzuweisen, bevor ein Zertifikat erteilt wird.

* Danksagung: Dank und Anerkennung gilt den weiteren Mitgliedern der Autorengruppe des EndoCert-Systems, J. Grifka, K.-P. Günther, K. Heller, F. U. Niethard, H. Windhagen und M. Ebner für die Beteiligung bei der Entwicklung des Systems und dessen Überprüfung auf der Basis der Pilotphase und Herrn J. Fischer/ClarCert für die Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts.

Abbildung 9–1



Bei massiven Abweichungen kann ein Nachaudit erforderlich werden. Sehen die Experten lediglich Verbesserungspotenziale oder möchten sie sonstige Anregungen geben, werden „Hinweise“ formuliert. Auf diese soll die zertifizierte Einrichtung bis zum nächsten planmäßigen Audit eingehen.

Über die Erteilung des Zertifikats entscheidet der Zertifikatserteilungsausschuss auf der Grundlage der durch die Fachexperten erstellten schriftlichen Empfehlung.

Für den Fall von Unstimmigkeiten bei der Bewertung oder sonstigen Beschwerden ist in der Geschäftsordnung des EndoCert-Verfahrens das dann erforderliche Vorgehen festgelegt, wobei in letzter Instanz eine Entscheidung durch die Zertifizierungskommission getroffen wird.

Eine wesentliche Aufgabe im Verfahren kommt den Fachexperten zu, die sich aus in der Endoprothetik erfahrenen Operateuren rekrutieren und durch den Besuch von Fachexpertenlehrgängen qualifiziert werden. Verfügt eine Einrichtung nicht über ein generelles Qualitätsmanagementsystem (z. B. nach DIN ISO 9001), wird das zweiköpfige Auditteam durch einen Systemauditor ergänzt, der grundlegende Anforderungen zum Qualitätsmanagement überprüft und so die Fachexperten unterstützt.

Nach der Zertifizierung werden nach einem und zwei Jahren Überwachungsaudits durchgeführt. Hierbei wird eine Bewertung des Zentrums hinsichtlich der Behebung der Abweichungen und Bearbeitung der Hinweise sowie der eingetretenen Änderungen vorgenommen. Im Turnus von drei Jahren erfolgt eine vollständige Re-Zertifizierung, die in Umfang und Intensität der Erstzertifizierung entspricht. Mit diesem abgestuften Vorgehen wird ein hoher Standard in der Überwachung der Zentren bei gleichzeitig vertretbarem finanziellem Aufwand ermöglicht.

9.5 Anforderungen

Grundsätzlich werden im Qualitätsmanagement Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet.

Für die Bewertung der **Strukturqualität** werden vorrangig bauliche und räumliche sowie Aspekte der technischen und personellen Ausstattung betrachtet. Wesentlich ist zudem neben der Verpflichtung, die gesetzlichen Vorgaben und geltenden Leitlinien einzuhalten und zu überprüfen, die regelmäßige Schulung an Medizinprodukten und ein gesetzeskonformer Umgang mit Explantaten.

Zur Sicherstellung der anforderungsgemäßen Patientenversorgung auch im Urlaubs- oder Krankheitsfall müssen je Zentrum zwei Haupt- (EndoProthetikZentrum) bzw. Seniorhauptoperateure (EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung) vorhanden sein. Für diese ausgewiesenen Operateure gelten jährliche Mindestzahlen in der Endoprothetik. Zugleich sind Mindestzahlen auch für die jeweilige Einrichtung bzw. den einzelnen Standort vorgeschrieben, da nicht nur die Erfahrung des Operateurs, sondern auch die des gesamten Teams für den Behandlungserfolg wesentlich ist (Badawy et al. 2013; Baker et al. 2013). Auswirkungen auf die Behandlungsqualität zeigen sich auch bei der Frakturversorgung. So konnte ein „Weekend-Effekt“ durch eingeschränkte Verfügbarkeit von erfahrenen Operateuren nachgewiesen werden (Thomas et al. 2014).

Alle Eingriffe an einem Endoprothesenzentrum, die im Rahmen der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses erfolgen, müssen durch Haupt- oder Seniorhauptoperateure verantwortlich assistiert werden. Dies gewährleistet eine hohe Qualität der Ausbildung bei höchster Sicherheit für alle im Zentrum operierten Patienten.

Aufgrund der Weiterbildungsinhalte ist die Zusatzweiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ Voraussetzung für die Qualifikation der Haupt- bzw. Seniorhauptoperateure. So ist gefordert, dass einer der mindestens zwei verantwortlichen Operateure über diese Qualifikation verfügt. Im Rahmen der Pilotphasen und der ersten Erfahrungen aus dem Regelbetrieb wurde deutlich, dass aufgrund der vorhandenen Versorgungsstrukturen in Deutschland diese Anforderung noch nicht vollständig erfüllt werden kann. Derzeit wird unter Einbindung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie eine Übergangslösung erarbeitet, die eine temporäre Zertifizierung dieser Einrichtungen ermöglicht. Mittelfristig ist dann sichergestellt, dass flächendeckend in allen Zentren zumindest ein Spezieller Orthopädischer Chirurg vorhanden ist.

Im Mittelpunkt der **Prozessqualität** steht der Behandlungsablauf für den Patienten, der in einem sog. Behandlungspfad festgehalten ist. Die erforderlichen Maßnahmen sind darin festgehalten. Neben der Kontrolle der Behandlung des individuellen Patienten lassen sich Verbesserungen bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und der Dokumentation sowie Effizienz der Behandlung erreichen (Badawy et al. 2013; Loftus et al. 2014; Rotter et al. 2012).

Unterschieden werden Kern- und Stützprozesse in Abhängigkeit von ihrem direkten Bezug zur endoprothetischen Versorgung. Den Stützprozessen zugeordnet sind beispielsweise die Bildgebung, die sozialmedizinische Beratung und die orthopädietechnische Betreuung der Patienten. Dagegen stellt die Operation selbst einen typischen Kernprozess dar.

Derzeit sind im EndoCert-System zwei Versorgungsstufen vorgesehen: Neben EndoProthetikZentren nehmen EndoProthetikZentren der Maximalversorgung an der Versorgung teil. Die Zentren der Maximalversorgung sollen insbesondere auch endoprothetische Wechseloperationen aller Schwierigkeitsgrade anbieten und als Anlaufstelle für Hochrisikopatienten oder komplikationsbehaftete Verläufe bereitstehen. Eine Kooperation von EndoProthetikZentren mit EndoProthetikZentren der Maximalversorgung wird in diesem Zusammenhang angestrebt und über Kooperationsvereinbarungen geregelt.

Die **Ergebnisqualität** hat in der endoprothetischen Versorgung mehrere Zielgrößen: Kurzfristig auftretende Komplikationen beeinflussen das Ergebnis ebenso wie die Rate mittel- bis langfristig auftretender Implantatlockerungen oder fortdauernde Beschwerden am operierten Gelenk. Mit Einführung des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) werden die Standzeiten der Prothesen erfasst und ausgewertet. Eine Teilnahme am EPRD ist für alle Endoprothesenzentren verpflichtend. Die unterschiedlichen Komplikationsraten müssen von jedem Zentrum ebenso wie bestimmte operationstechnische Parameter der Ergebnisqualität angegeben werden. Beispielsweise ist der Effekt der OP-Zeit auch in der neueren Literatur nachgewiesen (Belmont et al. 2014; Young et al. 2014).

Entscheidend bei der Erhebung der Indikatoren ist die valide Datenerfassung und Dokumentation. Es ist die Aufgabe von EndoCert, diesen angestrebten Umgang mit den zentrumseigenen Daten zu fördern und zu einer intensiven Diskussion anzuregen, deren Ergebnisse dann wiederum zu einer Verbesserung der Qualität im Zentrum führt. Ein fehlerhaftes Vorgehen im Zusammenhang mit der Erfassung der relevanten Daten muss ebenso wie Forderungen zur Dokumentation verzichtbarer Parameter durch weiterführende Beschlüsse der Zertifizierungskommission unterbunden werden.

EndoCert unterstützt die Vernetzung von Endoprothetikzentren der beiden Versorgungsstufen im Sinne der Versorgungssicherheit. Dagegen werden alle Formen einer Zuweisung gegen Entgelt oder ähnliche Kickback-Mechanismen strikt abgelehnt.

9.6 Erfahrungen aus den Pilotphasen

An der Evaluation des Verfahrens in zwei Pilotphasen nahmen insgesamt 23 Kliniken teil. Dabei wurden insbesondere auch komplexe Organisationsstrukturen (Belegabteilungen, Kooperationsarztmodelle) eingebunden, um die Eignung des Verfahrens auch für diese Einrichtungen nachzuweisen.

Eine Auswertung der Ergebnisse aus den Pilotphasen wurde von Haas und Mittelmeier im Jahre 2014 veröffentlicht (Haas und Mittelmeier 2014).

Werden die bestehenden Anforderungen von der Einrichtung nicht erfüllt, ergibt sich eine Abweichung. Durch die Analyse der in den Pilotphasen aufgetretenen Abweichungen konnten einerseits Rückschlüsse auf mögliche Schwächen des Verfahrens selbst gezogen, andererseits Erkenntnisse über das ausgeschöpfte Verbesserungspotenzial gewonnen werden, da eine Zertifikatvergabe erst nach Behebung der festgestellten Abweichungen erfolgte.

Insgesamt wurden bei den teilnehmenden 23 Kliniken 172 Abweichungen festgestellt und durch die Einrichtungen behoben. Hierbei ergaben sich eindeutige Häufungen bei bestimmten Anforderungen:

Personal

Die Anforderung, dass alle Operationen am EndoProthetikZentrum (EPZ) durch Hauptoperateure durchgeführt bzw. assistiert werden, war einer der wesentlichen Gründe für festgestellte Abweichungen. Durch die Einführung der Zertifizierung wurde diese Anforderung durch alle zertifizierten Einrichtungen umgesetzt. Hierdurch ist eine adäquate Betreuung der Patienten durch Operateure mit nachgewiesener Erfahrung auf dem Gebiet der Endoprothetik unabhängig von der kurzfristigen Personalsituation sichergestellt.

Als ein Ergebnis der Pilotphasen wurde für EndoProthetikZentren der Maximalversorgung eine Differenzierung nach Haupt- und Seniorhauptoperateuren eingeführt, sodass die zunächst bestehende Anforderung, dass alle Hauptoperateure 25 Wechseloperationen pro Jahr durchführen müssen, differenziert werden konnte. So kann auch innerhalb der Zentren eine Spezialisierung auf bestimmte Eingriffe erfolgen, was weitere positive Effekte auf die Versorgungsqualität ermöglicht.

Eine besondere Herausforderung stellt die Einbindung von Kooperationsärzten in ein EPZ dar. Dabei müssen die Qualifikation der Hauptoperateure und die umfassende Betreuung der Patienten ebenso wie die durchgängige Gültigkeit der EPZ-spezifischen Regelungen überprüfbar sichergestellt sein.

Bei Einrichtungen, an denen eine endoprothetische Versorgung auch außerhalb des EPZ erfolgt, muss dies für die Patienten eindeutig erkennbar sein. Eine Werbung mit dem EndoCert-Siegel unter Nichtbeachtung der Vorgaben soll somit vermieden werden.

Institutionalisierte Besprechungen

Der interkollegiale und berufsgruppenübergreifende Austausch über die vorgesehene Behandlung ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Hierzu dienen verschiedene institutionalisierte Besprechungen, in denen auffällige Verläufe, Komplikationen und jede Indikation diskutiert und somit Entscheidungen zumindest nach dem Vier-Augen-Prinzip getroffen werden.

Probleme in diesem Zusammenhang betreffen vor allem die nachvollziehbare Dokumentation und die konsequente Teilnahme der Mitarbeiter an den Besprechungen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung stellt dies die Einrichtungen vor große Herausforderungen.

Kernprozesse

Der in der Einrichtung unter Berücksichtigung der bestehenden Voraussetzungen interdisziplinär erarbeitete Behandlungspfad ist wesentlicher Faktor für die Erhöhung der Patientensicherheit und eine verbesserte Einbeziehung neuer Mitarbeiter in die einrichtungsspezifischen Arbeitsabläufe. Zudem wird die Arbeitseffizienz erhöht, da Routinearbeiten und Maßnahmen (Zeitpunkt der Erstmobilisation, Anordnung von Routine-Laborkontrollen) automatisiert ablaufen können.

Unvollständige sowie für Teilbereiche (Wechselendoprothetik) noch nicht erstellte Behandlungspfade stellten die Mehrzahl der Abweichungen in diesem Be-

reich dar. Durch das Zertifizierungsverfahren konnte erreicht werden, dass alle Einrichtungen die bestehenden Defizite abgestellt haben.

Stützprozesse

Hierunter werden verschiedene, die Patientenversorgung begleitende Bereiche erfasst. Entsprechend sind die in diesem Unterpunkt subsummierten Abweichungen sehr heterogen.

Auffallend war ein hohes Verbesserungspotenzial für den Einsatz von Betäubungsmitteln und die perioperative Schmerztherapie allgemein. Neben Verbesserungen im Bereich der Dokumentation konnte in einigen Einrichtungen die Gabe von Schmerzmitteln durch Kopplung an eine VAS optimiert werden.

Die Einführung bzw. Einhaltung gesetzeskonformer und zugleich patientenfreundlicher Regelungen im Umgang mit Explantaten und eine dokumentierte Schulung der Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen im Umgang mit Implantaten stellt einen weiteren Schwerpunkt dieses Abschnitts mit direkter Auswirkung auf die Patientensicherheit dar.

Die Forderung nach einer dem Bedarf angepassten Bereitstellung notwendiger Untersuchungs- (Schnittbilddiagnostik, Angiographie) und Behandlungsoptionen (Gefäßchirurgie) führte in mehreren Einrichtungen zur Überarbeitung der vorhandenen Regelungen. So wurden Kooperationsvereinbarungen zur Sicherstellung des Behandlungsangebots insbesondere bei Komplikationen getroffen, in denen – angepasst an den Bedarf der Einrichtung – Regelungen verbindlich festgeschrieben wurden. Dies verbessert die Kooperation mit den beteiligten Abteilungen und Strukturen und die Transparenz für die Mitarbeiter.

Qualitätsindikatoren

Die Erfassung der Qualitätsindikatoren ermöglicht den Einrichtungen, die Behandlungsqualität intern zu überwachen und sensibilisiert für das Ergebnis der eigenen Arbeit. Dies gelingt nur, wenn eine valide Erhebung der Daten sichergestellt ist. Bei Nichterfüllung der Vorgaben muss im Rahmen der Auditierung geprüft werden, ob hierfür nachvollziehbare Gründe vorliegen oder ob sich tatsächlich Hinweise auf Qualitätsdefizite ergeben. Diese Aufgabe haben in erster Linie die Fachexperten beim Audit vor Ort zu erfüllen. Ihnen obliegt es zudem, die Validität der Datenerhebung durch Abgleich der Angaben mit zufällig in einer Stichprobe ausgewählten Patientenakten einzuschätzen.

Im Hinblick auf die zu bewertenden Qualitätsindikatoren bestand während der Pilotphasen noch Anpassungsbedarf, da die Einbeziehung eines Parameters insbesondere auch voraussetzt, dass dieser in der Literatur als Qualitätsindikator Akzeptanz findet. In Zusammenhang mit den geforderten radiologischen Kriterien sind zudem uneinheitliche länderspezifische Regelungen zu beachten.

Die Forderung nach Vorlage einer dezidierten Operationsplanung für die Eingriffe des EPZ konnte bei einigen Einrichtungen erst erfüllt werden, indem das bisherige Vorgehen korrigiert wurde, nachdem es als Abweichung eingestuft worden war. An diesem Beispiel wird die direkte Verbesserung der Patientenversorgung durch den Zertifizierungsprozess besonders deutlich.

Tabelle 9–1

Stand des Zertifizierungsverfahrens für Endoprothetikzentren*

Registrierte Einrichtungen	636
Anfragen zu Zertifizierung	527
Zertifizierte Einrichtungen	152
Laufende Verfahren**	226
Gesamt (zertifiziert bzw. im laufenden Verfahren)	378

* zum 2.6.2014

** Einrichtungen, die sich im Zertifizierungsprozess befinden oder die noch nicht abschließend durch den Zertifikatserteilungsausschuss bewertet wurden, befinden sich im laufenden Verfahren

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

9.7 Aktueller Stand

Daten zum aktuellen Stand des Verfahrens werden regelmäßig erfasst und monatlich an die Zertifizierungskommission gemeldet. So werden die Entwicklung des Verfahrens dokumentiert und valide Daten zum Durchdringungsgrad bereitgestellt. In Tabelle 9–1 sind die wesentlichen Zahlen angegeben.

Die Struktur der zertifizierten Einrichtungen ist in Tabelle 9–2 wiedergegeben. Bis zum Stichtag 02.06.2014 haben 44 Einrichtungen das Verfahren abgebrochen bzw. den Antrag zurückgezogen. Ein Zertifikat musste aberkannt werden

9.8 Potenzial für zukünftige Versorgungsstrukturen

In kurzer Zeit hat die von der DGOOC in Kooperation mit der AE und dem BVOU erarbeitete Initiative zur Zertifizierung von Endoprothesenzentren eine weite Verbreitung sowohl im Hinblick auf die Zahl der beteiligten Einrichtungen als auch gemessen an der Anzahl der in Zentren durchgeführten endoprothetischen Operationen erlangt.

Auch wenn sich positive Effekte des Verfahrens bereits für die Einführungsphase zeigen lassen (Haas und Mittelmeier 2014), wird der definitive Nachweis einer nachhaltigen Steigerung der Versorgungsqualität erst in längerfristigen Auswertungen unter Einbeziehung verschiedener Parameter zu führen sein.

Zusätzlich profitieren die Patienten vom strukturbildenden Effekt des Verfahrens: Zertifizierte Einrichtungen verfügen über die aus Sicht der Fachgesellschaft erforderlichen Merkmale hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität, um endoprothetische Leistungen nach heute geltenden wissenschaftlichen Kriterien erbringen zu können.

Bereits jetzt findet das Verfahren große Aufmerksamkeit bei Politik und Kostenträgern. Die Übernahme des für die Zertifizierung notwendigen Mehraufwands durch die Krankenkassen erscheint vor dem Hintergrund der positiven Effekte und der großen gesundheitsökonomischen Bedeutung der Endoprothetik sinnvoll.

Tabelle 9–2

Strukturmerkmale der EPZ/EPZmax und erfasste Eingriffszahlen

Gesamt	378
davon: EPZ	276
EPZmax	102
In EPZ/EPZmax erbrachte Endoprothetikleistungen p. a. (Angaben aus den Erhebungsbögen)	
Hüftgelenk	84 883
Kniegelenk	65 571
Wechselendoprothetik	25 149
Gesamt	177 603

Angaben aus den Erhebungsbögen, jeweils Angaben p. a., Stand 2.6.2014

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Auch außerhalb Deutschlands besteht großes Interesse an EndoCert. So hat bereits eine Klinik in Luxemburg ein an die offiziellen landestypischen Vorgaben angepasstes Zertifizierungsverfahren als Pilotvorhaben durchlaufen. Daneben liegen weitere Anfragen aus dem Ausland vor.

Bemerkenswert ist, dass auch andere Bereiche der Orthopädie und Unfallchirurgie Interesse an einer Übernahme der grundsätzlichen Konzepte von EndoCert für eigene Zertifizierungsprojekte gezeigt haben. Gerade das Prinzip eines selbstverantworteten Bekenntnisses zu transparenter Qualität scheint dessen besondere Überzeugungskraft auszumachen.

9.9 Zusammenfassung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der großen Zahl endoprothetischer Eingriffe und der damit verbundenen gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung dieser Operationen hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie im Jahre 2012 ein Verfahren mit dem Namen EndoCert eingeführt, das durch die Bewertung wissenschaftlich belegter Qualitätskriterien aus dem Bereich der Struktur- und Prozessqualität sowie bestimmter Parameter der Ergebnisqualität eine Zertifizierung spezialisierter Zentren ermöglicht.

EndoCert hat einen wesentlichen und wertvollen Impuls in die bundesweite Versorgungsstruktur eingebracht. Durch die Definition von Struktur-, Prozess- und Ergebnisparametern mit spezifischer Ausrichtung auf den Versorgungsbereich der Endoprothetik einschließlich einer konsequenten externen Kontrolle vor Ort ist eine beeindruckend dynamische freiwillige Zertifizierungswelle entstanden, die sich aktuell auch auf das Ausland ausweitet.

Mit Einführung von EndoCert soll zudem erreicht werden, dass nicht erst nach Erhalt von Ergebnissen aus dem Register und somit spät reagiert wird, sondern schon vor, während und kurz (ein Jahr) nach der Prozedur erfasste Daten ausgewertet werden. Damit soll frühzeitig Einfluss auf die Qualität der Behandlung genommen werden.

EndoCert ist mittlerweile auch wesentlicher Impulsgeber für die Mitwirkung am Endoprothesenregister, da die Meldung der implantierten Prothesen an das Register für zertifizierte Einrichtungen verpflichtend ist. Erste breitgefächerte Qualitätsverbesserungen sind bereits jetzt in 93 % der Kliniken seit Beginn der Probephase erzielt worden (aktuelle Erfassung und Umfrage, nicht publizierte Daten).

Mittel- und langfristig wird das System somit für die Patienten und auch für die Kostenträger direkte und mittelbare Vorteile mit sich bringen. Das eindeutige Bekenntnis von Kostenträgern und des Gesetzgebers zu EndoCert wird erforderlich sein, um letztlich die Zahl der Versorgungseinrichtungen ohne Interesse an dieser gezielten Qualitätsverbesserung zu minimieren.

Literatur

- Badawy M, Espehaug B, Indrekvam K, Engesaeter LB, Havelin LI, Furnes O. Influence of hospital volume on revision rate after total knee arthroplasty with cement. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: e131.
- Baker P, Jameson S, Critchley R, Reed M, Gregg P, Deehan D. Center and surgeon volume influence the revision rate following unicondylar knee replacement: an analysis of 23,400 medial cemented unicondylar knee replacements. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: 702–9.
- Belmont PJJ, Goodman GP, Waterman BR, Bader JO, Schoenfeld AJ. Thirty-day postoperative complications and mortality following total knee arthroplasty: incidence and risk factors among a national sample of 15,321 patients. *J Bone Joint Surg Am* 2014; 96: 20–6.
- Haas H, Grifka J, Günther KP, Heller KD, Niethard FU, Windhagen H, Ebner M, Mittelmeier W. EndoCert – Zertifizierung von Endoprothetischen Versorgungszentren in Deutschland. Stuttgart: Georg Thieme 2013.
- Haas H, Mittelmeier W. Die Einführung des EndoCert-Systems zur Zertifizierung von Endoprothesenzentren. *Orthopäde*. 2014; 43: 534–40.
- Loftus T, Agee C, Jaffe R, Tao J, Jacofsky DJ. A simplified pathway for total knee arthroplasty improves outcomes. *J Knee Surg* 2014; 27: 221–8.
- Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Willis J, Snow P, Kugler J. The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eval Health Prof* 2012; 35: 3–27.
- Thomas CJ, Smith RP, Uzoigwe CE, Braybrooke JR. The weekend effect: short-term mortality following admission with a hip fracture. *Bone Joint J* 2014; 96-B: 373–8.
- Young SW, Mutu-Grigg J, Frampton CM, Cullen J. Does Speed Matter? Revision Rates and Functional Outcomes in TKA in Relation to Duration of Surgery. *J Arthroplasty* 2014; 29: 1473–7.

10 Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungs- reform zügig umsetzen

Simone Wesselmann, Carina Mostert, Johannes Bruns und Jürgen Malzahn

Abstract

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe haben ein Zertifizierungsverfahren etabliert, das struktur- und prozessqualitative Parameter für die onkologische Versorgung festlegt. Mit Hilfe von Daten aus den Krebsregistern können beispielhaft für die Indikationen Brust- und Darmkrebs deutliche Hinweise gewonnen werden, dass die Behandlungsqualität in den zertifizierten Zentren und Netzwerken bessere Ergebnisse erzielt als außerhalb dieser Strukturen. Zurzeit ist es jedoch aufgrund der Vergütungsstrukturen und der weitgehenden sektoral organisierten Versorgung nicht geregelt, dass betroffene Patienten nur in diesen Zentrumsstrukturen behandelt werden. Es gibt im Gegenteil eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten, die sich eher an gewachsenen Strukturen und Vergütungssystemen orientieren. Nachdem in den letzten zehn Jahren die stationäre Versorgung wesentlich durch die Anreize des DRG Systems beeinflusst worden ist, hat die Bundesregierung im Koalitionsvertrag nun die Qualität der Versorgung ins Zentrum ihrer gesundheitspolitischen Agenda gerückt. Um die Umsetzbarkeit einer qualitätsorientierten Strukturreform zu prüfen, wurden die Auswirkungen auf die Fahrtwege von betroffenen Patienten auf Basis von AOK-Daten untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass selbst unter vorsichtigen Annahmen eine ausschließliche Behandlung in den zertifizierten Zentren nur für wenige Patienten zu einer relevanten Fahrzeitverlängerung führen würde und somit eine an ergebnisqualitativen Parametern ausgerichtete Versorgungsreform umsetzbar wäre.

The German Cancer Society and the German Cancer Aid have established a certification process that determines parameters of structure and process quality of oncological care. Using data from cancer registries, strong evidence can be obtained that e.g. for breast and colon cancer the quality of care in certified centres and networks provides better results than outside these structures. At present, however, due to the remuneration structure and the fact that in Germany health care supply is largely organised in separate sectors, it is not regulated that affected patients are to be treated exclusively in centres. On the contrary, there is a variety of treatment options which are rather oriented towards established structures and compensation schemes. Since inpatient care has been significantly influenced by the incentives of the DRG system in the last ten years, the federal government's coalition agreement has now moved quality of care in the focus of the health agenda. In order to test the feasibility of a quality-oriented structural reform, the possible impact on the travelling distances to hospital was

examined based on AOK data. It could be shown that, even under conservative assumptions, only few patients would have to cover significantly longer distances if treatment took place in certified centres only. A health care reform that is oriented towards parameters of outcome quality would therefore be feasible.

10.1 Vorbemerkung

In den vergangenen zehn Jahren wurde die stationäre Versorgung durch die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems in vielen Bereichen modernisiert. Die Begleitforschung zum DRG-System stellte jedoch fest, dass die angestrebte Zentralisierung und Spezialisierung der Versorgung weitgehend unterblieben ist (Beckmann et al. 2011). Dabei hat sich in vielen medizinischen Teilgebieten wie in der Onkologie aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht gezeigt, dass eine Versorgung in Zentren und sektorenübergreifenden Netzwerken überlegen ist. Daher müssen die medizinischen Versorgungsstrukturen jetzt unter qualitativen Gesichtspunkten entsprechend diesen Erkenntnissen reformiert werden, damit die bestmögliche Ergebnisqualität erreicht werden kann.

Krebserkrankungen und ihre Auswirkungen nehmen einen stetig größer werdenden Bereich in der Gesundheitsversorgung ein: zum einen aufgrund der steigenden Zahl neuauftretender Krebserkrankungen (480 000 Neuerkrankungen/Jahr (Robert Koch-Institut 2014)), die demografisch bedingt weiter zunehmen wird, und zum anderen durch den immer häufiger werdenden chronischen Verlauf der Erkrankungen. Darüber hinaus ist Krebs mittlerweile die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014).

10.2 Nationaler Krebsplan als Startpunkt einer Versorgungsreform

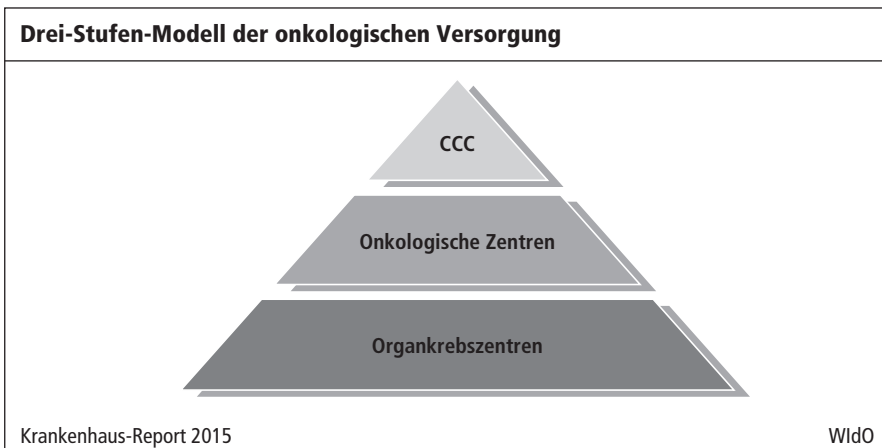
Diese Entwicklungen machen Reformen der onkologischen Versorgung notwendig und haben auch auf europäischer Ebene zu einer Vorgabe geführt, nationale Krebspläne zu entwickeln und umzusetzen. Ausgehend von dieser Vorgabe hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2008 in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan (NKP) initiiert und damit eine Plattform geschaffen, auf der sich die am Thema Onkologie Beteiligten zusammenfinden und Strategien und Maßnahmen für die Früherkennung und die Versorgung krebserkrankter Menschen erarbeiten (Bundesministerium für Gesundheit 2014a). Ein wichtiges Element des Nationalen Krebsplans ist die Beteiligung der Partner der Gesundheitspolitik und -versorgung. Das bedeutet konkret, dass neben den Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. Patientenorganisationen auch der GKV-Spitzenverband bzw. die PKV, die kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer an dem Konsensprozess und der Erarbeitung der über 100 Maßnahmen mitgewirkt haben. Ziel der Ar-

beitsgruppen des Nationalen Krebsplans war es, Strukturen und Prozesse zu etablieren, die die Qualität der Früherkennung, Diagnostik und Behandlung onkologischer Patienten in den Fokus stellen, auf der Basis evidenzbasierter Inhalte und unter Ausschluss unnötiger oder unwirksamer Maßnahmen. Die Arbeit der Experten ist für alle Gruppen weitestgehend abgeschlossen und hat mit der Inkraftsetzung des Krebsfrüherkennungsregistergesetzes (KFRG) zu ersten Ergebnissen geführt (Deutscher Bundestag 2014).

10.3 Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft

Der nächste Aufgabenbereich des Nationalen Krebsplans ist der Aufbau und die Organisation der onkologischen Versorgungsstrukturen. Für die Umsetzung wurde im Rahmen des NKP ein Drei-Stufen-Modell erarbeitet, das auf zertifizierten Zentren aufbaut. Zertifizierte Zentren sind „ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transssektoralen [...] Einrichtungen, die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden [...]“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014b). Ein zertifiziertes Zentrum ist also der Zusammenschluss mehrerer Behandlungspartner aus dem ambulanten und stationären Bereich, die ihre Expertise in das Netzwerk einbringen. Neben den medizinischen Fachdisziplinen bzw. Fachärzten sind obligat auch weitere behandlungsrelevante Disziplinen wie die Sozialarbeit, die ambulante und stationäre onkologische (Palliativ-) Pflege oder die Psychoonkologie in das Netzwerk integriert, sodass aus Sicht der betroffenen Patienten alle Bereiche und alle Phasen der Erkrankung abgebildet werden. Die zertifizierten Zentren sind in einem Drei-Stufen-Modell zusammengefasst, das die unterschiedlichen Aufgaben der verschiedenen Versorgungsstufen und Netzwerke verdeutlicht (Abbildung 10–1). Die Organkrebszentren, wie zum Beispiel Brust- oder Darmkrebszentren, behandeln die häufigsten Tumorentitäten mög-

Abbildung 10–1



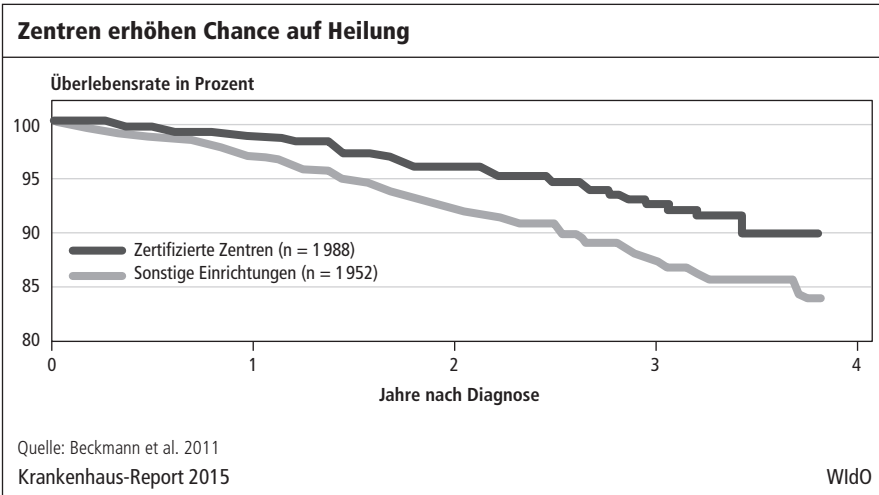
lichst flächendeckend und stellen die breite Basis des Modells dar. Die Onkologischen Zentren betreuen mehrere Tumorentitäten unter einem Dach und dabei vor allem auch weniger häufige Erkrankungen, sie zentrieren die Expertise der Leistungserbringer und sind dementsprechend weniger zahlreich. Die Spitze des Modells wird durch die Onkologischen Spitzenzentren gebildet: obligat universitäre Einrichtungen, die neben Forschung und Lehre innovative Therapiekonzepte entwickeln und für besondere Erkrankungsverläufe ausgewiesene Expertise besitzen.

Das entscheidende Element des Drei-Stufen-Modells ist die Sicherstellung der tumorspezifischen Behandlungsqualität in den onkologischen Netzwerken. Mit der Zertifizierung der Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)¹ bzw. die Deutsche Krebshilfe (DKH)² steht mittlerweile ein entsprechendes Qualitätssicherungs- und vor allem -verbesserungsinstrument bundesweit und für einige Tumorentitäten auch flächendeckend für die onkologische Versorgung zur Verfügung. Beide Organisationen vertreten aufgrund ihrer Strukturen und Aufgaben alle Bereiche und Interessengruppen in der Onkologie und sind nicht einer Fachgesellschaft oder -richtung zuzuordnen. Grundlage für die Zertifizierung sind tumorspezifische Erhebungsbögen, die die leitlinienbasierten Anforderungen und Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen enthalten. Die Anforderungen werden in den interdisziplinär und interprofessionell besetzten Zertifizierungskommissionen der DKG von den Experten erarbeitet, die das Mandat ihrer Fachgesellschaften erhalten haben (Deutsche Krebsgesellschaft 2014b). Im Rahmen der jährlichen Auditverfahren werden die Umsetzung dieser Anforderungen und die Ergebnisse der zertifizierten Zentren überprüft. Wichtig ist dabei, dass die Auditoren selbst onkologisch aktive Fachärzte sind und über eine spezielle Fortbildung für die Durchführung von Zertifizierungen verfügen. Die Überprüfung geschieht also durch Fachexperten, die in dem zu begutachtenden Feld täglich aktiv sind und damit Ergebnisse der Zentren sinnvoll interpretieren und Verbesserungsmaßnahmen anregen können (Wesselmann et al. 2013). Die Ergebnisse der Zentren werden jährlich ausgewertet und in Form von anonymen tumorspezifischen Jahresauswertungen veröffentlicht (Deutsche Krebsgesellschaft 2014a). Mit den Jahresauswertungen werden mehrere Ziele erreicht: Zum einen kann das einzelne Netzwerk seine Ergebnisse mit denen der anderen Netzwerke vergleichen (Querschnitt) und zum anderen kann es die Entwicklung seiner Ergebnisse im Verlauf der Zeit verfolgen (Längsschnitt). Die Behandlungsergebnisse werden während des Audits mit den Fachexperten analysiert. Bei auffälligen Ergebnissen werden konkrete Verbesserungsmaßnahmen vereinbart, deren Wirksamkeit im nächsten Audit überprüft wird. Auf diese Weise wird ein effektiver Plan-Do-Check-Act-Zyklus im onkologischen Alltag implementiert, der zur Verbesserung der Behandlungsqualität beiträgt. Gegenwärtig sind ca. 900 onkologische Netzwerke zertifiziert, die 2013 etwa 150 000 Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors behandelt haben (Suchportal der zertifizierten Zentren 2014). Mit dem Zertifikat wird den Patienten eine Orientierung in dem komplexen Feld der Onkologie ermöglicht und zugleich die Sicherheit gegeben,

1 Die DKG ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland mit über 7 100 Einzelmitgliedern, die in allen Bereichen der Onkologie tätig sind.

2 Die gemeinnützig tätige DKH ist der wichtigste private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsforschung in Deutschland.

Abbildung 10–2

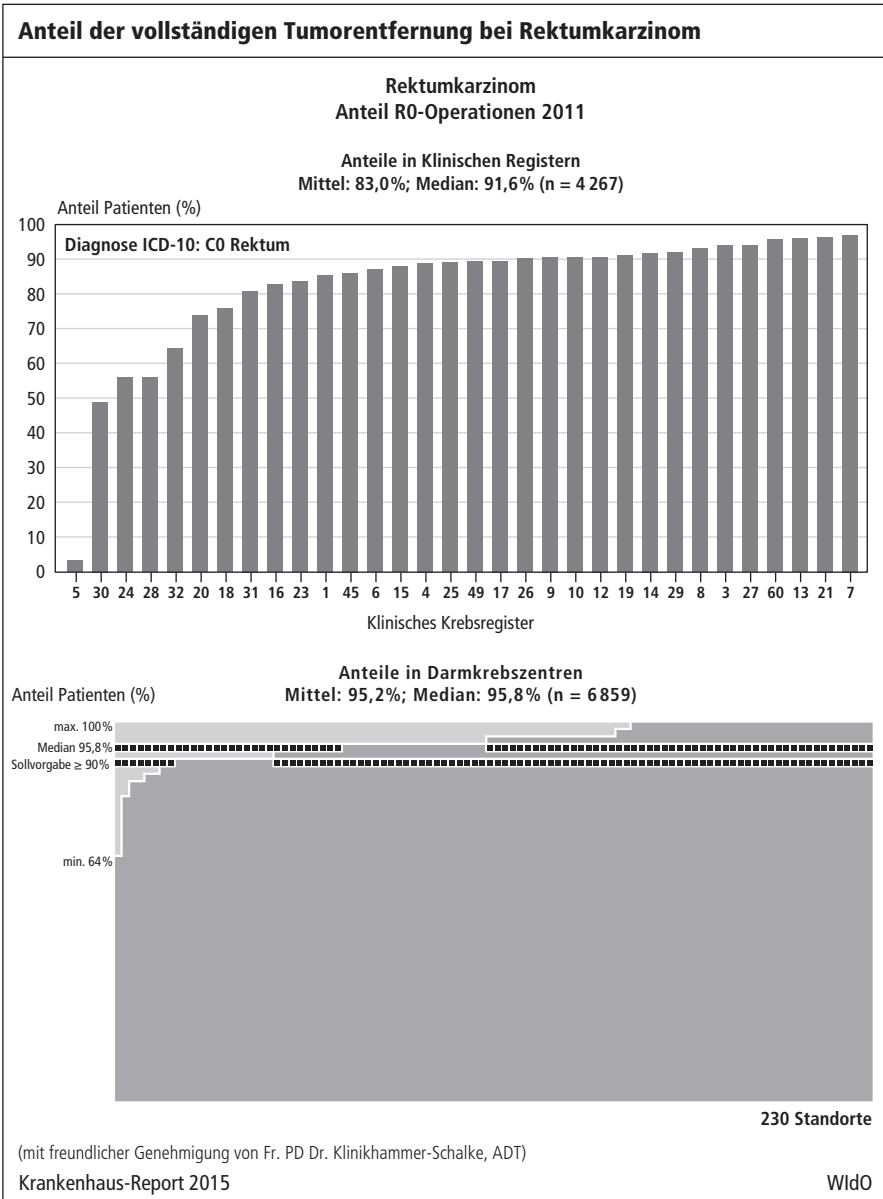


dass die ausgezeichneten Netzwerke hohe Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Effekte der Zertifizierung zeigen sich in der Verbesserung der tumorspezifischen Ergebnisqualitätsparameter: So ergab beispielsweise eine von 2003 bis 2010 durchgeführte Analyse von 3000 Brustkrebspatientinnen eine höhere Überlebensrate der Patientinnen, die sich in zertifizierten Zentren behandeln ließen (Heil et al. 2012). Dieses Ergebnis wird auch durch andere Untersucher bestätigt. In einer Studie von Beckmann et al. (2011) lag bspw. die Überlebensrate von Patientinnen, die in zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, nach vier Jahren bei 90%. Von den Patientinnen, die außerhalb dieser Zentren behandelt wurden, waren dagegen nach vier Jahren noch 83% am Leben (Abbildung 10–2).

Die Patienten mit Prostatakarzinom, die in den zertifizierten Zentren behandelt wurden, haben nach Prostataktomie häufiger einen Kontinenserhalt als die Patienten, die in nicht-zertifizierten Zentren behandelt wurden (Lent et al. 2013). Auch in den Darmkrebszentren zeigen sich für die Patienten mit Lebermetastasen im Vergleich zu anderen Kollektiven erfreulich gute Resektionsraten, die für die tumorfrei operierten Patienten deutlich verbesserte Überlebensraten bedeuten (Wesselmann und Seufferlein 2013). Ein Vergleich mit den Auswertungen der klinischen Krebsregister zeigt, dass die Patienten in zertifizierten Darmkrebszentren häufiger eine vollständige Tumorentfernung (R0) bei Rektumkarzinom erhalten als in den durch die Krebsregister ausgewerteten Kliniken. Die vollständige bzw. nicht vollständige Tumorentfernung ist von zentraler Bedeutung für die sich anschließende Therapie und hat direkte Auswirkungen auf die Ergebnisparameter der Patienten. Hinzu kommt, dass in den Auswertungen der Krebsregister sowohl zertifizierte als auch nicht-zertifizierte Kliniken aufgeführt sind, sodass der tatsächliche Unterschied größer ist als in Abbildung 10–3 dargestellt.

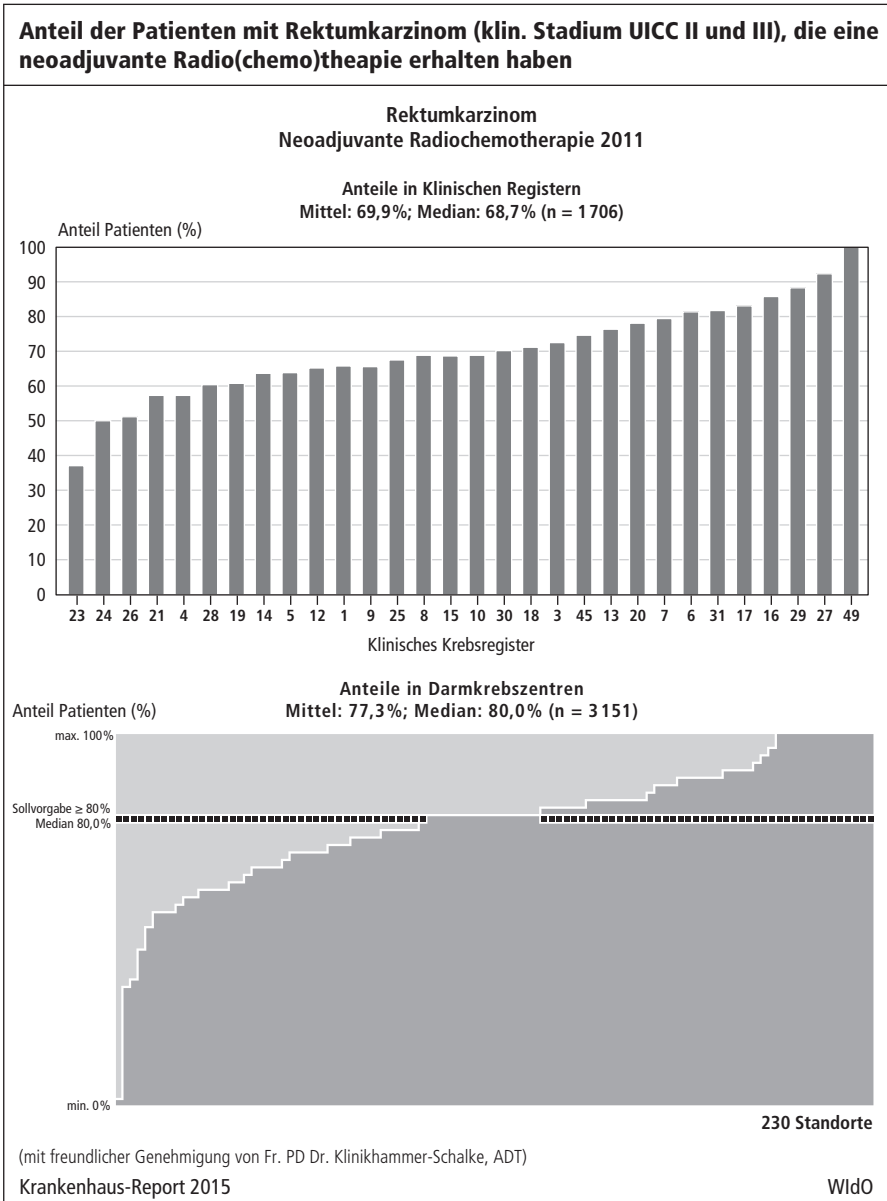
Gleiches zeigt sich, wenn man die Anzahl der bei einer Darmkrebsoperation entfernten Lymphknoten betrachtet. Die evidenzbasierte Leitlinie Kolorektales Karzinom sieht die Entfernung von mindestens zwölf Lymphknoten für eine regel-

Abbildung 10–3



recht ausgeführte Operation vor (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Patienten, die in zertifizierten Zentren behandelt werden, erhalten häufiger eine leitliniengerechte Operation mit Entfernung einer ausreichenden Anzahl an Lymphknoten. Auch die neoadjuvanten Radiochemotherapien bei Patienten mit einem Rektumkarzinom klinisches Stadium UICC II und III werden in den Darmkrebszentren häufiger durchgeführt. Die neoadjuvante Radiochemotherapie verringert signifikant das

Abbildung 10–4



Auftreten von Lokalrezidiven und ist aufgrund der klinischen Bedeutsamkeit von den Experten der Leitliniengruppe als Qualitätsindikator definiert worden (Abbildung 10–4) (Leitlinienprogramm Onkologie 2014).

Neben den beschriebenen Effekten auf die tumorspezifischen Ergebnisqualitätsparameter hat das Zertifizierungssystem aber auch Auswirkungen auf die Ansichten der Patienten- und Leistungserbringer: Befragungen von Zentrumsleitungen und

Patienten ergaben, dass sich Patientinnen in zertifizierten Brustkrebszentren insgesamt sehr gut vom medizinischen und pflegerischen Personal betreut fühlen. Dies erleichterte ihnen der Umgang mit ihrer Erkrankung (Kowalski et al. 2012b). Die leitenden Mitarbeiter der Zentren haben einen Mehrwert für ihre tägliche Arbeit und sehen Verbesserungen bei der Krankenversorgung (Huthmann et al. 2012; Kowalski et al. 2012a).

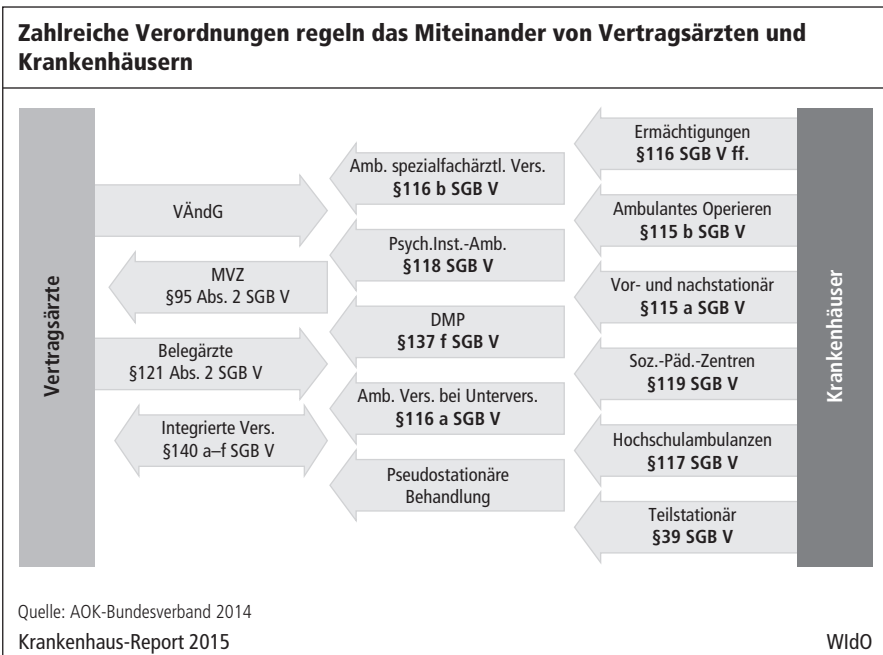
10.4 Herausforderungen für eine qualitätsorientierte Versorgungsreform

Um eine optimalen Versorgung onkologischer Patienten auf Basis zertifizierter Zentren umzusetzen, müssen die Steuerungsinstrumente und Vergütungssysteme im Gesundheitswesen grundlegend angepasst werden. In der Versorgungsrealität gibt es ein Nebeneinander von Fachärzten und Krankenhäusern, zahlreichen weiteren Leistungserbringern wie Medizinischen Versorgungszentren, Arztnetzen, Kooperationsgemeinschaften und Portalkliniken und in Zukunft noch die ambulante spezialärztliche Versorgung (Abbildung 10–5).

Für die Zulassung und Vergütung der Behandlung von Krebspatienten ist die Frage von übergreifenden Qualitätsanforderungen heute nicht von Belang und die Auswahl geeigneter Strukturen bleibt dem einzelnen Patienten überlassen. Erschwert wird die Situation dadurch, dass die Zentrumsbezeichnung auch ohne zugrunde lie-

10

Abbildung 10–5



gende Qualitätsanforderungen oder Zertifizierung von Leistungserbringern geführt werden kann, weil die Begrifflichkeit „Zentrum“ nicht gesetzlich geschützt ist. Es fehlt also eine Verknüpfung von Qualitätsanforderungen und Zulassungs- und Vergütungsfragen, um den Patienten eine strukturierte, abgestufte, qualitätsorientierte Versorgung zu garantieren. Die Anpassungen dafür bedürfen eines umfassenden gesetzlichen Auftrags, der die Verknüpfung qualitativer Elemente als konstituierende Vergütungsvoraussetzung in der onkologischen Versorgung zum Inhalt hat.

Die Zuständigkeit der Umsetzung einer Harmonisierung von Qualitäts- und Vergütungsaspekten kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen werden. Allerdings behindert das sektoral ausgerichtete Gesundheitswesen die Möglichkeit, die onkologische Versorgung sektorenübergreifend und an Qualitätskriterien orientiert neu zu gestalten. Die aktuelle gesetzliche Situation fördert im Ergebnis eher die Sicherstellung partikulärer Interessen und weniger die Mittelverteilung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung. So erweisen sich auch die Vorgaben des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei Qualitätsaspekten als nicht hinreichend präzise. Statt eine Integration der Versorgungssektoren zu ermöglichen, fördert die aktuelle Fassung des § 116b SGB V als gesetzliche Grundlage der ASV eher, dass eine weitere parallele sektorale Säule entsteht.

Aus Patienten- und ordnungspolitischer Sicht ist bei der Umsetzung einer qualitätsorientierten Versorgungsreform auch die Erreichbarkeit von Leistungserbringern von Bedeutung. Daher wird im Folgenden für die Indikationen Brust- und Darmkrebs empirisch auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK gezeigt, welche Konsequenzen auf der Ebene der stationären Versorgung zu erwarten wären, wenn die onkologische Versorgung dieser Patientengruppe ausschließlich in zertifizierten Zentrums- und Netzwerkstrukturen durchgeführt würde. Ziel der Analysen ist es darzustellen, welche Auswirkungen eine konsequente Qualitätsorientierung in der onkologischen Versorgung in Deutschland für die Strukturen der stationären Versorgung in den genannten Leistungsbereichen haben würde.

10.5 Umverteilungsanalysen auf Basis von AOK-Patienten

10.5.1 Methodik

Basis für die folgenden Berechnungen sind die AOK-Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V aus dem Jahr 2013. Es werden alle vollstationären Krankenhausfälle berücksichtigt, bei denen eine der folgenden ICD als Hauptdiagnose in Kombination mit mindestens einer der OPS gemeldet wurde:

Brustkrebs: ICD-10 C50 und D05 und OPS 578*–588*

Darmkrebs: IDC-10 C18, C19, C20 und OPS 545*,546*,548*

Die Auswahl der ICD entspricht der Definition der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Analyse wird auf operative Fälle begrenzt, da für die Zertifizierung eine bestimmte Mindestfallzahl an Operationen nachzuweisen ist.

Der bundesweite Anteil der operierten AOK-Patienten an den Fallzahlen in den Daten nach § 21 KHentzG des Statistischen Bundesamtes im Bereich Brustkrebs

liegt im Jahr 2012 bei ca. 30,0% und im Bereich Darmkrebs bei 35,5%. Dieser Anteil variiert auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer, sodass aus den AOK-Fallzahlen nur eingeschränkte Rückschlüsse auf die Gesamtfallzahl je Krankenhaus gezogen werden können. Für die Ermittlung der Anfahrtswege des Patienten zum Krankenhaus liegt der Wohnort nicht adressgenau vor, daher wird die jeweilige Mittelpunktkoordinate des 5-stelligen PLZ-Gebietes verwendet. Der Krankenhausstandort geht hingegen adressgenau ein. Um Ausreißer³ nicht so stark ins Gewicht fallen zu lassen, werden die Anfahrtswege bestimmter Patientengruppen in Lagemaßen wie dem Median ausgewiesen.

Den auf der Website der Deutschen Krebsgesellschaft (www.oncomap.de) veröffentlichten zertifizierten Zentren (im Folgenden Zentren genannt) im Bereich Brust- und Darmkrebs wurden für die vorliegende Analyse Abrechnungs-IKs zugeordnet. Die Liste der Brustkrebszentren wurde um die Häuser ergänzt, die durch die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKzert) zertifiziert sind. Zum Stand September 2014 wurden insgesamt 335 Krankenhausstandorte in Deutschland als Brust- und 273 als Darmkrebszentrum⁴ ausgewiesen. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass sich unter den aktuell nicht-zertifizierten Leistungserbringern (im Folgenden Nicht-Zentren genannt) solche befinden, welche die Anforderungen schon jetzt erfüllen, sich aber aus unterschiedlichen Gründen noch nicht haben zertifizieren lassen bzw. solche, die sich künftig darum bemühen werden. Somit werden die Effekte auf Patienten und Krankenhäuser in allen Ergebnisse aus den nachfolgenden Analysen überschätzt.

Durch die IK-Zuordnung reduziert sich die Zahl der für die Berechnung verwendeten Standorte auf 326 im Bereich Brustkrebs bzw. 270 im Bereich Darmkrebs. Diese Abweichung erklärt sich dadurch, dass in den § 301-Daten nur das Abrechnungs-IK ausgewiesen ist und bei Verbundbildung ggf. mehrere Krankenhausstandorte über ein gemeinsames IK abrechnen. Die gemessenen Patientenwege bzw. die Distanzen zum nächsten Leistungserbringer können in solchen Sonderfällen zu leicht verzerrten Ergebnissen führen.

Nach Beschreibungen der aktuellen Ist-Situation wird je Indikation simuliert, wie sich der Markt und die Erreichbarkeiten für Patienten je PLZ-Gebiet verändern würden, wenn die Versorgung ausschließlich an bestehenden Zentren erfolgen.

Eine Konzentration der Leistungserbringung auf Zentren bedeutet für einen Teil der Patienten längere Wege ins Krankenhaus. Die Wertigkeit dieses Effekts verglichen mit der steigenden Lebenserwartung etc., die aus der Behandlung in Zentren erwachsen kann, soll im Rahmen dieses Beitrags nicht diskutiert werden. Dennoch soll im Rahmen der Modellrechnung abgeschätzt werden, wie viele zusätzliche Zentren benötigt würden, damit die Erreichbarkeit bundesweit innerhalb einer definierten Grenze bleibt. In diesem Beitrag wurden 50,0 km gewählt.

Mit den vorliegenden Daten ist es im Modell nicht möglich, die konkreten Chancen auf den erfolgreichen Abschluss des umfangreichen Zertifizierungsverfahrens für die Nicht-Zentren in der Zukunft zu approximieren. Allerdings kann es die

3 (Zu) lange Wegezeiten können z.B. dadurch zustande kommen, dass Versicherte in eine andere Stadt gezogen sind, die neue Adresse der Versicherung aber noch nicht als Hauptadresse vorliegt.

4 269 Standorte wurden von der Deutsche Krebsgesellschaft und 67 Standorte von ÄKzert zertifiziert.

derzeitige Bedeutung von nicht zertifizierten Leistungserbringern in der regionalen Versorgung abschätzen und somit Anhaltspunkte liefern, mit welcher Anzahl und in welchen Regionen zusätzliche Zentren helfen können, ein definiertes Erreichbarkeitsziel zu erreichen.

Die zusätzlichen Standorte wurden nach den Grundprinzipien des Maximal-Covering-Location-Modells ausgewählt, um möglichst viele Nachfragepunkte von der Einrichtung zu decken (ReVelle et al. 2008). Konkret wird wie folgt vorgegangen: Zu jedem PLZ-Gebiet, von dem aus kein Zentrum innerhalb von 50,0 km erreichbar ist, werden Nicht-Zentren gesucht, die innerhalb dieser Grenze liegen. Davon wird jenes ausgewählt, das aktuell die größte AOK-Fallzahl aufweist⁵, bis entweder alle PLZ-Gebiete abgedeckt sind oder kein möglicher Leistungserbringer mit einer definierten Mindestfallzahl mehr in Frage kommt.

Die im Rahmen des Auswahlverfahrens gesetzten Grenzen werden beispielhaft gewählt, um die Bedingungen der Umsetzbarkeit einer ausschließlichen Versorgung durch Zentren zu prüfen. Die gesellschaftspolitische Frage, welche Anfahrtswege für eine qualitativ hochwertige Versorgung zumutbar sind, soll im Rahmen dieses Beitrags nicht diskutiert werden.

Zudem bedeutet eine Umverteilung, dass die bestehen bleibenden Leistungserbringer einen Zuwachs an Patienten hätten, was ggf. auch Fragen nach Kapazitäts-erweiterungen aufwerfen könnte. Daher wird analysiert, zu welchen AOK-Fallzahl-zuwächsen es in den Zentren kommen würde.

10.5.2 Analyse und Simulation für die Indikation Brustkrebs

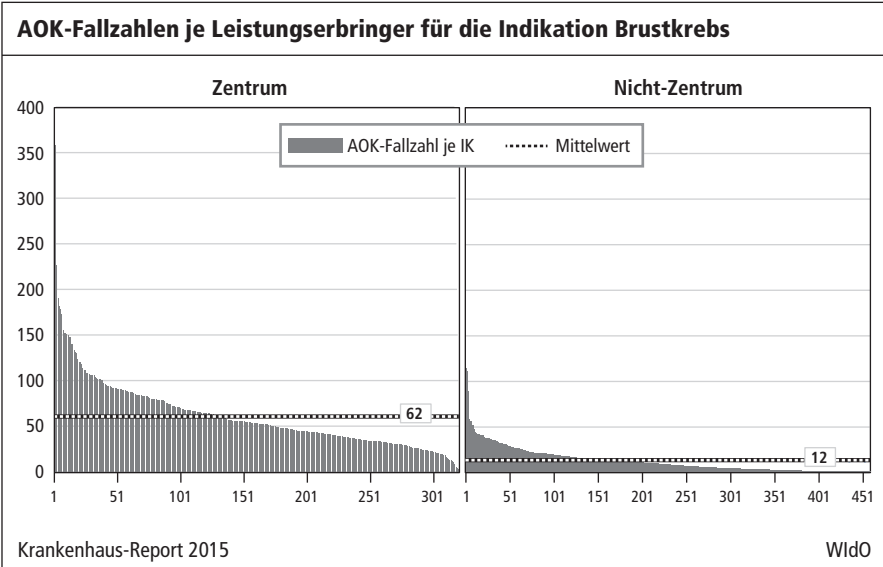
Im Jahr 2013 wurden knapp 26 000 AOK-Versicherte in insgesamt 783 Krankenhäusern aufgrund einer Brustkrebserkrankung operiert. Bei 78,8% dieser Patientinnen fand die Versorgung in einem der 326 Zentren statt. Demzufolge waren mehr als die Hälfte der Krankenhäuser nicht zertifiziert. Die durchschnittliche AOK-Fallzahl der Nicht-Zentren pro Jahr lag bei zwölf, wohingegen die Zentren im Schnitt 62 AOK-Patientinnen abrechneten (vgl. Abbildung 10–6). Nur fünf der Nicht-Zentren erreichten diese Fallzahl, ein Viertel von ihnen behandelte sogar weniger als drei AOK-Fälle im Jahr.

Die regionale Verteilung aller Leistungserbringer sowie der Zentren variiert deutlich. Besonders in NRW, wo neben der Deutschen Krebsgesellschaft die ÄK-zert Brustkrebszentren zertifiziert, zeigt sich eine hohe Zentren-Dichte (vgl. Abbildung 10–7). Dagegen existieren in den meisten Bundesländern Regionen mit weite- ren Entfernungen zum nächsten Zentrum.

Die Analyse der Entfernungen vom Wohnort zum behandelnden Krankenhaus lässt darauf schließen, dass die Patientinnen bereit sind, für nachgewiesene Qualität weitere Wege zu fahren. 50,2% der Brustkrebspatientinnen ließen sich in einem

⁵ Die Priorisierung von fallzahlstärkeren Leistungserbringern bei der Auswahl potenzieller zusätzlicher Zentren beruht auf der Annahme, dass bei diesen Häusern eine bessere Grundvoraussetzung für eine Zertifizierung vorliegt, weil u. a. eine vergleichsweise höhere quantitative Erfahrung und größere Kapazitäten für die Indikationsbereiche gegeben sind. Letzteres ist auch vor dem Hintergrund relevant, dass diese Häuser ggf. über bessere Grundvoraussetzungen verfügen könnten, um zusätzliche Patienten zu behandeln.

Abbildung 10–6



Zentrum behandeln, obwohl ein Leistungserbringer ohne Zertifikat näher war. Sie fuhren im Median 11,0 km weiter, als die Entfernung zum nächsten erreichbaren Krankenhaus gewesen wäre. Auch insgesamt überstieg der Median der Anfahrtswege der Zentren-Patientinnen (16,2 km) den der anderen Patientinnen (12,4 km).

Wäre die Versorgung der Brustkrebspatientinnen ausschließlich in Zentren erfolgt, hätten die Patientinnen, die bisher nicht in einem Zentrum behandelt wurden, einen medianen Anfahrtsweg zum nächsten Leistungserbringer von 24,6 km gehabt.

Auch wenn Patienten aus verschiedenen Gründen nicht immer den wohnort-nächsten Leistungserbringer auswählen, ist deren Erreichbarkeit das geeignete Maß für die Bewertung des regionalen Angebots. Mit Marktaustritt aller Nicht-Zentren würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg je PLZ-Gebiet von 13,6 km auf 21,8 km verlängern. Tabelle 10–1 zeigt, dass aktuell von nahezu allen PLZ-Gebieten aus innerhalb von 50,0 km ein Leistungserbringer erreicht werden kann. Fielen alle Nicht-Zentren weg, wäre der kürzeste Anfahrtsweg von 5,4 % der PLZ-Gebiete aus länger als 50,0 km.

Um für diese PLZ-Gebiete weiterhin zu gewährleisten, dass innerhalb von 50 km ein Leistungserbringer erreichbar ist, wären nur wenige zusätzliche Standorte notwendig. Das hier angewendete Auswahlverfahren ergibt 68 Standorte, die neben den Zentren erforderlich wären, um dieses Ziel zu erreichen. Bereits 47 der AOK-fallzahlstärkeren Nicht-Zentren wären ausreichend, damit nur noch 71 (0,9 %) der PLZ-Gebiete die 50,0 km-Grenze überschreiten (vgl. Abbildung 10–8).

Eine Zentralisierung des Angebotes hätte nicht nur Einfluss auf die Patientenwege, sondern auch auf die Fallzahl der Leistungserbringer. Abbildung 10–6 zeigt den Effekt auf die Nichtzentren nach aktuellem Stand. Ob in den aktuellen Zentren Kapazitätserweiterungen notwendig wären, lässt sich jedoch auf Grundlage der

Abbildung 10–7

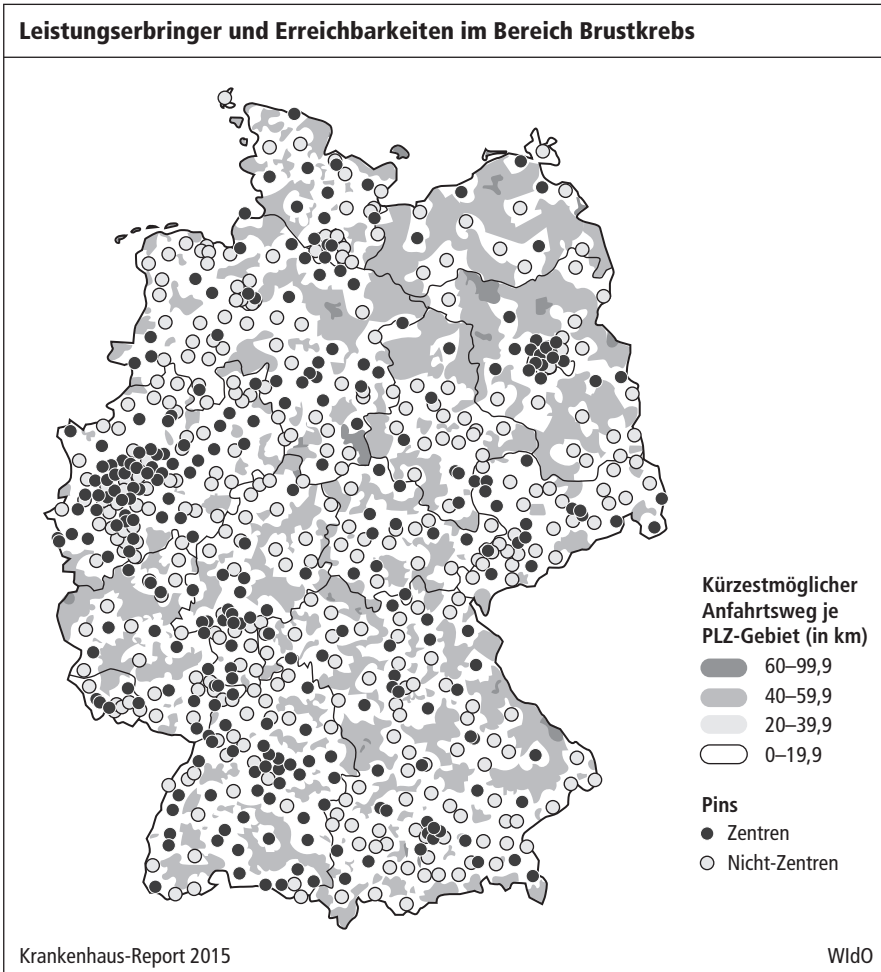


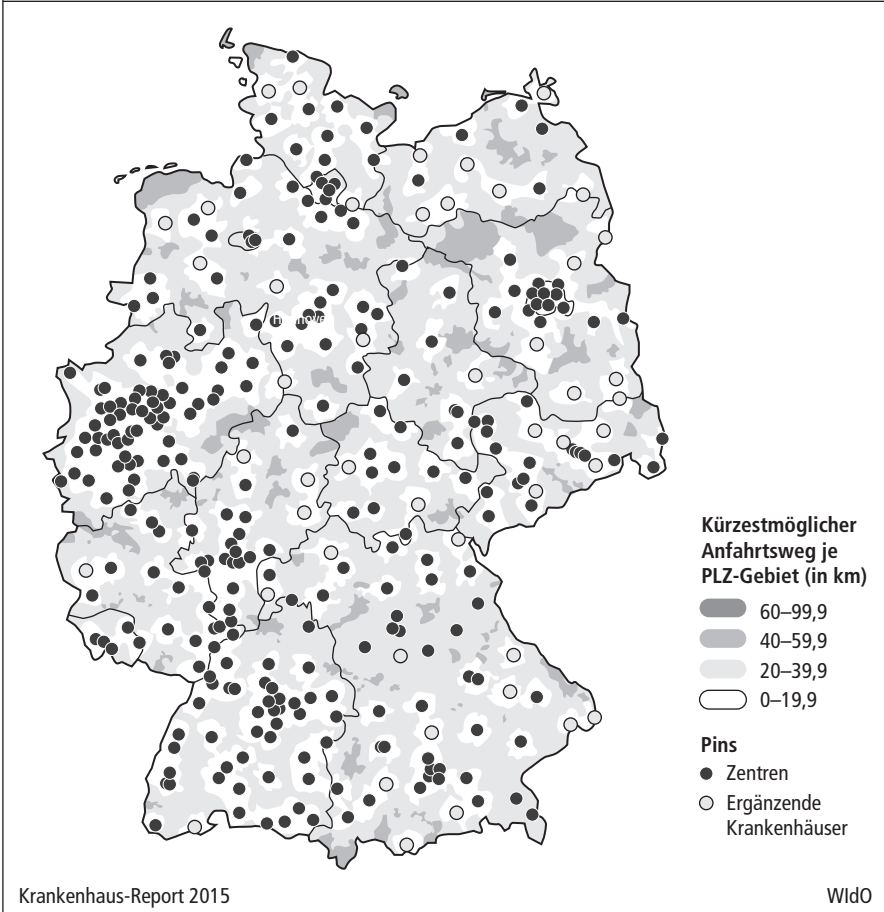
Tabelle 10–1

Anzahl der PLZ-Gebiete nach ihrem kürzestmöglichen Anfahrtsweg zum nächsten Leistungserbringer im Bereich Brustkrebs

	Versorgung durch	
	Zentren und Nicht-Zentren	Zentren
Unter 25 km	7 503	5 360
25 bis unter 50 km	832	2 509
50 bis unter 75 km	6	409
Über 75 km	2	65

Abbildung 10–8

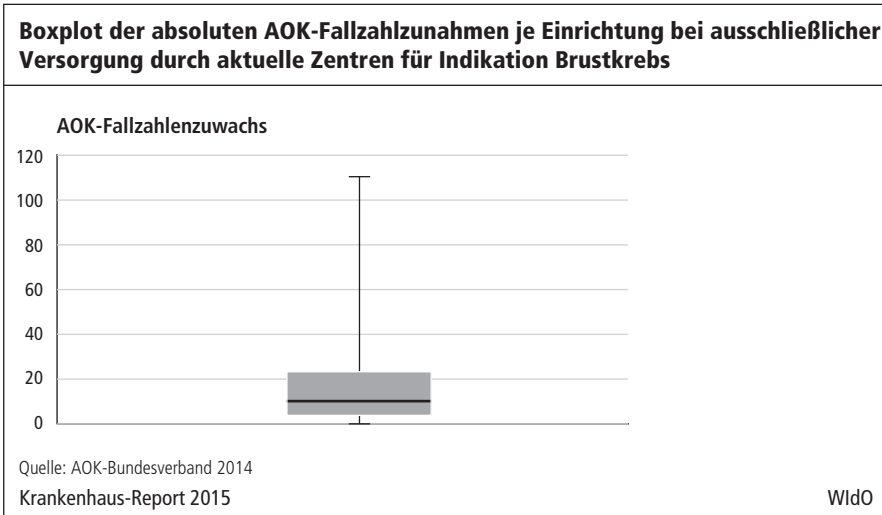
Brustzentren und 47 ausgewählte zusätzliche Leistungserbringer und deren Erreichbarkeit



AOK-Daten allein nur näherungsweise abschätzen. Abbildung 10–9 zeigt die Zunahme von AOK-Patientinnen unter der Annahme, dass die nicht in einem Zentrum operierten AOK-Patientinnen jeweils in das nächste Zentrum gegangen wären. Im Durchschnitt resultierte für die Zentren ein Zuwachs von zehn AOK-Patientinnen, für zwei Zentren allerdings wären es über 100 zusätzliche Patientinnen. Bei der Verwendung des mittleren Anteils von AOK-Patienten von 30,0% entspräche dieser Spitzenwert rund 330 zusätzlichen operativen Brustkrebspatientinnen an 250 Arbeitstagen⁶. Für diese potenziell zusätzlichen Fälle an Zentren würde der Mehr-

⁶ Als Arbeitstag werden die Wochentage Montag-Freitag definiert, an denen elektive Leistungen wie eine Brustkrebsoperation in der Regel durchgeführt werden.

Abbildung 10–9



aufwand an Personal- und Sachmitteln über das reguläre DRG-Abrechnungsverfahren auch zusätzlich vergütet werden. Ob aber z. B. der zusätzliche Bedarf an entsprechend qualifiziertem Personal über den regionalen Arbeitsmarkt kurzfristig gedeckt werden kann, ist mit den vorliegenden Daten nicht zu prognostizieren.

10.5.3 Analyse und Simulation für die Indikation Darmkrebs

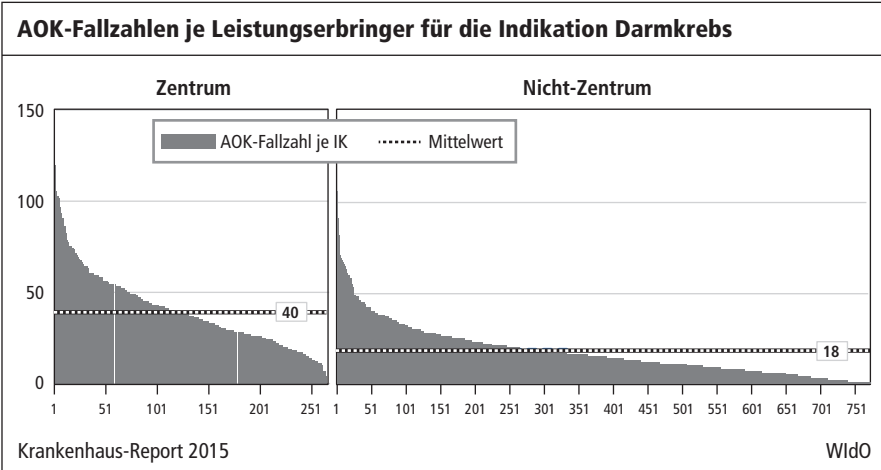
Die Operationen von etwas mehr als 24 000 bei der AOK versicherten Darmkrebspatienten fand 2013 in 1 031 Krankenhäusern statt. Demzufolge ist die Versorgung dezentraler als bei der Indikation Brustkrebs. Hinzu kommt, dass weniger Leistungserbringer zertifiziert sind. Die 270 Zentren entsprechen nur über 26,2% der Krankenhäuser, versorgten aber knapp 44,5% der Patienten. Entsprechend war die durchschnittliche AOK-Fallzahl der Zentren mit 40 Fällen mehr als doppelt so hoch wie die der Nicht-Zentren. Etwas mehr als ein Drittel der Nicht-Zentren behandelte zudem weniger als zehn AOK-Fälle im Jahr 2013 (vgl. Abbildung 10–10).

Abbildung 10–11 zeigt die unterschiedliche regionale Verteilung der Leistungserbringer. Zentren sind vor allem in vielen größeren Städten angesiedelt. Im Nord-Osten Deutschlands bspw. sind jedoch wenige der Leistungserbringer zertifiziert.

Der Median der Anfahrtswege beider Patientengruppen lag im Jahr 2013 jeweils bei rund 11,6 km. Mehr als die Hälfte der Zentren-Patienten ließ sich im Zentrum behandeln, obwohl ein anderer Leistungserbringer näher gewesen wäre, und nahm dafür einen medianen zusätzlichen Weg von 7,3 km in Kauf. Insgesamt fuhren 20,0% der Zentren-Patienten weiter als 26,6 km, das entsprechende 4. Quintil von Patienten nicht zertifizierter Krankenhäuser lag 3,3 km darunter. Wären letztere stattdessen alle im nächsten Zentrum behandelt worden, hätte die Hälfte von ihnen einen Anfahrtsweg von unter 26,8 km gehabt.

Die größere Anzahl an Leistungserbringern insgesamt und die geringere Zentren-Dichte in der Indikation Darmkrebs im Vergleich zu Brustkrebs spiegelt sich

Abbildung 10–10



auch in der Erreichbarkeit von Leistungserbringern je PLZ-Gebiet wider. Von 94,2% der PLZ-Gebieten aus war im Jahr 2013 in unter 25 km ein Krankenhaus erreichbar. Wenn keines der Nicht-Zentren die Leistung erbracht hätte, wäre dies noch von über der Hälfte aller PLZ-Gebiete aus der Fall gewesen. In diesem Fall hätten 11,3% der PLZ-Gebiete 50,0 km als kürzesten Anfahrtsweg überschritten (Tabelle 10–2). Damit sich der Anfahrtsweg von keinem dieser PLZ-Gebiete auf über 50,0 km verlängert, wären nach dem gewählten Auswahlverfahren 116 Standorte neben den Zentren notwendig. Bereits 100 der fallzahlstärksten Nicht-Zentren würden ausreichen, damit die 50,0 km-Grenze nur von 46 PLZ-Gebieten neu überschritten würde (Abbildung 10–12).

Ohne dass noch neue Zentren hinzugekommen wären, hätte eine ausschließliche Versorgung durch die 270 bestehenden Zentren für diese bedeutet, dass sie durchschnittlich 34 AOK-Fälle mehr behandelt hätten (vgl. Abbildung 10–13). Bei sieben von ihnen hätte die zusätzliche AOK-Fallzahl allerdings über 200 gelegen. Ausgehend von einer AOK-Abkauftrate von 35,5% bedeutet dies, dass durchschnittlich an jedem der 250 jährlichen Arbeitstage bis zu drei bundesweite Fälle zusätzlich zu behandeln gewesen wären.

10.6 Fazit

Die amtierende Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag die Qualität der stationären Versorgung in den Fokus der gesundheitspolitischen Ziele gestellt. In der onkologischen Versorgung wird der Anpassungsbedarf für ein qualitativ ausgerichtetes Gesundheitswesen deutlich, weil gezeigt werden kann, dass zertifizierte Zentrumsstrukturen ergebnis- und prozessqualitative Vorteile gegenüber der Behandlung außerhalb dieser Strukturen haben. Daher ist aus Gründen des Patientenschutzes eine Versorgungsreform erforderlich, die die Versorgung auf nach den Verfahren der Deutschen

Abbildung 10–11

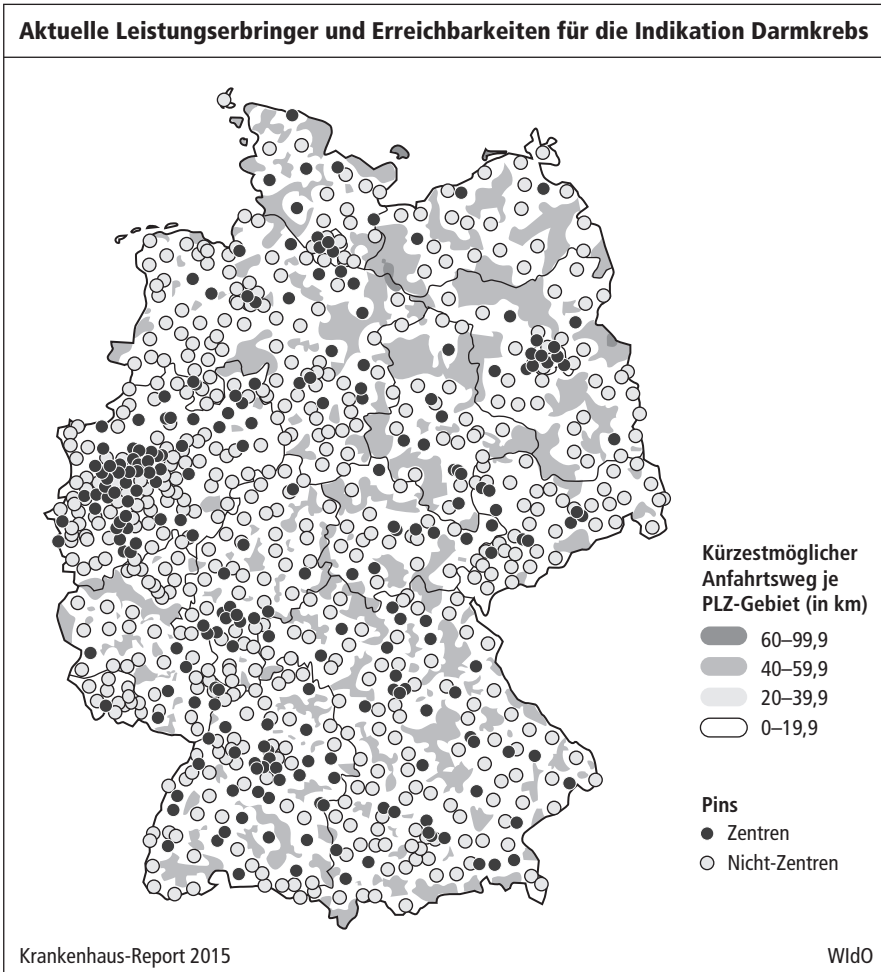


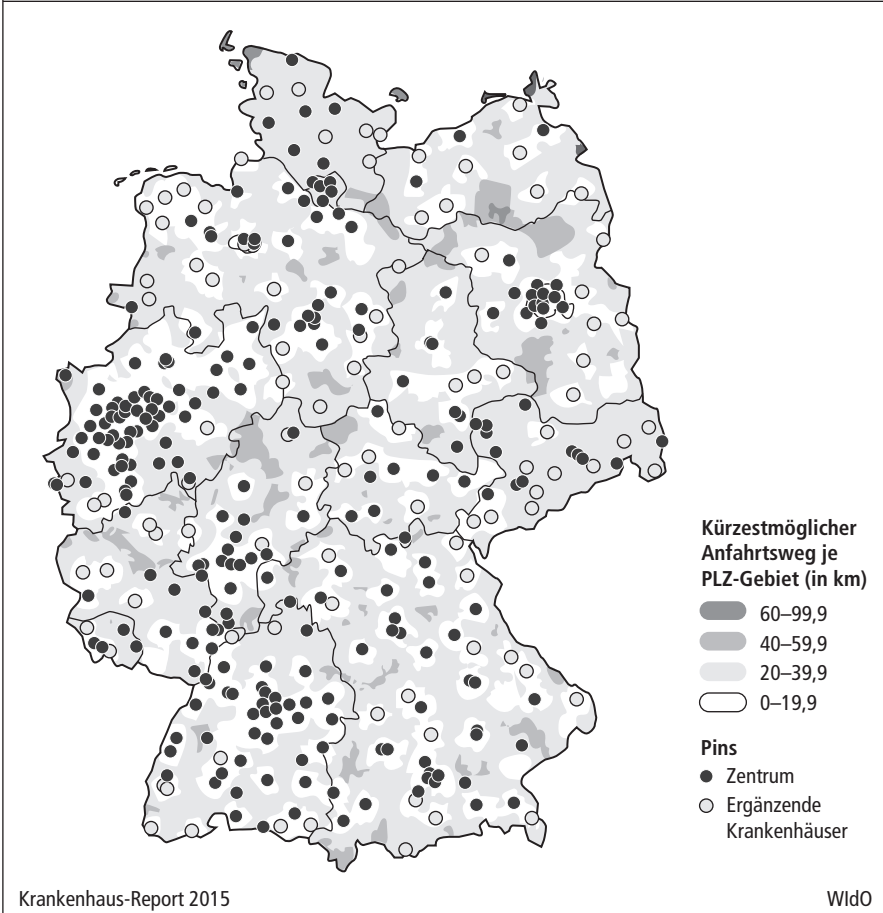
Tabelle 10–2

Anzahl der PLZ nach ihrem kürzestmöglichen Anfahrtsweg zum nächsten Leistungserbringer im Bereich Darmkrebs

	Versorgung durch	
	Zentren und Nicht-Zentren	Zentren
Unter 25 km	7 860	4 504
25 bis unter 50 km	479	2 723
50 bis unter 75 km	2	937
Über 75 km	2	179

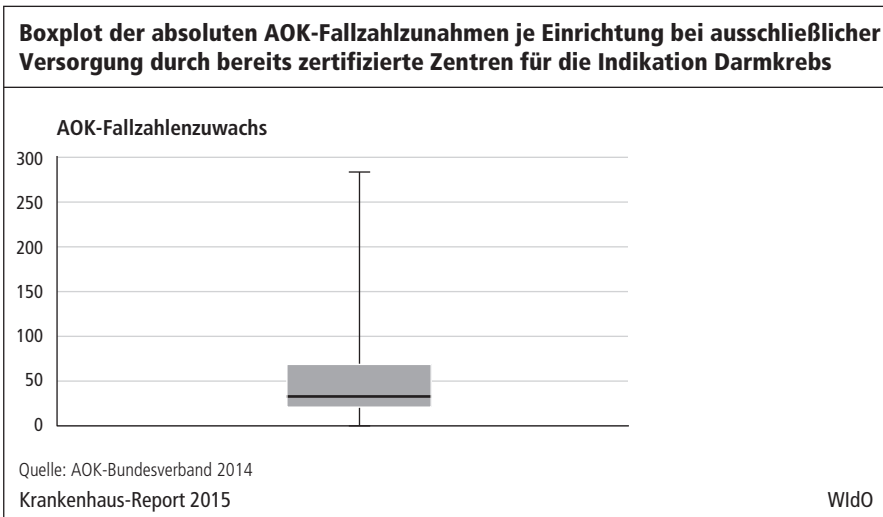
Abbildung 10–12

Darmkrebszentren und 100 ausgewählte zusätzliche Leistungserbringer und deren Erreichbarkeit



Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zertifizierte Zentren begrenzt. In einem Berechnungsmodell konnte für die Indikationen Brustkrebs und Darmkrebs gezeigt werden, dass es schon heute eine größere Zahl an Patienten gibt, die freiwillig weitere Wege zurücklegen, um sich in Zentren behandeln zu lassen. Fände die Versorgung ausschließlich durch die derzeit zertifizierten Zentren statt, würde sich zwar der kürzeste Anfahrtsweg von manchen PLZ-Gebieten aus verlängern. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich weitere Häuser um eine Zertifizierung bemühen und sich somit auch die Erreichbarkeit verbessert, sollte von politischer Seite ein Konzentrationsprozess auf zertifizierte Leistungserbringer beschlossen werden. Zudem konnte gezeigt werden, dass deutlich weniger Krankenhäuser neben den aktuell zertifizierten Zentren ausreichen würden, um eine bessere Versorgungsqualität und zugleich eine flächendeckend bessere Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Abbildung 10–13



Für die Notfallversorgung ist Erreichbarkeit zweifelsohne ein geeignetes Maß, um Strukturentscheidungen für die Notwendigkeit von Standorten zu begründen. In der onkologischen Versorgung sollten nachgewiesene Qualitätsunterschiede dazu herangezogen werden, eine Zentralisierung der Versorgung mit normativem Charakter durchzuführen.

Literatur

- Beckmann MW, Brucker C, Hanf V et al. Qualitätsgesicherte Versorgung in zertifizierten Brustzentren und Optimierung der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. *Onkologie* 2011; 34: 362–7.
- Bericht zur DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG http://www.gdrg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG. Siegburg 2014 (16. September 2014).
- Bundesministerium für Gesundheit. Nationaler Krebsplan. <http://bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>. Berlin 2014a (16. September 2014).
- Bundesministerium für Gesundheit. Ziel 5 Nationaler Krebsplan. <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/ziel-5-qualitaetssicherung-zertifizierung-onkologischer-behandlungseinrichtungen.html>. (Zugriff: 16.09.2014).
- Deutsche Krebsgesellschaft. Jahresberichte der zertifizierten Zentren. <http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/jahresberichte.html>. Berlin 2014a (16. September 2014).
- Deutsche Krebsgesellschaft. Mitglieder der Zertifizierungskommissionen. <http://www.zertkomm.de/index.php>. Berlin 2014b (16. September 2014).
- Deutscher Bundestag. <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/Betrifft-Recht/Dokumente/edruksachen/pdf/1711267.pdf>. Berlin 2014 (16. September 2014).
- Heil J, Gondos A, Rauch G et al. Outcome analysis of patients with primary breast cancer initially treated at a certified academic breast unit. *The Breast* 2012; 21: 303–8.

- Huthmann D, Seufferlein T, Post S, Benz S, Stinner B, Wesselmann S. Zertifizierte Darmkrebszentren aus Sicht der Zentrumsleitungen: Ergebnisse einer Schlüsselpersonenbefragung. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2012; 50: 753.
- Kowalski C, Wesselmann S, Ansmann L, Kreienberg R, Pfaff H. Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Zentrumsleitungen: Ergebnisse einer Schlüsselpersonen-Befragung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2012; 72: 235–42.
- Kowalski C, Wesselmann S, Kreienberg R, Schulte H, Pfaff H. Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Patientinnen: Stärken und Verbesserungspotenziale. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2012; 72: 137–43.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.1, 2014, AWMF Registrierungsnummer: 021-007OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (16. September 2014)
- Lent V, Schultheis HM, Strauß L, Laaser MK, Buntrock S. Belastungsinkontinenz nach Prostatektomie in der Versorgungswirklichkeit. *Der Urologe* 2013; 52: 1104–9.
- ReVelle RC, Scholssberg M, Williams J. Solving the maximal covering location problem with heuristic concentration. *Computers & Operations Research* 2008; 35: 427–35.
- Robert Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten. http://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html. Berlin 2014 (16. September 2014)
- Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>. Wiesbaden 2014 (16. September 2014).
- Suchportal der zertifizierten Zentren. <http://www.oncomap.de/> (16. September 2014).
- Wesselmann S, Seufferlein T. What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases? *Chirurg* 2013. DOI 10.1007/s00104-013-2562-4.
- Wesselmann S, Winter A, Ferencz J, Seufferlein T, Post S. Documented quality of care in certified colorectal cancer centers in Germany: German Cancer Society benchmarking report for 2013. *Int J Colorectal Dis* 2013; 29: 511–8.

11 Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Jochen Metzner und Cornelia Winten

Abstract

Krankenhausplanung ist eine notwendige und unverzichtbare staatliche Aufgabe, die nach dem Grundgesetz den Bundesländern zusteht. Diese Aufgabe erschöpft sich aber aktuell im Wesentlichen auf die Planung der Standorte, der Fachgebiete und zum Teil der erforderlichen Behandlungskapazitäten. Die meisten Bundesländer haben zudem eigene Strukturqualitätsvorgaben entwickelt und eigene Fachkonzepte veröffentlicht. Allerdings ist es aktuell noch nicht möglich, zu beurteilen, welche Krankenhäuser – und sei es auch nur in Teilbereichen – „gute“ oder „schlechte“ Qualität liefern, obwohl es eine Vielzahl von Qualitätsvorgaben gibt. Die Patienten sind hierfür auf mehr oder weniger vertrauenswürdige Portale angewiesen. Krankenhausplanung liefert hierfür keine Hilfestellung. Die grundlegenden bundesrechtlichen Normen des KHG stellen Qualitätsaspekte noch nicht in den Vordergrund.

Zukunftsgerichtete Krankenhausplanung muss neben die herkömmlichen Ziele der bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern an Qualität und Patientensicherheit orientierte Ziele in den Vordergrund stellen. Hierfür sind bundes- und landesrechtliche Vorgaben zu verändern. Die Qualitätsoffensive der Großen Koalition auf Bundesebene mit der beabsichtigten Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist dazu ein erster Schritt. Weitere Schritte werden im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform gegangen werden. Auf der Landesebene sind, wie aktuell in Hessen, eine Vielzahl von Möglichkeiten vorhanden, um die Patientensicherheit wirklich zu verbessern.

According to the German constitution, hospital planning is a necessary and indispensable governmental task of the federal states. Currently, however, it is more or less limited to the planning of hospital sites, medical specialties and partly the required treatment capacity. Most federal states have also developed their own structure quality specifications and technical concepts. At the time being it is not possible to assess which hospitals – even if only in certain medical areas – supply “good” or “bad” quality, although there are a variety of quality standards. Patients have to rely on more or less trustworthy portals. Hospital planning is no help, since quality aspects are no priority of the basic federal law standards of the Hospital Financing Act (KHG).

Apart from traditional goals such as an appropriate supply of efficient, self-responsibly managed hospitals, forward-looking hospital planning must emphasize quality and patient safety. To this effect, federal and state legal requirements have to be changed. The quality initiative of the Grand Coalition at the federal level

with the proposed establishment of the Institute for Quality and Transparency in Health Care is a first step. Further steps will be taken within the federal-state working group on hospital reform. At the state level, as currently in Hesse, there is a variety of options which might genuinely improve patient safety.

11.1 Einführung

Qualität ist zurzeit im Gesundheitswesen in aller Munde. Qualität ist „in“, Qualität ist ein Zauberwort. Allein im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen aus dem November 2014 kommt der Begriff „Qualität“ im Abschnitt „Krankenhausversorgung“ immerhin 25 Mal vor. Wer sich zur Qualität bekennt, macht also nichts falsch, – man steht damit immer auf der richtigen Seite.

Aber – dieser ironisch klingenden Einführung zum Trotz – der Hype um die Qualität ist berechtigt. Es wird Zeit, den Krankenhausbereich auf eine neue Evolutionsstufe zu bringen, das Zeitalter der Qualität.

In den letzten Jahren wurde große Energie darauf verwandt, die Krankenhäuser wirtschaftlicher zu machen. Mit der Einführung des DRG-Systems sollten die Kliniken den letzten Schritt machen aus dem dunklen Mittelalter der Selbstkostendeckung in ein Wettbewerbssystem. Es ging darum, aus den vorgegebenen landeseinheitlichen Preisen das Beste zu machen, d. h. wirtschaftlich erfolgreicher zu sein als der Durchschnitt der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser. Erfolgreicher zu sein als der Durchschnitt reicht heute aber kaum mehr aus, weil eine Betrachtung der durchschnittlichen Kosten eines Falles nichts darüber aussagt, ob den Kosten auch kostendeckende Erlöse insgesamt gegenüberstehen. Nach Umfragen des Deutschen Krankenhausinstituts haben aktuell wohl etwa 50% der deutschen Krankenhäuser Verluste zu verzeichnen. Auch der Krankenhaus Rating Report 2014 (Augurzky 2014) berichtet von einer Verschlechterung der Lage und steigender Insolvenzgefahr der deutschen Krankenhäuser. Worin hierfür die Ursachen zu suchen sind, wird unterschiedlich diskutiert. Ob es die rückläufige Investitionsfinanzierung der Bundesländer, eine unzureichende Abbildung von Kostensteigerungen im Vergütungssystem, fehlende Managementkompetenz oder noch immer vorherrschendes Einzelkämpfertum der Krankenhäuser oder (was der Wahrheit am nächsten kommen dürfte) eine Kombination dieser Ursachen ist, sei dahingestellt. Im Ergebnis haben die deutschen Krankenhäuser in diesem „Kampf ums Überleben“ ihr Augenmerk vor allem darauf gerichtet, Kosten zu senken und die Erlöse zu steigern. Die geeignetste Methode zur Erlössteigerung ist dabei die Fallzahlsteigerung oder der Versuch, den Casemix zu erhöhen. Ob die Infrastruktur einer Klinik auf komplexe Leistungen ausgerichtet ist, ist dabei manchmal zweitrangig.

Der eigentlich gewollte und auch propagierte „Qualitätswettbewerb“ der deutschen Krankenhäuser kann sich unter diesen Voraussetzungen kaum entwickeln. Er beschränkt sich zumeist auf Eigenwerbung auf der Website der Kliniken. Das kann weder im Sinne der Kostenträger und erst Recht nicht im Sinne der Patienten sein.

Die Patienten wollen sichergestellt wissen, dass Krankenhäuser „ihr Handwerk verstehen“, dass die Komplikationsrate und die Zahl im Krankenhaus erworbener Infektionen gering sind, dass die Kliniken das Menschenmögliche tun, um die Pati-

entensicherheit zu gewährleisten. Aus eigener Kraft können sie sich die dazu nötigen Informationen kaum verschaffen. Sie dürfen aber erwarten, dass staatliche Stellen, die die Konzession zur Teilnahme an der allgemeinen Versorgung erteilen, darüber wachen. Dazu gehört auch die berechnete Erwartung, dass Krankenhäuser bei schlechter Leistung ganz oder teilweise von der Versorgung ausgeschlossen werden. Wer den Versorgungsauftrag schlecht erfüllt, der soll ihn auch verlieren können. Wer ihn gut erfüllt, soll gestärkt werden. Herkömmliche Krankenhausplanung wird diesem Anspruch jedoch nur unzureichend gerecht. Man muss daher untersuchen, warum das so ist und wie man es ändern könnte.

11.2 Bestehende Qualitätsvorgaben

Es gibt bereits umfangreiche Qualitätsvorschriften im Neunten Abschnitt (§§ 135ff.) des SGB V, etwa die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinien, dazu gehören die – momentan zum Teil ausgesetzten – Mindestmengen; es gibt Vorgaben zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung mit dem „strukturierten Dialog“; es gibt Qualitätsanforderungen in den OPS, es gibt Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und unterschiedliche Anforderungen diverser Zertifizierungsverfahren. Krankenhäuser müssen mittlerweile jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen und dort zunehmend auch „harte“ Fakten veröffentlichen. Im strukturierten Dialog müssen Krankenhäuser sich rechtfertigen, wenn sie auffällige Ergebnisse haben. Es existieren eine Reihe von Initiativen, vorwiegend getrieben von privaten Klinikketten, wie QSR (Helios, AOK), Qualitätskliniken.de (Asklepios, Rhön, Sana), und diverse Veröffentlichungen im Internet oder in Magazinen (Fokus). Allen gemeinsam ist, dass sie (auch) die Ergebnisse der stationären Versorgung transparent und messbar machen wollen.

AQUA als vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragtes Institut hat schließlich den gesetzlichen Auftrag, Verfahren und Methoden für eine einrichtungs- und möglichst sektorenübergreifende Ergebnisqualität zu entwickeln.

Auch die Länder entwickeln eigene Qualitätsvorgaben, zuletzt etwa das Land Nordrhein-Westfalen in seinem neuen Krankenhausplan mit Vorgaben zur Strukturqualität in den Krankenhäusern.

Man kann darüber streiten, ob ein solcher „Qualitätsföderalismus“ in der Krankenhausplanung sinnvoll ist: Mittelfristig sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seine Richtlinienkompetenz aus § 137 SGB V verstärkt dazu nutzen, um deutschlandweit einheitliche Regelungen zu treffen, wie dies im Hygienebereich durch die Kommission für Krankenhaushygiene beim Robert Koch-Institut der Fall ist.

Für die Patienten ist es trotz der Vielzahl an Regelungen schwierig, sich darüber zu informieren, welche Klinik für sie die geeignete ist. Wer sich bemüht, in dem Wust an Informationen einen roten Faden, eine nachvollziehbare Entscheidungsgrundlage, etwa für eine geplante Operation, zu erhalten, wird am Ende der Empfehlung seines Arztes vertrauen oder dort hingehen, wo die Familie schon immer hingegangen ist.

Es ist noch nicht die Zeit gekommen, Ergebnisqualität regelmäßig zur Grundlage krankenhaushausplanerischer Entscheidungen zu machen. § 19 Abs. 1 Satz 2 des

Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011) bietet eine theoretische Grundlage hierfür, denn bei den krankenhauplanerischen Entscheidungen „sind“ hiernach auch die in den §§ 135 bis 139c SGB V entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Freilich findet diese Grundlage in der Praxis noch keine Anwendung, weil solche Indikatoren der gerichtlichen Überprüfung standhalten müssen. So findet sich in der Begründung zu § 19 HKHG 2011 auch die Einsicht, dass die Entwicklung gerichtsfester Indikatoren erst am Anfang stehe. Im Jahr 2013 hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gemeinsam mit dem Lenkungs-gremium der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen beschlossen, in einer Arbeitsgruppe nach Wegen zu suchen, um die Qualitätsergebnisse aus dem strukturierten Dialog für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen. Damit stellt sich die Frage, inwiefern das bestehende System der Krankenhausplanung in Deutschland überhaupt ausreichende Werkzeuge hat, um qualitätssichernde Maßstäbe umzusetzen.

11.3 Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung

11

Die Notwendigkeit, Krankenhäuser vorzuhalten, basiert auf universellen Wertvorstellungen. In Deutschland sind diese Wertvorstellungen im Grundgesetz in besonderer Weise geschützt. Die Würde des Menschen und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bilden das Fundament jeder Gesundheitspolitik. Das in Art. 20 GG verankerte Sozialstaatsprinzip drückt zusätzlich die „unverrückbare Verantwortung“¹ des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aus. Krankenhausplanung hat für die „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ zu sorgen²: Hierfür haben die Länder Krankenhauspläne aufzustellen. Krankenhausplanung ist Ländersache, weil die Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Nr. 19a GG sich nur auf die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ erstreckt, nicht aber auf die Krankenhausplanung, die Ländersache bleibt.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt.³ Ein positiver Bescheid gewährt sowohl einen Rechtsanspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten gegen das jeweilige Bundesland als auch die Konzession, die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten von den Krankenkassen bezahlt zu bekommen.⁴

Bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Krankenhaus einen Feststellungsbescheid nach § 8 KHG erhalten kann, ist zu beachten, dass nach § 8 Abs. 2 KHG kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen

1 SVR 2007, RdNr. 545.

2 §§ 1 Abs. 1, 6 Abs. 1 KHG.

3 § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG.

4 §§ 108 Nr. 2, 109 SGB V.

und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Bestimmung unter Rückgriff auf den Zweck des Gesetzes (§ 1 Abs. 1 KHG) so ausgelegt, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan dann besteht, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (Erste Entscheidungsstufe). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (Zweite Entscheidungsstufe). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht gebilligt.⁵ Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses ist auf beiden Entscheidungsstufen, dass das Krankenhaus bedarfsgerecht, also geeignet ist, einen vorhandenen Bedarf zu befriedigen.

11.3.1 Bedarf

Was eine „bedarfsgerechte Versorgung“ sein soll, ist zunächst unklar: Ist sie subjektiv – vom einzelnen Bürger aus betrachtet – oder objektiv – nach festzusetzenden Kriterien – zu bemessen? Geht es um den Bedarf an Krankenhausleistungen oder den Bedarf an Krankenhäusern? Die Rechtsprechung spricht z. T. vom „Bedarf an Krankenhausbetten“. Letztlich geht es jedenfalls darum, die notwendigen Kapazitäten zu bestimmen, um die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu sichern. Hierfür ist eine Bedarfsanalyse erforderlich.

Zu dieser hat das Bundesverwaltungsgericht⁶ festgestellt: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen.“ Dem Land ist also nicht erlaubt, seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen.

Nach OVG Lüneburg⁷ ergibt sich der tatsächlich zu versorgende Bedarf aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen.

Bedarf ist also das, „was ist“, nicht das, was ein Land oder eine Krankenkasse dafür halten.

Krankenhausplanung muss vor allem nicht überprüfen, ob jede Krankenhauseinweisung gerechtfertigt war. Abgesehen davon, dass dies gar nicht möglich ist, stehen hierfür andere Instrumente zur Verfügung. Versicherte haben nach § 39

5 BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209.

6 BVerwG, Urteil vom 14.11.1985, 3C 41/84.

7 OVG Lüneburg, Urt. v. 15.12.1998, 11 L 6860/98, MedR 2000, S. 93.

SGB V Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Bei geplanten Eingriffen erfolgt zuvor eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt, der dies schon aus ethischen und berufsrechtlichen Gründen nicht leichtfertig tun darf. Jedenfalls kann die Planungsbehörde weder in jedem Einzelfall noch in der Gesamtheit der Krankenhaussfälle beurteilen, ob und welche Operationen vielleicht unnötig waren. Dies zu beurteilen, obliegt vielmehr dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen⁸, der dies auch in ausreichendem Umfang tut, denn er prüft mittlerweile mehr als 10% aller Krankenhaussfälle. Ein großer Teil davon beschäftigt sich mit der „primären Fehlbelegung“, also der Frage, ob die Krankenhausbehandlung erforderlich war oder nicht.

Die Überprüfung im System der GKV ist folgerichtig. Dem Bund obliegt die Gesetzgebungsbefugnis für die Sozialversicherung und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Nr. 12 und 19a GG). Er hat mannigfaltige Regelungen erlassen, die einer unnötigen Leistungsausweitung entgegenwirken, etwa durch Abschläge im Krankenhausentgeltgesetz. § 17b KHG enthält die „Grundsätze für die Pflegesatzregelung“. Nach dessen Abs. 1 Satz 3 ist bei der Ermittlung der Pflegesätze der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) zu beachten.

Es wird keineswegs verkannt, dass es unnötige Diagnostik und unnötige Operationen gibt. Dies zu verhindern, ist aber zunächst Aufgabe des Bundesrechts. Aktuell wird deutschlandweit intensiv darüber diskutiert, dass im Vergütungssystem Fehlanreize existieren, die die Krankenhäuser geradezu dazu zwingen, ihre Fallzahlen ständig zu steigern, um wirtschaftlich zu überleben. Jedoch ist es nicht primäre Aufgabe der Krankenhausplanung, dies durch eine Angebotsverknappung zu verhindern. Das hieße, Unterversorgung in Kauf zu nehmen, was gegen das Grundgesetz verstieße, weil es weder Art. 2 Abs. 2 GG noch dem Sozialstaatsprinzip entspräche (vgl. Metzner 2012, S. 26). Wohlgemerkt: Unnötige stationäre Behandlungen können weder im Interesse der Patienten noch der Kassen oder der zuständigen Stellen in Bund und Ländern sein. Jede überflüssige Operation ist per se ein Qualitätsmangel. Ob und wie man zu einer verbesserten Indikationsstellung kommt, wird aktuell diskutiert. Das im Koalitionsvertrag der Großen Koalition vorgesehene Mittel, alle Patienten darauf hinzuweisen, dass sie eine Zweitmeinung einholen können, geht in die richtige Richtung.

11.3.2 Leistungsfähigkeit

Wenn in einen Krankenhausplan nur „leistungsfähige“ Krankenhäuser aufgenommen werden, sollte damit – so könnte man vermuten – automatisch eine Aussage über die Qualität der Krankenhausbehandlung verbunden sein. Dem ist aber nicht so.

Nach der Rechtsprechung ist ein Krankenhaus als leistungsfähig anzusehen, „wenn sein Angebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden

⁸ §§ 17c KHG, 275 SGB V

Art zu stellen sind.⁹ Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses hängt danach von der Zahl, der Bedeutung und dem Umfang der Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, der Zahl der hauptberuflich angestellten und weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzte in den einzelnen Fachabteilungen und dem Verhältnis dieser Zahl zur Bettenzahl sowie dem Vorhandensein der erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen ab. Dazu muss der die Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan begehrende Krankenhausträger nachweisen, dass das Krankenhaus die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bietet. Bedeutsam ist demnach, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist. Weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sind weder geeignet noch erforderlich. Sie würden dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen.¹⁰

Für die Krankenhausplanung bedeutet dies: Die derzeitigen Regelungen des KHG setzen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nur ein unterstes Level, ein Mindestmaß an Qualität voraus. Damit allein lässt sich die Spreu vom Weizen nicht trennen.

11.3.3 Berufsfreiheit

Bereits mit seinem Beschluss vom 12.06.1990¹¹ hat das BVerfG aufgezeigt, dass Krankenhausplanung grundrechtsrelevant ist und dass vor allem der Schutzbereich der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG betroffen ist, wenn es um die Frage geht, ob ein Krankenhausträger in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann. Wer ein Krankenhaus, das bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig ist, nicht in den Krankenhausplan aufnimmt, greift in das Grundrecht aus Art. 12 GG ein. Diese Beeinträchtigung ist so stark, dass sie nach dieser Rechtsprechung des BVerfG sogar einer Berufszulassungsbeschränkung gleichkommt, die nur durch Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung gerechtfertigt sein kann.

Wenn schon die Nichtaufnahme eines Krankenhauses zu derartigen Grundrechtsbeeinträchtigungen führt, ist erst recht die (ggfs. auch teilweise) Herausnahme einer Klinik aus dem Krankenhausplan kaum umsetzbar, wenn es nicht sehr gute Gründe hierfür gibt.

Sollte eine Auswahl zwischen Krankenhäusern notwendig werden, entscheidet nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Es gilt allerdings, diese Ziele zu definieren, sonst kann man keine negativen Entscheidungen auf sie stützen.

Nach § 1 HKHG 2011 ist es Ziel des Gesetzes, in Hessen eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen.

⁹ BVerwG, Urt. V. 16.01.1986 – 3 C 37/83.

¹⁰ OVG Lüneburg, Urt. V. 13.02.2011, 13 LC125/08, zit. n. Juris, RdNr. 46.

¹¹ Vgl. Fußnote 5.

Bewusst wurden Qualitätsaspekte schon in die Zielrichtung des Gesetzes aufgenommen (das fehlt zurzeit noch in § 1 KHG), um krankenhauplanerische Entscheidungen viel stärker als bisher unter dem Gesichtspunkt qualitativer Maßstäbe treffen zu können. Allerdings – und hier liegt das Manko – existieren diese qualitativen Maßstäbe bislang nur unzureichend, vor allem hinsichtlich der Ergebnisqualität.

11.4 Gestaltungsmöglichkeiten für Qualität in der Krankenhausplanung

„Krankenhausplanung ist nicht Kapazitätsplanung, sondern Versorgungsplanung“, das hat der Vorsitzende Richter am Bundesverwaltungsgericht Prof. Rennert auf dem Krankenhausrechtstag 2010 in Düsseldorf ausgeführt (Rennert 2011, S. 79). Die für den festgestellten Bedarf notwendigen Kapazitäten werden nicht geplant, sondern festgestellt. Steigt der Bedarf, müssen auch die Kapazitäten steigen oder man muss neue Lösungen finden, um stationäre Einweisungen durch umfassende Versorgungsnetzwerke oder bessere Prävention zu vermeiden. Eine Planung der Versorgung soll die fachlichen und qualitativen Elemente enthalten, die für eine bestmögliche Versorgung der Patienten in Frage kommen, und Entscheidungen treffen, welche am wichtigsten sind und den Patienten den größtmöglichen Nutzen bringen.

Hierbei gibt es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Ansätze und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. So werden mit dem Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen eine Reihe von Vorgaben zur Strukturqualität, etwa in der Geriatrie, gemacht; der aktuelle Krankenhausplan in Berlin enthält z. B. Strukturvorgaben für die Notfallversorgung.

Für Hessen haben die Verfasser bereits eingehend beschrieben (Metzner 2012, S. 29), wie Qualitätsaspekte in der Notfallversorgung durch Sicherung „systemrelevanter“ Kliniken, durch vernetzte Strukturen bei chronischen Erkrankungen und durch eine Strukturierung der Krankenhauslandschaft in der Planung berücksichtigt werden.

Auch durch den im Hessischen Krankenhausgesetz 2011 normierten Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser, die eine umfassende und ununterbrochene Sicherstellung der Notfallversorgung gewährleisten, wird § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG in verfassungskonformer Weise konkretisiert.

Dennoch: Auch wenn das herkömmliche System der Krankenhausplanung in der Vergangenheit funktioniert hat und auch rechtskonform umgesetzt wurde, stellt sich immer mehr ein Gefühl ein, dass es beim Patienten nicht ankommt. Die vergangenen zehn Jahre waren bundesweit geprägt von der Einführung des DRG-Systems, mit dem die Krankenhausversorgung aus einem geschützten Hafen in ein Wettbewerbssystem überführt wurde, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und Strukturveränderungen herbeizuführen. Dies konnte nur gelingen, wenn Krankenhäusern ermöglicht wurde, sich im Markt wie Wirtschaftsunternehmen zu positionieren, um notwendige Prozessveränderungen anzustoßen und Instrumente der Industrie und der Dienstleistungswirtschaft zu übernehmen. Damit wurde es notwendig, auch die Krankenhausplanung zu liberalisieren, weil eine zu enge Detailplanung die notwendigen Veränderungen behindert hätte.

Die damit verfolgten Ziele sind erreicht, nach dem Bericht zur Begleitforschung des DRG-Systems sind die deutschen Kliniken erheblich wirtschaftlicher geworden und zumindest qualitativ nicht schlechter¹². Mögen die deutschen Krankenhäuser mittlerweile im weltweiten Vergleich die produktivsten sein, entlastet das zwar die GKV, dennoch stellt sich auch im Kollegenkreis der Krankenhausplaner in den Bundesländern immer mehr die Frage, wie es weitergeht. Nicht nur bei den Verfassern besteht der Eindruck, dass das System „nicht mehr rund läuft“, dass der Blick eher auf den wirtschaftlichen Erfolg denn auf die bestmögliche Behandlung jedes einzelnen Patienten gerichtet ist, weil die Rahmenbedingungen zwingend ewiges Wachstum erfordern. Die eigentlich nun notwendige unbedingte Ausrichtung an Qualität und Patientensicherheit findet nicht statt. Will man Krankenhausplanung wirklich am Patientennutzen ausrichten, ist eine Neujustierung der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben notwendig.

11.5 Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung

Mit dem Koalitionsvertrag hat die große Koalition sich verpflichtet, Qualitätsorientierung und Patientensicherheit im Krankenhausbereich zu verbessern. Erste gesetzgeberische Schritte wurden schon unternommen.

So soll ein „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gegründet werden (Entwurf eines Gesetzes zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG). Es soll an die Stelle des bisher nach § 137a SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss „beauftragten“ Instituts (derzeit AQUA) treten. Um immer wiederkehrende europaweite Ausschreibungen zu verhindern, ist die Gründung eines dauerhaft eingerichteten Instituts in Form eines Stiftungsmodells mehr als sinnvoll. Jede Neuausschreibung bringt Veränderungen und Abstimmungsbedarfe zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber, die ein kontinuierliches und verlässliches Arbeiten behindern. Gerade in einem System, das auf einen stärkeren Qualitätswettbewerb abzielt, sind rechtssichere Verfahren von großer Bedeutung.

Neben dieser eher organisatorischen Maßnahme soll das „neue“ Institut aber auch zusätzliche Aufgaben bewältigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird das Institut demnach in allen Bereichen, in denen er Qualitätssicherungsmaßnahmen erarbeitet, beauftragen können. Die bisherige Regelung enthielt dagegen eine abschließende Aufzählung der Versorgungsbereiche, für die eine Beauftragung erfolgen konnte (§ 137a Absatz 1 SGB V). Einige gesundheitspolitische Ziele finden sich in den neuen Aufgaben des Instituts wieder. So wird ein großer Schwerpunkt auf Patientensicherheit und Patientenorientierung gelegt.

Zu den Aufgaben des Instituts wird nun auch ausdrücklich gehören, Module zu Patientenbefragungen zu entwickeln, die dann in die Qualitätsbewertungen einfließen.

12 G-DRG-Begleitforschung, 3. Forschungszyklus, S. XVIII.

Da es aktuell für viele Patienten fast unmöglich war, sich ein Bild über die tatsächliche Qualität der Leistungserbringer zu machen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss künftig auch Leistungsbereiche mit Verbesserungspotenzial und einem Informationsbedürfnis der Patienten bestimmen, für die eine vergleichende Übersicht der Leistungserbringer erstellt werden soll. Das Ziel ist, Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung sichtbar zu machen und dem Patienten eine qualitätsorientierte Auswahl unter den Krankenhäusern zu ermöglichen. Dies war in der Vergangenheit für Patienten ohne medizinisches Hintergrundwissen faktisch nicht möglich.

Geeignete Routinedaten sollen dabei in die vergleichende Übersicht einbezogen werden, um sicherzustellen, dass bei der hier zwingend notwendigen Risikoadjustierung eine möglichst breite Informationsbasis genutzt werden kann.

Routinedaten werden schon seit einiger Zeit genutzt, um eine sehr aufwändige Erfassung von Daten zur Sicherung von Qualität zu erleichtern. Gegen diese Nutzung wird eingewandt, dass die erhobenen Diagnosen und Prozeduren zum Zwecke der Abrechnung dokumentiert werden und es sich nicht um eine medizinische Dokumentation handelt. Die Kodierung von Diagnosen folgt den Deutschen Kodierrichtlinien und ist nur unter diesen Vorgaben zulässig. Krankheiten eines Patienten, die nur anamnestischer Natur sind und die Kriterien der Kodierrichtlinien nicht erfüllen, dürfen deswegen nicht ohne Weiteres kodiert werden (auch wenn sie vorliegen oder vorlagen). Dennoch kann die Nutzung der Routinedaten im Krankenhausbereich so ausgestaltet werden, dass die genannten Kritikpunkte ausgeräumt werden; andererseits gibt es viele weitere Arten von Routinedaten, die gut für die Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden könnten. Ein Beispiel hierfür sind die Daten der GKV, die in Zukunft in pseudonymisierter Form dem „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ zu übermitteln sein werden. Auch für Zwecke der Versorgungsforschung sind diese Daten der Krankenkassen sehr gut nutzbar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig Leistungen definieren, die durch Routinedaten untersucht werden sollen. Die Daten sollen die bereits gewonnenen Qualitäts- und Versorgungserkenntnisse ergänzen und dafür sorgen, dass Qualitätsdefizite frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen schneller getroffen werden können. Eine entsprechende Risikoadjustierung ist dabei bei allen Verfahren, die Routinedaten nutzen, selbstverständlich erforderlich.

Das Institut soll zur Erfüllung seiner Aufgaben auch Daten nutzen, die zum Beispiel an anderen Stellen öffentlich zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel Register-Daten, Daten von Fachgesellschaften oder epidemiologische Daten. Es soll außerdem Bewertungskriterien erarbeiten, die es Patienten ermöglichen, die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu bewerten und einzuordnen. Dies ist notwendig, denn im bisherigen Dschungel teils „selbstgestrickter“ und eher Marketingzwecken denn Qualität dienender Zertifikate und Gütesiegel bleibt der Patient meist ratlos zurück. Transparenz und objektive Bewertungen sind hier dringend erforderlich.

11.6 Weiterentwicklung auf der Landesebene

Die Bestrebungen auf Bundesebene, die Qualität der Versorgung und den Patientennutzen zu erhöhen, sollten auf der Landesebene flankiert und ergänzt werden, denn die beschlossenen Maßnahmen werden auf der Versorgungsebene in den verschiedenen Bundesländern auf regional unterschiedliche Strukturen treffen. Um die bundespolitischen Ziele in geeigneter Weise zu flankieren, sollten neben der Beteiligung der Länder bei inhaltlichen Fragen des „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss (dies zeichnet sich ab) auch ergänzende landesspezifische Maßnahmen angestoßen werden.

Gerade im Bereich Patientensicherheit gibt es eine Vielzahl von geeigneten Instrumenten, die von den Kliniken bisher nicht flächendeckend und systematisch eingesetzt werden, im Rahmen der Krankenhausplanung aber zu verpflichtenden Strukturkriterien gemacht werden können, sofern dies noch nicht bundesrechtlich geschieht: Klinisches Risikomanagement, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Simulationstraining, OP-Checklisten, Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Arzneimitteltherapiesicherheit. Einiges hiervon ist bereits in G-BA-Richtlinien verankert oder befindet sich dort in Vorbereitung, wie das Risikomanagement. OP-Checklisten sollen bereits im Herbst 2014 im Rahmen eines weiteren „Versorgungsstrukturgesetzes“ verpflichtend eingeführt werden. Andere Aspekte wie das Simulationstraining, das in Hochsicherheitsbereichen wie der Luftfahrt nicht mehr wegzudenken ist, ist kaum bekannt oder wird in seinen Möglichkeiten deutlich unterschätzt.

Simulationstraining ist lange nicht mehr „nur“ das Üben von Reanimationen im Rahmen des Erste-Hilfe-Kurses zur Führerscheinprüfung an einer Puppe. Simulation findet Anwendung zur Ausbildung von Studenten und zur Ausbildung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten. Aber ein wesentlicher Aspekt von Simulationstraining ist das Üben von Notfallsituationen, die sehr selten vorkommen, sodass allein durch die Seltenheit der Ereignisse keine medizinische Erfahrung gewonnen werden kann. Ein besonderer Schwerpunkt der Simulationstrainings liegt dabei auf der Übung im Team. Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in möglichst realem Setting führt dazu, dass im „Ernstfall“ die Kommunikation und die Zusammenarbeit des gesamten Teams besser funktioniert.

Die Möglichkeiten, die solche Trainings bieten, werden nur allmählich auch in Deutschland erkannt. Einzelne Inseln von Simulationszentren bilden sich bereits und Projekte wie zum Beispiel SIMPARTEAM werden etabliert. SIMPARTEAM entstand aus den Ergebnissen einer Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS). Die Arbeitsgruppe („Behandlungsfehlerregister“) des APS hatte im Rahmen der Auswertung von Geburtsschäden im Jahre 2010 wesentliche Gründe für fehlerhafte Abläufe identifiziert. Dazu gehörten unklare Verfahrensregelungen im Kreißsaalteam bei Notfallsituationen, Kommunikationsstörungen im geburtshilflichen Team, verzögerte oder nicht durchgeführte Kaiserschnittversorgung und CTG-Fehlinterpretationen. Aus diesem Wissen heraus und um die genannten Fehlerursachen zu reduzieren, wurde unter Beteiligung vieler Partner die Initiative zum Projekt SIMPARTEAM gegründet und ein spezielles Trainingsprogramm für geburtshilfliche Teams erarbeitet. Das Trainingsprogramm besteht aus szenario-

basiertem Notfall-Training mit modernen Patientensimulatoren, einem CTG-Befundungstraining, der Anleitung zur Erarbeitung lokaler Kreißsaalleitlinien sowie zur Nutzung eines Fehlerberichtssystems für das Erkennen von Risiken¹³.

Simulationstrainings sind international bereits gut etabliert, während in Deutschland noch Handlungsbedarf besteht. Es ist ernsthaft zu prüfen, ob Simulationstrainings nicht nur zur Vermeidung von Schäden, sondern auch in der medizinischen Ausbildung eine regelmäßige, verbindliche Rolle einnehmen sollten. Bisher ist es dem Engagement einiger weniger Krankenhausleitungen oder Universitätskliniken zu verdanken, dass es solche Einrichtungen überhaupt gibt.

Das APS hat auch Handlungsempfehlungen erarbeitet, etwa „Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“, „Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen“, „Checkliste für Klinikmitarbeiter – Prävention von Stürzen“, „Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – oral appliziertes Methotrexat“, „Checkliste Arzneitherapiesicherheit im Krankenhaus“, „Einführung von CIRS im Krankenhaus“, „Sichere Patientenidentifikation“, „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“¹⁴.

Einige dieser Handlungsempfehlungen werden schon im Rahmen der neuen bundeseinheitlichen Vorgaben durch den G-BA den entsprechenden Rückenwind erhalten. Andere Themengebiete müssen in den Fokus der Landespolitik rücken und könnten im Rahmen der Krankenhausplanung angegangen werden.

In der neuen schwarz-grünen hessischen Landesregierung wird dem Thema Patientensicherheit und Qualität ein großer Stellenwert eingeräumt. Die Etablierung eines eigenständigen Referats für Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Dezember 2013 war die logische Konsequenz aus der Überzeugung, dass dieser Bereich als originäre landespolitische Aufgabe gesehen wird. Das Thema Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist dabei nicht neu entdeckt worden. Aufgrund der umfänglichen Aspekte und politischen Ebenen wurde es in verschiedenen Zuständigkeiten bearbeitet. Die neu geschaffene Bündelung von Aufgaben zur Qualitätssicherung in einem Referat stellt sicher, dass das – auch im hessischen Koalitionsvertrag herausgehobene – Thema umfassend und nachhaltig bearbeitet werden kann.

Neben politischen Aktivitäten auf der Bundesebene sind dabei umfangreiche Aufgabenstellungen auf der Landesebene anzugehen. Der Beitritt Hessens zum Aktionsbündnis Patientensicherheit ist dabei nicht nur ein deutliches politisches Signal, sondern zeigt den Willen, aktiv am Thema Patientensicherheit mitzuwirken. Im Rahmen des nach dem hessischen Koalitionsvertrag zu erarbeitenden Qualitätskonzepts gilt es nun, die unterschiedlichen Akteure des Gesundheitswesens darauf zu verpflichten, Qualität und Patientensicherheit zu einer gemeinsamen Daueraufgabe werden zu lassen.

Patientensicherheitsaspekte werden im nächsten hessischen Krankenhausplan eine wichtige Rolle einnehmen und sich in verschiedenen Fachkonzepten wiederfinden; beispielhaft wäre das Thema „Sturzprävention“ in Geriatrie-Konzepten

13 www.simparteam.de, www.aps-ev.de.

14 www.aps-ev.de.

oder „Simulationstrainings“ in der Notfallversorgung zu nennen. Weitere Maßnahmen zur Patientensicherheit, die teilweise deutlich unterschätzt werden, betreffen Sprach- und Kommunikationsprobleme. Der zunehmende Fachkräftemangel erfordert einen permanenten Zuzug von Menschen aus anderen Ländern mit anderen Kulturen. Hinsichtlich der Patientensicherheit genügt es dabei aber nicht, wenn neue Mitarbeiter durch Sprachzertifikate ihre Sprachkenntnisse nachweisen können.

Es muss vielmehr im Bereich der Medizin und der Pflege eine Struktur entwickelt werden, die die Fachkräfte aus anderen Ländern und Kulturen ausreichend auf Alltagssituationen im medizinischen Bereich vorbereitet. Kulturelle Unterschiede führen nicht nur zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb von Berufsgruppen, sondern auch zwischen Patienten und Pflegekräften oder Ärzten. Verständnis für kulturelle Unterschiede und daran angepasste Kommunikation kann die Patientensicherheit erhöhen.

Viele Krankenhäuser sind in diesem Bereich bereits vorbildlich aktiv und bieten Kommunikations- und Sprachtraining an, die sich neben der Sprache auch mit kultursensiblen Umgang mit Patienten befasst; es geht aber darum, dies auch in den Arbeitsalltag aller Kliniken zu integrieren.

Es wird in Zukunft immer mehr darauf ankommen, sich den Problemen gemeinsam zu stellen und Lösungen zu erarbeiten. Bereits bestehende vorbildliche Projekte müssen bekannt gemacht werden und Expertise muss geteilt werden. Bestehende Informationen müssen zielgruppenorientiert aufbereitet und bereitgestellt werden. Patienten haben ein anderes Bedürfnis nach Informationen als Entscheidungsträger in Kliniken, Landkreisen oder regionalen Gesundheitskonferenzen. Nur wenn über alle Sektoren hinweg Lösungen erarbeitet und diese auch durch flankierende krankenhausesplanerische Regelungen durchgesetzt werden, kann ein wirklicher Nutzen für die Patienten entstehen.

11.7 Weiterer bundesrechtlicher Handlungsbedarf

Auch wenn all die bereits bestehenden und künftig beabsichtigten Instrumente richtig und notwendig sind, besteht ein großes Manko: Es ist kaum möglich, dauerhafte Schlechtleistung festzustellen, noch weniger, daraus oder aus einer Weigerung, innovative Konzepte umzusetzen, wirkliche krankenhausesplanerische Konsequenzen abzuleiten. Eine Beschränkung oder gar ein Entzug des Versorgungsauftrags ist angesichts der derzeitigen Regelungen im KHG und der daraus folgenden Rechtsprechung nicht durchsetzbar.

Qualitätsaspekte sollen nach dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition auf Bundesebene künftig im Vergütungssystem und auch in der Krankenhausplanung eine deutlich größere Rolle spielen als bisher. Hierzu sind einschneidende Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich. Die grundlegenden Normen des KHG unterstützen derzeit weder eine qualitätsorientierte Finanzierung noch eine wirklich qualitätsorientierte Planung, dies beginnt schon beim derzeitigen Wortlaut der §§ 1 und 6 KHG. Auch das Verfahren des „strukturierten Dialogs“ im Rahmen der Qualitätssicherung ist zurzeit nicht darauf vorbereitet, qualitätsorien-

tierte Planungsprozesse umzusetzen. Dazu dauert das Verfahren zu lange und es ermöglicht momentan noch nicht die im Rahmen der Krankenhausplanung nötige systemische, d. h. über Einzelleistungen hinausgehende, Betrachtung. Im Rahmen der Bund-Länder-AG zur Reform der Krankenhausfinanzierung wird man auch hierzu Lösungen finden müssen, um Qualität künftig zur herausragenden Planungskomponente machen und notwendige – auch einschneidende – Entscheidungen treffen zu können. Die möglichen Lösungsansätze sollen allerdings an dieser Stelle nicht vertieft werden, da die Beratungen der Bund-Länder-AG, an denen die Verfasser maßgeblich mitwirken, zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Artikels noch nicht abgeschlossen sein werden. Allen Skeptikern sei jedoch gesagt: Diese Bund-Länder-AG arbeitet wesentlich sach- und zielorientierter, als viele ihr das zutrauen.

11.8 Fazit

Eine wirklich stringent an Qualität orientierte Krankenhausplanung ist unter dem heutigen Rechtsrahmen möglich, aber auf der Ebene der einzelnen Klinik nur schwer umsetzbar. Die Zeit ist gekommen, den rechtlichen Rahmen so zu verändern, dass die Patienten noch besser versorgt werden, als dies aktuell schon der Fall ist. Dazu gehören Transparenz und Konsequenz. Veränderungen von bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen werden kommen, soviel ist sicher.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. Zukunft der Krankenhausversorgung. 16. November 2007. http://www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_Konzept_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf (23. September 2014).
- Augurzky B. Krankenhaus Rating Report 2014. Heidelberg: medhochzwei 2014.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Bern: Peter Lang 2010.
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. 2., erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme 2012.
- Hessisches Sozialministerium, Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil. www.hsm.hessen.de/Gesundheit/Krankenhauswesen.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. [www.dkgev.de/Geschäftsbereiche/Finanzierung und Planung](http://www.dkgev.de/Geschäftsbereiche/Finanzierung%20und%20Planung).
- IGES-Institut GmbH. G-DRG-Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des 3. Forschungszyklus. www.g-drg.de/cms/content/view/full/4094 (23. September 2014).
- Kolb T. Morbiditätsorientierte Krankenhausplanung am Beispiel des Landes Hessen. Herzogenrath: Shaker 2008.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.

- Metzner J. Krankenhausplanung; aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. In: Doelfs P, Goldschmidt AJW, Greulich A, Preusker U, Rau F, Schmid R (Hrsg) Management Handbuch DRG-plus. Heidelberg. medhochzwei 2011
- Metzner J. Krankenhausplanung – wie kann man Qualitätskriterien einbauen. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 2012; 25–31.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA). Krankenhausplan 2015. www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php (23. September 2014).
- Porter M, Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Heidelberg: Springer Gabler 2012
- Rennert K. Die Auswahl unter mehreren geeigneten Krankenhäusern bei der Aufnahme in den Krankenhausplan und ihre gerichtliche Kontrolle. In: Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2010. Aktuelle Entwicklungen im Krankenhausrecht. Stuttgart: Boorberg 2011
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf (23. September 2014).

This page intentionally left blank

12 Krankenhausplanung am Scheideweg

Günter Neubauer und Andreas Gmeiner

Abstract

Staatliche Krankenhausplanung steht in einem ordnungspolitischen Widerspruch zum DRG-Wettbewerb. Dies führt zu einer mangelnden Systemeffizienz. Auch ist die Investitionsfinanzierung der Länder generell insuffizient. Die bettenzentrierte Krankenhausplanung sollte auf eine Vergabe regionaler Versorgungsaufträge umzustellen. Für eine ausreichende Finanzierung der Krankenhausinvestitionen sollen zukünftig Bundesländer und Krankenkassen gemeinsam verantwortlich zeichnen. Als Kompensation sind die Krankenkassen an der Vergabeentscheidung zu beteiligen. Mittelfristig ist ein Umstieg von der Angebotsplanung zu einer Nachfragesteuerung anzustreben.

State hospital planning is in a regulative conflict with the DRG-System. This leads to a lack of efficiency of the system. The investment financing of the German federal states is generally insufficient. The state planning of hospital beds should be shifted to an allocation of mandates for regional acute care supply. For hospital investments to be sufficient, federal states and health care funds should be jointly responsible. As compensation, the health care funds should be allowed to participate in the allocation of mandates. In the medium term, hospital planning should be shifted to a demand-controlled system.

12

12.1 Staatliche Krankenhausplanung – ein ordnungspolitischer Widerspruch zum DRG-Wettbewerb

Die deutsche Krankenhausversorgung ist von ihrem Ursprung her ordnungspolitisch ein staatliches Planungssystem. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972 wurde festgelegt, dass die Bundesländer der Verantwortung für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 KHG) nachzukommen haben. Zur Verwirklichung der genannten Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (vgl. § 6 Abs. 1 KHG). Damit entspricht die Krankenhausversorgung den typischen Grundsätzen einer Planwirtschaft. Zum einen wird staatlicherseits der Bedarf festgestellt und zum anderen soll dieser Bedarf durch eine staatliche Investitionslenkung gedeckt werden. Darüber hinaus schreibt das KHG vor, dass die Planungsbehörde auf sozial tragbare Pflegesätze achten muss und die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser – soweit die Erfordernisse der Krankenhausplanung dies verlangen – beeinträchtigt werden dürfen. Damit ist die mittlerweile in Deutschland fest verankerte, wenn

auch betriebs- und volkswirtschaftlich suboptimale duale Krankenhausfinanzierung begründet.

Den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen fällt die Aufgabe zu, den Krankenhäusern die laufenden Betriebskosten, das sind vor allen Dingen die Personalkosten und der einjährige Sachaufwand, zu finanzieren. Die politische Verantwortung hierfür trägt die Bundesregierung. Schon in den frühen 90er Jahren nahm das Bundesgesundheitsministerium, nicht zuletzt auf Druck der Krankenkassen, einen Richtungswechsel vor: Anstelle der Erstattung der von den Krankenhäusern nachgewiesenen laufenden Kosten wurde die Forderung nach einem leistungsbezogenen Entgeltsystem erhoben. Dies verlangte eine Definition der Leistungen eines Krankenhauses. Es war und ist allen Beteiligten klar, dass der Krankenhaustag hierfür eine wenig geeignete Grundlage ist: Nach längerer Diskussion in den späten 90er Jahren des letzten Jahrhunderts entschied die Bundesregierung, das damals global diskutierte fallbezogene DRG-System einzuführen. Zugleich forderten die Kostenträger immer lauter einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Im Planungssystem begannen die Krankenhäuser, um Patienten für ihre Planbetten zu konkurrieren. Der medizinisch-technologische Fortschritt erlaubt nämlich, die Patienten nach immer kürzerem Aufenthalt zu entlassen.

Damit stellte sich ein typischer Systemfehler aller Planungssysteme ein: Die staatliche Planung hinkt der tatsächlichen Entwicklung hinterher. Die Bundesländer schafften es durchweg nicht, die überzähligen Krankenhausbetten der medizinisch-technischen Entwicklung anzupassen. Diese Planungsträgheit und mangelnde Systemeffizienz haben vor allem die Krankenkassen zu finanzieren. Um diesem zumindest teilweise zu begegnen, befeuern die Krankenkassen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch Vergleichsportale für ihre Versicherten. Weiter versuchen sie, den Anbieterwettbewerb durch zögerliche Anpassung der Entgelte in einen Verdrängungswettbewerb einmünden zu lassen. Zwar bleibt es den Krankenhäusern überlassen, wie sie auf die Rahmenbedingungen reagieren. Faktisch sind sie aber gezwungen sich anzupassen, wenn sie überleben wollen. Letztlich könnten die Länder auch den Status eines Plankrankenhauses entziehen und damit über die wirtschaftliche Grundlage eines Krankenhauses weitgehend entscheiden.

12.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ergebnisse der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung erfolgt in Verantwortung der Bundesländer. Dabei ist die Krankenhausplanung traditionell eine Krankenhausbettenplanung. So gehen im Wesentlichen die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit, die Auslastung der Krankenhausbetten sowie die zu versorgende Bevölkerung als Planungs determinanten ein. Ergänzt wird diese bettenorientierte Planung durch eine bettenorientierte Investitionsförderung. Zumindest wird noch in vielen Bundesländern die so genannte pauschale Investitionsförderung an der Zahl der aufgestellten Planbetten ausgerichtet. Ein Krankenhaus, das also ein Planbett abbaut, verliert Geld, ein Krankenhaus, das ein Planbett unbelegt stehen lässt, erhält Geld. Daraus folgt insgesamt, dass in Deutschland gemessen an der Zahl der aufgestellten Planbetten pro

Tabelle 12–1

Die deutsche Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich 2012

Land	Durchschnittliche Verweildauer 2012 (Akut-Versorgung)	Krankenhaus-Akutbetten pro 1000 Einwohner 2012	Krankenhausentlassungen pro 1000 Einwohner 2011 (oder aktuellste)
Schweden	5,6	2,0	163
Finnland	6,9	2,9	180
Vereinigtes Königreich	5,9	2,3	136
Spanien	6,1	2,3	104
Frankreich	5,1 (2011)	3,4	169
OECD (100 %)	6,67	3,4	160,3
Deutschland	7,8 (117%)	5,4 (157%)	244 (152%)

Hinweis: Alle Angaben beziehen sich auf das angegebene Jahr oder die letzten verfügbaren Daten

Quelle: OECD Health Data 2014

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

100 000 Einwohner eine deutliche, überdurchschnittliche Bettendichte besteht (Tabelle 12–1).

Im OECD-Vergleich hat Deutschland etwa 60 Prozent mehr Krankenhausbetten als der Durchschnitt. Nun ist aber das Krankenhausbett per se nicht auch schon ein Beleg für das, was an Leistung erbracht wird. Von daher wäre es an der Zeit, dass die Krankenhausplanung sich generell umstellt und von der Bettenzentrierung abbrückt.

Der Überversorgung mit Betten steht auf der anderen Seite eine Unterversorgung in bestimmten, sich neu entwickelnden Fachgebieten gegenüber. Die traditionelle Bettenplanung der Länder ist nämlich im Wesentlichen ein Fortschreiben von geübten Strukturen. Spezialisierte, innovative Versorgungsformen, die oft von Fachkliniken angeboten werden, stehen gesetzlich Versicherten mit Verweis auf die Überversorgung im zugeordneten Fachgebiet oft nicht direkt zur Verfügung. Ein Beispiel ist etwa das Fachgebiet der Schmerztherapie. Deutschland ist generell mit schmerztherapeutischen Einrichtungen unterversorgt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013). In den Krankenhäusern ist die Schmerztherapie oft nur ein Anhängsel der Anästhesie, obwohl dies dem Krankheitsbild bei Weitem nicht gerecht wird. Schmerztherapie muss heute multimodal und auch interprofessionell erbracht werden. Hierzu ist in der Regel ein stationärer Aufenthalt erforderlich, weil sich eine ambulante Versorgung aus medizinischen Gesichtspunkten heraus verbietet (vgl. Göbel 2013).

Neben der Über- und Unterversorgung weist die deutsche Krankenhausversorgung auch eine Fehlversorgung auf. Unter Fehlversorgung verstehen wir eine Versorgung, die so nicht erbracht werden sollte, weil eine andere Versorgungsform medizinisch zweckmäßiger und wirtschaftlicher ist. Hierzu zählt vor allen Dingen die Behandlung von in den Krankenhäusern in beträchtlichem Umfang stationär behandelten Patienten (vgl. Tabelle 12–1 Spalte 4), bei denen an sich eine tagesklinische Versorgung möglich wäre. Im Vergleich mit anderen Ländern ist diese tages-

klinische Versorgung in Krankenhäusern, zu der auch das ambulante Operieren gehört, ausgesprochen unterentwickelt. Die Mehrzahl der Patienten, die tagesklinisch versorgt werden könnte, wird zwischen ein und drei Tagen stationär behandelt (vgl. Neubauer 2003).

Für die Krankenhäuser ist es nämlich betriebswirtschaftlich höchst nachteilig, wenn sie Patienten statt stationär lediglich tagesklinisch behandeln und dann eine deutliche Erlöseinbuße verzeichnen. Hier ist das deutsche System vor allen Dingen ökonomisch fehlgesteuert und es wäre an der Zeit, dass hier eine entsprechende Veränderung des DRG-Vergütungssystems stattfindet (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

Die angeführten Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung ließen sich beliebig verlängern. Die Ursache für diese Versorgungsdefizite liegen in erster Linie im starren Planungssystem sowie in den wenig abgestimmten Systemen der Planung und Investitionsförderung einerseits und der Vergütung der Entgelte für die laufenden Kosten durch die Krankenkassen andererseits. Die Dualität unseres Systems ist letztendlich die Ursache für Defizite, die schließlich auch eine suboptimale Versorgung der Patienten zur Folge hat.

12.3 Krankenhausplanung und ihre Weiterentwicklung

12

Die Krankenhausplanung weist zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede auf. Zum einen ist die Krankenhausplanung in den meisten Ländern noch auf die Betten zentriert und zu wenig regionalisiert (vgl. Tabelle 12–2). Die Beteiligung der direkt Betroffenen, nämlich der Krankenhäuser und Krankenkassen, ist zwar in allen Bundesländern gegeben, doch bleibt die Letztverantwortung bei den Bundesländern selbst, so dass je nach Konstellation die Einflussnahme der Betroffenen sehr unterschiedlich weit reicht.

Zurzeit sieht es so aus, als ob in den staatlichen Planungsbürokratien Bescheidenheit einkehren würde und man einen Rückzug aus der Angebotsplanung vorbereitet. Dass dies weniger aus Einsicht als aus mangelnden finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten heraus geschieht, ist zu vermuten. Auf der anderen Seite wird aber auch deutlich, dass die zunehmende Privatisierung der Krankenhäuser ein Konfliktpotential mit der staatlichen Krankenhausplanung und Investitionslenkung beinhaltet. Es sind nämlich vor allem die privaten Krankenhausträger, die an einem Ende der staatlichen Angebotsplanung interessiert sein müssen. Komplettiert wird diese Interessenlage durch die gesetzlichen Krankenkassen. Auch sie drängen darauf, dass die staatliche Angebotsplanung beendet wird und letztlich durch eine Nachfragesteuerung abgelöst wird (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 18 f).

Statt Bettenplanung regionale Versorgungsaufträge

Die herkömmliche Krankenhausplanung, die – wie oben angesprochen – relativ starr ist und sich nur langsam bewegt, ist heute Schritt für Schritt auf eine Versorgungsplanung umzustellen. Statt Betten zu planen und Krankenhausstandorten die Bettenzahlen zuzuweisen, wäre es an der Zeit, bestimmte Versorgungsregionen, die sich an administrativen Grenzen, aber auch an geografischen Grenzen orientieren

Tabelle 12-2
Übersicht über die Krankenhausplanung je Bundesland nach ausgewählten Planungsinhalten

Bundesland	Detailplanung: Planbetten je Fachdisziplin und Standort	Rahmenplanung: Gesamtbetten je Standort bzw. Versorgungsgebiet	Kriterien für Struktur- und/oder Prozessqualität	Auslastungsgrad/ i. d. R. Somatik	Auslastungs- grad Kinder-/ Jugendmedizin	Aktualität des Krankenhausplans
Baden-Württemberg		X	Ja	80%–85 %	75 %	2010
Bayern		X	Ja	85 %	70 %	2014
Berlin	X		Ja	80%–90 %	75 %	2010
Brandenburg		X	Ja	85 %	80 %	2013
Bremen	X*		keine Angabe	80 %–90 %	75 %	2011–2015
Hamburg	X		Ja	80 %–90 %	75 %	2010
Hessen		X	Ja	80 %–90 %	75 %	2009
Mecklenburg-Vorpommern		X	Ja	85 %	75 %	2012
Niedersachsen		X	keine Angabe	85 %	80 %	2014
Nordrhein-Westfalen		X	Ja	77,5%–87,5 %	75 %	2013
Rheinland-Pfalz	X		Ja	70 %–85 %	75 %	2010
Saarland	X		Ja	70 %–85 %	80 %	2011–2015
Sachsen		X	Ja	80 %–85 %	75 %	2014/2015
Sachsen-Anhalt		X	Ja	keine Angabe	keine Angabe	2011
Schleswig-Holstein		X	Ja	86 %	80 %	2010
Thüringen	X		Ja	85 %–90 %	75 %	2011–2015

* Bettenkorridor als Orientierung für die Selbstverwaltungspartner.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mahlzahn et al (2011), Krankenhauspläne der Länder, DKG (2014)

Krankenhaus-Report 2015

Wido

sollten, als Grundlage der Planung zu nehmen. Eine solche regionalisierte Krankenhausplanung, wie sie z. B. in Hessen praktiziert wird, kann viel stärker auf den spezifischen Versorgungsbedarf eingehen als eine Planung, die mit landesweiten Durchschnittswerten arbeitet.

Eine Krankenhausplanung, die auf die DRG-Gruppierung zurückgreift, könnte eine Brücke zwischen Planung und Entgeltsystem bilden. Hier ist aus unserer Sicht die im Kanton Zürich vorgenommene Umstellung der Krankenhausplanung auf Fachgebiete und Leistungsbündel wegweisend (vgl. Kanton Zürich 2012). Man hat dort das gesamte Leistungsgeschehen fachlich gebündelt und dann zur Grundlage der Versorgungsplanung gemacht. Dadurch wird eine relativ tief gehende, allerdings auch anspruchsvollere Planung realisiert, die sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung und nicht an Kapazitäten der Krankenhäuser ausrichtet.

Aber nicht nur die Ausrichtung auf Versorgungsleistungen, sondern auch die Versorgungsqualität muss eine stärkere Rolle bei der Zuordnung der Versorgungsaufträge auf die einzelnen Krankenhäuser spielen. Auch hier hat der Kanton Zürich wegweisende Schritte unternommen. Doch auch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz der Bundesregierung, das ab 01. Januar 2015 in Kraft treten soll, verlangt eine stärkere Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung. Hier müssen neben der Strukturqualität, die vor allen Dingen die ärztliche, pflegerische und medizinisch-technische Ausstattung der Krankenhäuser betrifft, auch Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität eingebunden werden. Für die Prozessqualität kann als Orientierungsgröße die Zahl der Behandlungen herangezogen werden. Es geht also letztlich in Richtung von Mindestmengen, die ein Krankenhaus in bestimmten Leistungsgebieten erbringen muss, falls es einen entsprechenden Versorgungsauftrag erhalten will. Bei der Ergebnisqualität könnten hohe Komplikations- und Letalitätsraten sowie zahlreiche Wiederholungseingriffe ein Grund sein, einem Krankenhaus Leistungen zu entziehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Versorgungsaufträge, die aus der Krankenhausplanung abgeleitet werden, im Kanton Zürich den Krankenhäusern quasi per Ausschreibung zugeordnet werden. Das heißt, Krankenhäuser können sich aufgrund ihrer entsprechenden Kapazität und Qualitätskriterien um ganz bestimmte in der Region ausgeschriebene Versorgungsaufträge bewerben. Es ist dann an der Krankenhausplanung, im Verbund mit den Krankenkassen diese Versorgungsaufträge Krankenhäusern zuzuordnen.

Auch die Frage, welche Leistungsbündel die Universitätsklinik abdecken haben, ist neu zu stellen. Wir meinen, dass Universitätsklinik in erster Linie für Forschung, Entwicklung und Lehre konzipiert sind. Die Versorgung mit Regelleistungen, die von den Plankrankenhäusern ebenfalls übernommen werden kann, sollte schrittweise von den Universitätsklinik abgezogen und entsprechend den regionalen Krankenhäusern zugeordnet werden. Die Lehr- und Ausbildungsaufgabe der Universitätsklinik muss im engen Verbund mit den Lehrkrankenhäusern neu abgestimmt und geordnet werden.¹

¹ Einschränkung gilt, dass in einzelnen Regionen die Universitätsklinik auch Regelleistungen erbringen müssen.

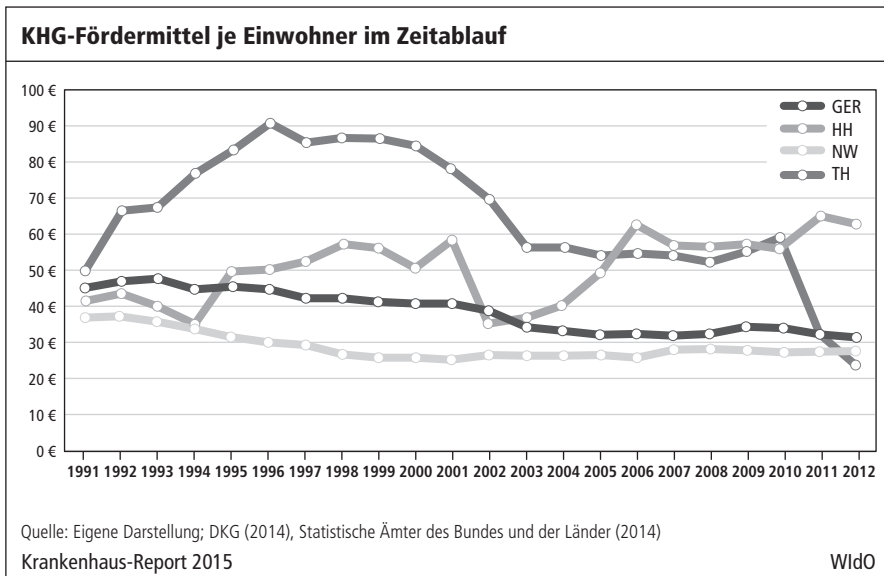
12.4 Staatliche Investitionsförderung – gibt es eine Alternative?

In der Höhe und Art der Investitionsförderung unterscheiden sich die Bundesländer ebenfalls deutlich. In der nachfolgenden Abbildung haben wir die KHG-Fördermittel pro Einwohner im Vergleich beispielhaft für Hamburg, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und den deutschen Durchschnitt im Zeitablauf abgebildet. Es zeigt sich, dass zwischen den Bundesländern zwar erhebliche Unterschiede bestehen, aber alle Bundesländer einen negativen Trend in der Förderung über die Zeit aufweisen. Die Fördermittel fielen im Durchschnitt von 45,52 Euro je Einwohner im Jahr 1991 auf 31,92 Euro je Einwohner im Jahr 2012 (vgl. Abbildung 12–1).

Das Investitionsniveau liegt heute mit 3,5 Prozent des Umsatzes deutlich unter dem Niveau, das das Krankenhausfinanzierungsgesetz so vorgibt: „Die Krankenhäuser haben Anspruch auf die Förderung der betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionen.“ (§ 5 KHG) Die betriebswirtschaftlich notwendige Investitionsquote der Krankenhäuser müsste demnach bei mindestens zehn Prozent², wahrscheinlich aber bei 12 bis 14 Prozent liegen.

Die durchschnittliche volkswirtschaftliche Bruttoinvestitionsquote in Deutschland über alle Unternehmen hinweg schwankt zwischen in den letzten Jahren zwischen 17 Prozent und 22 Prozent (vgl. Abbildung 12–2) Nun kann man argumentieren, dass Industriebetriebe deutlich kapitalintensiver sind und von daher eine höhe-

Abbildung 12–1



² Laut Augurzky et al (2012) liegt die Investitionsquote bei den privaten Trägern bei 9,7 Prozent der Gesamterlöse.

Abbildung 12–2



re Investitionsquote aufweisen müssen als die eher als Dienstleistungsbetriebe einzustufenden Krankenhäuser. Dies mag zwar richtig sein, doch ist die Krankenhausversorgung ein insgesamt sehr innovationsgetriebener Dienstleistungsbereich. Die Veränderungen in den verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmethoden erfordern stetig neue Investitionen bis hin auch zur Anpassung der Gebäude und Fortbildung der Beschäftigten.

Die Krankenhäuser sind mittlerweile gezwungen, die notwendigen Investitionen nahezu zur Hälfte aus Eigenmitteln zu finanzieren; das sind einerseits Überschüsse, die sie aus den Entgelten für die laufenden Kosten erwirtschaften, und zum anderen direkte Zuschüsse und Zuwendungen der Eigentümer. Gleichwohl bleibt noch eine Finanzierungslücke bestehen, die betriebswirtschaftlich starke Krankenhäuser aus Krediten refinanzieren können. Betriebswirtschaftlich schwachen Häusern steht dieser Weg nicht offen. Ein Ergebnis davon ist, dass solche Krankenhäuser häufig von investitionsstärkeren, privaten Krankenhausunternehmen übernommen werden.

Man kann davon ausgehen, dass auch in absehbarer Zeit eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser politisch kaum umsetzbar ist. Von daher wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, wenn allen Krankenhäusern eine bestimmte Investitionsquote, die als Anteil an dem jeweiligen Krankenhausumsatz zu definieren wäre, garantiert wird.

Zur Finanzierung dieser Investitionsquote schlagen wir vor, sowohl die Länder wie auch die Krankenkassen zu verpflichten (vgl. Neubauer 2014). Vorrangig allerdings sollten die Länder die Investitionsquote, die mindestens mit zehn Prozent des jeweiligen Krankenhausumsatzes vorgegeben werden müsste, aufbringen. In dem Umfang, wie die Länder diese Investitionsquote unterschreiten, übernehmen die Krankenkassen eine Ergänzungsfunktion. Als Kompensation für die Beteiligung an

den Investitionen wären aber die Krankenkassen entsprechend an der Krankenhausplanung zu beteiligen. Erreicht der Investitionsanteil der Krankenkassen 51 Prozent und mehr, so hätten sie bei den Investitionsentscheidungen entsprechend auch eine Mehrheit, d. h. die Krankenkassen könnten dann bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen an Krankenhäuser quasi auch gegen die jeweilige Krankenhausplanungsbehörde entscheiden. Eine Zusammenführung von Planungsverantwortung und Finanzierungsverantwortung halten wir auf mittlerer Sicht für unabdingbar, wenn unser Krankenhausversorgungssystem die Effizienz und Qualität ausweisen soll, die wir erwarten.

Insgesamt muss der Krankenhausplanung, ebenso wie der Investitionsförderung, ein durchweg schlechtes Zeugnis ausgestellt werden. Die Krankenhausplanung ist wenig flexibel und zum Teil zu sehr bettenorientiert. Die staatliche Investitionsförderung entspricht längst nicht mehr dem betriebswirtschaftlich gebotenen Investitionsvolumen, wodurch eine stille Umstrukturierung der Krankenhäuser in Richtung Privatisierung gefördert wird.

12.5 Skizze eines ordnungspolitischen Neuanfangs: von der Angebotsplanung zur Nachfragesteuerung

Nachdem staatliche Angebotsplanung und -förderung gescheitert sind, ist eine ordnungspolitische Hinwendung zur Nachfragesteuerung zu betrachten. Zu den Nachfragern von Krankenhausleistungen zählen die Patienten, die einweisenden Ärzte und die Krankenkassen. Für alle drei Gruppen ist zu prüfen, inwieweit sie an der Steuerung beteiligt werden können. Das Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage wird durch eine erweiterte Vertragsfreiheit der Krankenkassen begrenzt. Aber auch den Krankenhäusern ist eine weitergehende Vertragsfreiheit zu eröffnen. Der staatlichen Krankenhausplanung wird lediglich eine beobachtende Rolle zugeordnet, was im Folgenden kurz skizziert wird (vgl. Neubauer 2006).

12.5.1 Steuerung über Patienten und einweisende Ärzte

Grundlage jeder Nachfragesteuerung ist die Preis-Leistungs-Transparenz der einzelnen Krankenhäuser nach außen. Nur wenn Nachfrager die Preise und Leistungen zueinander ins Verhältnis setzen können, können sie auch rational auf die Krankenhaussteuerung einwirken. Eine solche Preis-Leistungs-Transparenz kann mit Hilfe des DRG-Fallpauschalensystems geschaffen werden. Die Preise eines Krankenhauses können relativ einfach über die jeweiligen Basisfallwerte transparent gemacht werden, die für jedes Krankenhaus individuell vereinbart werden können (vgl. Abschnitt 12.5.3).

Preis-Leistungs-Transparenz und die gezielte Auswahl eines Krankenhauses ist für Patient wie einweisenden Arzt nur dann sinnvoll, wenn damit auch zugleich die freie Krankenhauswahl verbunden ist. Damit wird zwar nur dem Rechnung getragen, was längst Realität ist, jedoch sind damit Folgewirkungen verbunden. Eine davon ist, dass die Einstufung der Krankenhäuser als Plankrankenhäuser entfallen kann. Wichtiger hingegen ist es, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten be-

vorzuzugte Vertragshäuser ausweisen können, welche die Patienten aufsuchen sollen, aber nicht müssen.

Um Patienten nicht in die Vertragshäuser ihrer Krankenkasse zu zwingen, muss den Patienten das Recht der Kostenerstattung gegenüber jedem Krankenhaus ihrer Wahl gewährt werden. Damit können einerseits die Krankenkassen zwar Vertragskrankenhäuser auswählen, andererseits wird den Patienten nicht die Wahlfreiheit genommen. Das Recht der Kostenerstattung darf freilich nicht dahingehend eingengt werden, dass es nur begrenzt auf Krankenhäuser oder zeitliche Abläufe anwendbar ist. Vielmehr sollte den Patienten sofort und überall Kostenerstattung als Option zur Verfügung stehen. Die Patienten müssen freilich nachgewiesene Mehrkosten persönlich übernehmen.

12.5.2 Steuerung über die Krankenversicherungen

Auch die Krankenversicherungen müssen als Nachfrager oder besser als Nachfrageagenturen ihrer Versicherten Gestaltungsfreiräume erhalten. Das erste Recht, das Krankenversicherungen zugeordnet werden muss, ist die freie Wahl ihrer Vertragspartner aus der Zahl der verfügbaren Krankenhäuser. Damit wären die Krankenversicherungen nicht länger Erfüllungsgehilfen einer wie auch immer gearteten Krankenhausplanung. Die Krankenversicherungen ihrerseits könnten über individuelle Preis- und Mengenverhandlungen mit einzelnen Krankenhäusern Preise und Mengen aushandeln und sich zugleich selbst Krankenhausbudgetvorgaben machen. Auch hier wiederum ist ein DRG-Fallpauschalensystem von großem Nutzen.

Allerdings ist es völlig unnötig, ja kontraproduktiv, wenn – wie derzeit im Gesetz vorgesehen – die Krankenversicherungen und Krankenhäuser landesweite Einheitspreise auszuhandeln haben. Dies ist nicht der Anfang, sondern das Ende des Wettbewerbs. Viel vernünftiger wäre es, landesweite Preisverhandlungen mit dem Ziel zu führen, Richtpreise zu vereinbaren, die als Ersatz dienen, wenn keine individuellen Preise zustande kommen.

12.5.3 Vertragsfreiheit für Krankenhäuser

Für ein wettbewerbliches Steuerungssystem ist selbstverständlich auch den Krankenhäusern Vertragsfreiheit gegenüber den Krankenversicherungen einzuräumen. Krankenhäuser, die mit keiner Krankenkasse einen Versorgungsvertrag abschließen, haben immer noch die Chance, solche Patienten zu gewinnen, die bereit sind, sich auf Kostenerstattungsbasis bei ihnen behandeln zu lassen. Denn wie oben angeführt muss allen Patienten ein direktes und unmittelbares Kostenerstattungsrecht eingeräumt werden. Leistungsstarke Krankenhäuser könnten dann gänzlich ohne Verträge mit Krankenversicherungen auskommen, wenn genügend Patienten bereit sind, sie über Kostenerstattung zu wählen.

Es bedarf fast nicht der Erwähnung, dass den Krankenhäusern selbstverständlich über ihre Vergütungen auch gleichzeitig ihre Investitionen entgolten würden. Der Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem wäre damit geboten. Gleichzeitig würde damit auch ein monistisches Steuerungssystem einhergehen, nämlich eine Nachfragesteuerung über Patienten und Krankenversicherungen. Beiden ist ein

umfassendes Recht auf Information zur Leistungsqualität und Preisen der einzelnen Krankenhäuser einzuräumen.

12.5.4 Rolle des Staates

Aufgabe des Staates bleibt es in einem solchen System, darauf zu achten, dass die Akteure die Spielregeln einhalten, die eine wettbewerbliche Nachfragesteuerung verlangt. Hierzu gehören die Festlegung von qualitativen Zulassungsbedingungen für Krankenhäuser, die Bestimmung der Rechte und Pflichten von Patienten und Versicherten und die Aufstellung und Überwachung einer Wettbewerbsordnung.

Schließlich sollte der Staat verpflichtet sein, drohende Versorgungsdefizite anzuzeigen. Gerade letzteres sollte in erster Linie als Aufforderung an die Akteure verstanden werden, sich um die Beseitigung der Defizite zu kümmern. Erst wenn aus ökonomischen Gründen ein solches Versorgungsdefizit nicht zu schließen ist, wäre der Staat berechtigt, über die Nachfrageseite den Leistungserbringern Impulse zu geben, die entsprechenden Leistungen anzubieten.

Dem Staat fällt somit eine subsidiäre Rolle zu. Zugleich würde in den Stadtstaaten, in denen die Stadt Planungsbehörde, Investitionsförderer und Krankenhausbetreiber ist, diese Aufgabenverquickung aufgelöst.

12.6 Leitet die Bund-Länder-Kommission 2014/2015 eine Wende ein?

Im Ergebnis müssen wir feststellen, dass die staatliche Angebotsplanung und das wettbewerblich orientierte Entgeltsystem einen Widerspruch in sich darstellen und zu einer suboptimalen Systemeffizienz und Effektivität führen. Eine Lösung ist jedoch nicht in Sicht, da die Länder nicht auf ihre Planungshoheit und die Krankenkassen nicht auf ein wettbewerbliches Entgeltsystem verzichten wollen. Es bleibt abzuwarten, ob die von der Großen Koalition im Jahre 2014 eingesetzte Bund-Länder-Kommission nachhaltige Lösungsansätze entwickeln wird. Die Voraussetzungen hierfür wären insofern günstig, als die Große Koalition sowohl im Bundesrat wie im Bundestag über eine ausreichende Mehrheit verfügt. Wir wissen aber aus der Vergangenheit, dass dies zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine grundlegende Krankenhausreform in Deutschland ist. Zumal die direkt Betroffenen, nämlich die Krankenkassen und die Krankenhäuser, am politischen Entscheidungsprozess nicht direkt beteiligt sind.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Gülker R. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012. RWI Materialien Heft 72. Essen 2012.
- Bundesministerium für Gesundheit. Antwort auf die „Kleine Anfrage der Abgeordneten Bärbel Bas, Elke Ferner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD betreffend „Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen“ BT-Drs. 17/14357. http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/13-08-22_AW_PSt_in_W-M_KA_17_14357.pdf (29. Juli 2014).
- DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Januar 2014. http://www.dkgev.de/media/file/15861.RS046-14_Anlage-Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf (29. Juli 2014).
- GKV-Spitzenverband. Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode. Berlin 2013.
- Göbel H. Innovative Versorgungsformen in der Schmerztherapie. Schmerz 2013; 27 (2): 120–2.
- Kanton Zürich. Strukturbericht der Züricher Spitalplanung 2012. Zürich 2012.
- Mahlzahn J, Wehner C, Fahlenbrach C. Krankenhausplanung in der Krise? In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stand und Land. Berlin: KomPart Verlag; 35–72.
- Neubauer G. Finanzautonomie – Flexibilisiertes Entgeltssystem für eine nachhaltige Reform. KU Gesundheitsmanagement 2014; (5): 28–30.
- Neubauer G. Krankenhausplanung in der Sackgasse: Eine ordnungspolitische Neubesinnung ist notwendig. In: Daumann F, Okruch S, Mantzavinos C (Hrsg) Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens. Budapest: Andrassy Gyula Deutschsprachige Universität Budapest 2006; 305–19.
- Neubauer G. Möglichkeiten stationersetzender Leistungen und Wege zu deren Ausschöpfung. KU-Spezial Controlling 2003; (4): 25–9.
- Neubauer G, Beivers A. Die Leistungen müssen die Vergütung bestimmen: Ein Plädoyer für das ordnungspolitische Resetting des DRG-Systems. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010; (1): 38–42.
- OECD (Hrsg). OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators – OECD Health Statistics (Datenbank). DOI:10.1787/data-00349-en (29. Juli 2014).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg). Fläche und Bevölkerung. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp (29. Juli 2014).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). Gesundheit Kostennachweis der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden 2013. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser.html> (29. Juli 2014).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2013 – Inlandsproduktsberechnung Lange Reihen ab 1970. Fachserie 18, Reihe 1.5. Wiesbaden 2014. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/Inlandsprodukt/InlandsproduktsberechnungLangeReihen.html> (29. Juli 2014).

13 Marktaustritte sicherstellen

Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhaussektor

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

Wer die Strukturbereinigung im stationären Sektor konkretisieren und realisieren will, muss wissen, welche Auswirkungen das Ausscheiden eines Krankenhausstandortes auf die Versorgung hat. Andernfalls könnte jedes beliebige Krankenhaus als zwingend bedarfsnotwendig deklariert werden. Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag Simulationen von Marktaustritten und Marktberreinigung durch Strukturanforderungen, wie z. B. Mindestmengen. Jeder Marktaustritt schafft eine neue Situation. Daher müssen solche Simulationen rekursiv durchgeführt werden. Es entsteht damit Transparenz über bedarfsnotwendige Krankenhäuser und Marktaustrittskandidaten.

Who wants to substantiate and implement structural improvements in the hospital sector needs to know what effect the removal of a hospital has on health care supply. Otherwise, any hospital could be declared as essential for maintaining adequate health care. Against this background, this paper analyses simulations of market exits and market adjustment using structural requirements such as volume thresholds. Each market exit creates a new situation. Therefore, such simulations must be performed recursively in order to achieve transparency about necessary hospitals on the one hand and market exit candidates on the other hand.

13

13.1 Diagnose: Überkapazität

13.1.1 Zu viele Häuser, zu viele Betten, zu viele Fälle

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine außerordentlich hohe Krankenhausedichte aus. Anschaulich wird dies u. a. durch den Vergleich der Niederlanden mit Nordrhein-Westfalen (NRW). Bei gleicher Fläche und gleicher Einwohnerzahl kommen die Niederländer mit 130 Krankenhäusern aus, in NRW sind es rund 400. Ähnliches gilt für die Zahl der Betten. Im internationalen Vergleich weist nur Österreich eine höhere Fallzahl pro 100 Einwohner auf (Schönstein und Kumar 2013).¹

¹ Vgl. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht, Juli 2014 (hche 2014), S. 31.

Ein Teil der Mengen mag „nachfrageseitig“ erklärbar sein, aber er ist nicht besonders groß. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI 2012) hat gezeigt, dass nur ein Drittel der Ausgabensteigerung demografisch erklärbar ist. Wengler, Nimptsch und Mansky haben am Beispiel der Knieendoprothesen gezeigt, dass nach Bereinigung demografischer Effekte die Operationshäufigkeit in Deutschland rund 40% über der vergleichbarer Länder liegt (Wengler et al. 2014). Es ist unwahrscheinlich, dass dies durch eine Unterversorgung in allen vergleichbaren Ländern zu erklären ist.

Im Koalitionsvertrag wird eine Krankenhausreform angekündigt, die neben Qualitätsaspekten und der künftigen Gestaltung der Basisfallwerte (Orts-, Landes- oder Bundesebene) auch eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft zum Thema haben könnte. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Rolle von softwaregestützten Simulationen bei der finanziellen Flankierung von Marktaustritten und bei der Marktberingung durch Strukturanforderungen, wie z. B. Mindestmengen.

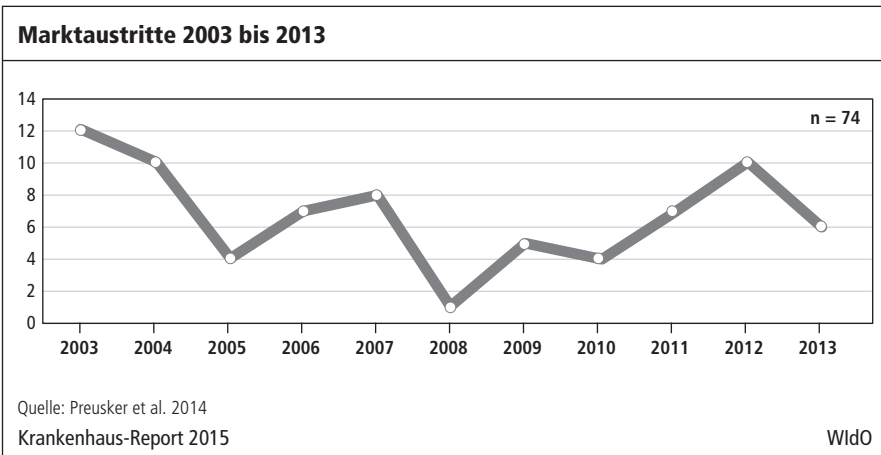
Vorangestellt ist eine kurze Geschichte der Krankenhausschließungen der letzten zehn Jahre (Abschnitt 13.1.2). Diese Geschichte macht wenig Hoffnung, dass die notwendige Strukturbereinigung durch einen landesplanerischen Prozess erreichbar ist (Abschnitt 13.2.1). Auch die Ankündigung von „qualitätsorientierter Krankenhausplanung“ wird daran wenig ändern (Abschnitt 13.2.2). Der wesentliche Akteur bei strukturellen Entscheidungen ist schon jetzt der Krankenhausträger. Ein Refinanzierungsfonds („ReFo“) zur Unterstützung von Krankenhausträgern beim Marktaustritt könnte der wesentliche Hebel zu Strukturbereinigung sein (Abschnitt 13.2.3).

Da Marktaustrittshilfen nur dann gezahlt werden sollten, wenn das Haus nicht zur Sicherstellung notwendig ist, müssten die „Sicherstellungshäuser“ eindeutig identifiziert werden. Entscheidungskriterium ist dabei die Erreichbarkeit – also ein Kriterium aus Versichertenperspektive (Abschnitt 13.3.2). Am Beispiel von hessischen Krankenhäusern der Grundversorgung wird gezeigt, dass die Versichertenströme ausreichend genau simuliert werden können, um über die Frage der Bedarfsnotwendigkeit nach einem einheitlichen Algorithmus zu entscheiden (Abschnitt 13.3.3). Da jeder Marktaustritt eine neue Situation schafft, müssen solche Simulationen rekursiv durchgeführt werden. Eine rekursive Simulation ist auch Basis für ein Modell zur Abschätzung der Wirkung von Mindestmengen (Abschnitt 13.4). Simulationsmodelle mit parametrischen Einstellungsoptionen könnten eine Strukturbereinigung maßgeblich prägen (Abschnitt 13.5).

13.1.2 Kurze Geschichte der Krankenhausschließungen von 2003 bis 2013

Das Bild einer vom Wandel kaum erfassten deutschen Krankenhauslandschaft (Leber und Scheller-Kreinsen 2012) kontrastiert mit der These vom „Kliniksterben“, derzufolge die mangelnde Finanzierung im großen Umfang zur Schließung von Kliniken führt. In der Tat geht die Zahl der Krankenhäuser zurück. Eine Betrachtung der Jahre 2003 bis 2013 (also jener letzten zehn Jahre, in denen die DRGs eingeführt wurden) zeigt laut Statistischem Bundesamt einen Rückgang um 204 auf 2 017 Krankenhäuser. In einer detaillierten Untersuchung zeigen Preusker et al. (2014) jedoch, dass von diesen 204 nicht mehr in der Statistik geführten Kranken-

Abbildung 13–1



häusern nur 74 (36%) auf einen vollständigen Marktaustritt zurückzuführen sind. In den meisten Fällen handelt es sich um Fusionen und Standortverlagerungen. Die Zahl der Marktaustritte zeigt keinen eindeutigen Trend und verteilt sich halbwegs gleichmäßig auf die Jahre 2003 bis 2013 (Abbildung 13–1).

Im gesamten Untersuchungszeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen; sie verfügten im Durchschnitt über 70 Betten. Ordnet man die Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2011), so haben 70% der Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen stattgefunden. Die These, dass vor allem kleine Häuser auf dem Lande „sterben“, findet keinen Beleg. Ein regionaler Schwerpunkt lässt sich ebenfalls nicht identifizieren. Ähnlich erwartungstreu ist auch die Auswertung nach Trägern: Öffentliche, frei-gemeinnützige und private Träger sind gleichermaßen an den Marktaustritten beteiligt.

Arbeitet man die Geschichte der einzelnen Krankenhausschließungen im Sinne einer narrativen Ökonomie auf, so lassen sich einige Muster identifizieren²:

- Krankenhausschließungen sind langjährige Prozesse und laufen in der Regel in mehreren Stufen ab.
- Oft zeigen sich „Restrukturierungsversuche“ unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies trotz erheblicher, vielfach öffentlich bekannter Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungsmaßnahmen.
- Häufig wird versucht, das Krankenhaus oder den Standort zu veräußern.

² Vgl. hierzu den rund 200 Seiten starken Anhang der Studie von Preusker et al. (2014), der mit detaillierten Quellenangaben die Krankenhausschließungen nachzeichnet.

Der wesentliche Akteur bei Marktaustritten ist der Krankenhausträger. Eine große Rolle spielen zudem das Klinikmanagement und die Aufsichtsgremien sowie die Lokalpolitik und die örtlichen bzw. regionalen Presseorgane. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger spielen eher eine untergeordnete Rolle.

Der Versuch, eine Typologie von Krankenhausschließungen zu entwerfen, muss zwangsläufig zu einem gewissen Grade willkürlich sein, hilft aber bei der Mustererkennung. Preusker et al. (2014) untermauern mit Fallstudien sechs verschiedene Typen von Krankenhausschließungen:

1. Krankenhäuser, die aufgrund von langfristigen Belegungsproblemen in immer größere wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, bis hin zur Schließung
2. Krankenhäuser mit den dargestellten Belegungsproblemen, bei denen die Schließung jedoch erst nach einer vorangehenden Privatisierung erfolgt
3. Krankenhäuser, bei denen die Schließung auf dem Wege einer Insolvenz erfolgt
4. Häuser, die trotz Kapazitätsanpassung wegen hoher Fixkosten schließen müssen
5. Marktaustritte aufgrund von Vorgaben der Landesregierung
6. Kleinstkrankenhäuser

Eine finanzielle Förderung des Marktaustrittes konnte nur in fünf der 74 Krankenhausschließungen identifiziert werden – eine Tatsache, die im Folgenden noch näher zu diskutieren sein wird. Insgesamt zeigen die Fallstudien, dass Krankenhausschließungen möglich sind, dass sie aber im vergangenen Jahrzehnt nur in solch geringem Maße stattgefunden haben, dass von einer Strukturbereinigung nicht die Rede sein kann. Eine solche Strukturbereinigung könnte das Thema der nächsten Reform sein.

13.2 Wege zur Strukturbereinigung

13.2.1 Rückbau durch Planungsbehörden?

Die Krankenhausreformen der letzten zwei Jahrzehnte haben vor allem das Vergütungssystem geändert. Durch die Einführung von Fallpauschalen Mitte der 90er Jahre und vor allem durch die DRG-Einführung ab 2003 wurde das ungerechte und ineffiziente Selbstkostendeckungsprinzip ersetzt durch ein empirisch ermitteltes, leistungsorientiertes Vergütungssystem. An den Rahmenbedingungen hat sich hingegen wenig geändert. Formal gelten noch immer die Prinzipien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) der 70er Jahre mit Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung durch die Länder.

Seit den 70er Jahren sinkt jedoch der Finanzierungsanteil der Länder an den Krankenhausaufgaben von ursprünglich über 20% auf inzwischen weniger als 5% (Leber und Wolff 2012). Bei Fortsetzung des Trends wird es Ende dieses Jahrzehnts keine nennenswerte Investitionsförderung durch die Länder mehr geben. Die Frage, ob duale oder monistische Finanzierung, erledigt sich durch den Zeitablauf. Dies wurde inzwischen vielfach diskutiert, ohne dass daraus jedoch Konsequenzen gezogen worden sind.

Weniger diskutiert wird die Tatsache, dass mit der Erosion der Länderfinanzierung auch eine Erosion des planerischen Durchgriffs einhergeht. Ein Land entschei-

det mit einem Förderbescheid, ob ein Bettenhaus oder ein OP-Trakt gebaut wird. Gibt es solche Förderbescheide nicht mehr, dann erfolgt die planerische Entscheidung durch den Krankenhausträger und nicht durch eine Krankenhausplanungsbehörde.

Einige Länder haben zwischenzeitlich die hausbezogene Krankenhausplanung völlig aufgegeben. So fließen die Fördermittel in NRW inzwischen als pauschale „Bauprämie“ an die Krankenhausträger.³ Es sind somit die Krankenhausträger, die über Investitionen entscheiden – nicht mehr die Planungsbehörden.

Der Ausstieg der Länder aus der Planung geht mit einem bemerkenswert niedrigen personellen Ressourceneinsatz einher. Nur eine Handvoll Mitarbeiter in den zuständigen Ministerien leitet Fördermittel weiter, die immerhin über die Versorgung von 18 Mio. Krankenhausfällen und das Arbeitsumfeld von über einer Million Mitarbeitern entscheidet. Erst langsam wächst das Bewusstsein dafür, dass es quasi keine Krankenhausplanung mehr gibt. Wir beobachten die inspirationslose Fortschreibung einer veralteten Adressliste.

Folgt man der Analyse, derzufolge eine gestalterische Krankenhausplanung nicht mehr existiert, dann erübrigt sich eigentlich die Frage, ob eine Reduktion der Überkapazitäten durch die bestehenden Planungsbehörden zu erwarten steht. Auf zwei Argumente sei jedoch hingewiesen.

Erstens ist die derzeitige Krankenhauslandschaft das Ergebnis der erodierenden Krankenhausplanung. Was sollte dafür sprechen, dass Planungsbehörden sich künftig anders verhalten? Im Gegenteil: In Zeiten, in denen die Krankenhausförderung noch eine veritable Haushaltsbelastung darstellte, gab es für die Länder noch ein fiskalisches Motiv, Überkapazitäten abzubauen. Die Schließung von Häusern entlastete den Landeshaushalt. Im gleichen Maße jedoch, wie sich die Länder aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen, entfällt dieses Korrektiv. Im Zustand monistischer Krankenhausfinanzierung können die Länder quasi zum Nulltarif Überkapazitäten planen. Die rückläufige Investitionsfinanzierung, die wegen der Schuldenbremse kaum aufzuhalten sein wird, führt also geradewegs in eine Situation, wo die Länder vollends unbrauchbar werden, wenn es um den Abbau von Überkapazitäten geht.

Zweitens sei angemerkt, dass die Länder keinerlei Motiv haben, Überkapazitäten abzubauen. Solange die positiven Arbeitsmarkteffekte und die (vermeintlich) positiven Versorgungsaspekte im Land anfallen, die finanziellen Folgebelastungen aber via Beitragsmischkalkulation und Risikostrukturausgleich bundesweit umgelegt werden, so lange gibt es kein rationales Motiv für die Länder, Überkapazitäten abzubauen.

Die Erosion der Krankenhausplanung zugunsten einer weitgehenden Handlungsfreiheit der Krankenhausträger lässt übrigens Zweifel an der klassischen Kassenstrategie aufkommen, die sich eine Strukturbereinigung durch eine stärkere Beteiligung der Kassen an der Landeskrankenhausplanung erhofft. Stärkere Mitsprache bei einer Planung, die quasi nichts mehr entscheidet, hilft nicht viel.

³ Vgl. Krankenhausplan NRW 2015, am 23.07.2013 in Kraft getreten. http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php.

13.2.2 Strukturbereinigung durch qualitätsorientierte Krankenhausplanung?

„Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ ist eines der Versprechen im Koalitionsvertrag, der in den ersten 44 Zeilen zum stationären Sektor immerhin 19-mal den Begriff „Qualität“ verwendet. Möglicherweise ist es ein leeres Versprechen. Wenn die obige Analyse über die Erosion gestalterischer Krankenhausplanung auch nur in Ansätzen stimmt, dann kann von den Planungsbehörden schwerlich so etwas Kompliziertes wie die Berücksichtigung von Qualität erwartet werden. Es handelt sich vielleicht um einen Versuch, die Reste der Krankenhausplanung politisch etwas aufzuwerten.

Das politische Versprechen lautet in der Regel „Ausschluss schlechter Qualität“ und wirft die Frage auf, welche Art von Qualität gemeint ist und wie sie gemessen wird. In der Stufenfolge von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität steht Letztere ganz oben – dem Patientennutzen am nächsten. Gleichwohl gibt es mehrere Gründe, warum es nicht zum Ausschluss schlechter Ergebnisqualität via Krankenhausplanung kommen wird:

1. Die bisherigen Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) messen in der Regel Prozessqualität. Die Entwicklung neuer Indikatoren ist mit einem Zeitraum nicht unter fünf Jahren zu veranschlagen.
2. Die Messung von Ergebnisqualität liefert in der Regel ein Kontinuum, bei dem es – wie auch bei anderen Qualitätsdefinitionen – schwerfällt, eine gerichtsfeste Grenze zwischen akzeptabler und nicht mehr tolerierbarer Qualität zu finden.
3. Bei kleinen Fallmengen entsteht das Problem wachsender Konfidenzintervalle. Leistungserbringer mit niedrigen Fallzahlen haben quasi nie eine signifikant schlechte Qualität. Da aber gerade bei solcher „Gelegenheitsversorgung“ mit Qualitätsmängeln zu rechnen ist, müsste eigentlich jede Messung von Ergebnisqualität mit einer Mindestmenge flankiert werden.
4. Schließlich hat Deutschland in puncto Ergebnisqualität keine Ausschlussstradition. Wir schützen unsere Kinder nicht vor schlechten Lehrern und die in diesem Bereich reaktionäre Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes stellt noch immer die Berufsfreiheit höher als den Patientenschutz.
5. Ergebnisqualität ist immer Ex-post-Qualität und würde deshalb verlangen, dass man Bestehendes aus dem Plan nimmt, was besonders schwierig ist.

Zusammenfassend kann man sagen: Der Ausschluss von Leistungserbringern mit schlechter Ergebnisqualität ist schwer messbar, juristisch angreifbar, in Deutschland ohne Tradition und mithin insgesamt unwahrscheinlich.

Realistisch für eine Krankenhausplanung ist es lediglich, dass Strukturqualität durchgesetzt wird, so z. B. bestimmte bauliche Maßnahmen, Vorgaben zur Zusammensetzung von Behandlungsteams, Vorhaltung intensivmedizinischer Betreuung und ähnliches. Zu den möglichen Strukturanforderungen für die Krankenhausplanung gehören auch Mindestmengen. Sie können vom G-BA beschlossen werden (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V), die Planungsbehörden der Länder können sie jedoch für einzelne Krankenhäuser aussetzen (§ 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Wegen der besonderen Bedeutung für die Neustrukturierung der Versorgung wird in Abschnitt 13.4 ein Modell zur Simulation von Mindestmengen vorgestellt.

Von zentraler Bedeutung bleibt allerdings die Frage, ob die Länder ein Motiv haben, die Krankenhausversorgung durch Qualitätsanforderungen neu zu strukturieren. Strukturanforderungen können immer eine qualitätssteigernde und eine marktberreinigende Wirkung haben. Am Letzteren werden die Länder genauso wenig ein Interesse haben wie am Abbau von Überkapazitäten durch „Zusammenstreichen“ des Krankenhausplanes. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass derzeit versucht wird, eine kaum noch existierende Krankenhausplanung durch das Wort „Qualität“ politrhetorisch aufzuwerten. Eine Strukturbereinigung durch Planungsbehörden steht nicht zu erwarten, es sei denn, man geht von einem völlig irrationalen Verhalten der Bundesländer aus.

13.2.3 Der „ReFo“ – Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

Geht man davon aus, dass die Marktberreinigung bis auf Weiteres nicht durch einen krankenhauserplanerischen Prozess vollzogen wird, dann gilt es, die Krankenhauserträger als wesentlichen Akteur in den Mittelpunkt zu stellen. Wann aber ist ein Krankenhauserträger bereit, sein Krankenhaus zu schließen? Gegenwärtig stellt die Streichung eines Hauses aus dem Krankenhausplan eine entschädigungslose Enteignung dar. Der Krankenhausplan ist eine Art Abrechnungslizenz, deren Verlust zusätzlich Widerstand mobilisiert. Solange außerdem die Belegung eines Bettes als Beleg für die Bedarfsnotwendigkeit angesehen wird, ist zudem der Gang zum Verwaltungsgericht erfolversprechend. Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, dass die Länder die Häuser nicht schließen werden. Auch die Krankenkassen werden dies in einer Wettbewerbssituation nicht tun. Nur der Krankenhauserträger hat die Kraft, ein Krankenhaus zu schließen.

Der zurzeit erfolversprechendste Weg zur Strukturbereinigung ist die finanzielle Flankierung des Marktaustritts. Eine solche Regelung – in Form eines Strukturfonds – fand sich auch bis zuletzt in den Entwürfen zum Koalitionsvertrag, wurde jedoch in der letzten Verhandlungsnacht gestrichen. Das spricht nicht gegen eine Umsetzung im Rahmen der nächsten Reform.

Die Grundidee ist ein rechtssicherer Anspruch von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern bzw. deren Trägern auf finanzielle Unterstützung bei einem Marktaustritt. Die Förderung von Marktaustritten ist bereits Gegenstand aller Landeskrankenhausergesetze, da § 9 Abs. 2 KHG einen Fördertatbestand „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“ vorsieht. Die Regelungen variieren von Land zu Land erheblich und nur drei Länder machen konkrete Angaben über die Höhe der Schließungsförderung (Berlin, NRW, Hessen). Sie liegen zwischen 6000 Euro (Berlin) und bis zu 16 500 Euro pro Bett eines vollständig geschlossenen Krankenhauses (Hessen).

Das Volumen eines Restrukturierungsfonds (ReFo) dürfte Gegenstand intensiver Verhandlungen zwischen Bund und Ländern sein. Sie dürften im engen Zusammenhang mit der (unzureichenden) Finanzierung von Investitionskosten stehen. Wenig Sinn würde eine länderbezogene Quotierung der Schließungsförderung machen, da die Notwendigkeit zur Marktberreinigung in dünn besiedelten Regionen, wie Mecklenburg-Vorpommern, quasi nicht existiert, in Ballungsgebieten, wie dem Ruhrgebiet, jedoch von großer Wichtigkeit wäre.

Unklar ist das notwendige Fördervolumen. Nimmt man einmal an, dass zur Förderung einer Krankenhausschließung das Jahresbudget dieses Hauses notwendig ist, dann könnte mit einem Fördervolumen von 700 Mio. Euro rund 1 % der Krankenhauskapazität vom Markt genommen werden.

Die in Abschnitt 13.1.2 dargestellten Marktaustritte des letzten Jahrzehnts zeigen überwiegend lange Schließungsgeschichten. Soll der Fonds erfolgreich sein, dann muss er längerfristig, z. B. auf zwei Legislaturperioden, ausgelegt sein. Schneller funktionieren die Beschlüsse zur Schließung eines Hauses nicht.

Von zentraler Bedeutung für den Erfolg des Fonds im Sinne einer Strukturbereinigung ist eine enge Zweckbindung. Es gibt Dutzende von vermeintlich förderungswürdigen Umstrukturierungsmaßnahmen, die allesamt dazu führen könnten, dass die Fondsmittel aufgebraucht wären, bevor es zu einem einzigen Marktaustritt gekommen ist. Es dürfte nicht an Versuchen fehlen, Fondsmittel abzuziehen für die Schließung von Abteilungen oder die Fusion von Standorten ohne Kapazitätsreduktion.

Gewarnt sei davor, die Nachnutzung des geschlossenen Krankenhauses zum Förderkriterium zu machen. Sie wird im Einzelfall so umstritten sein (Aufbau ambulanter Überversorgung? Überflüssige Pflegeheime? etc.), dass sie sich als echtes Hindernis für einen zweckgerichteten Mittelabfluss erweisen könnte. Entscheidend für die Förderfähigkeit sollte lediglich sein, ob das Haus (bzw. der Standort) vom Markt geht und dass es zur Sicherstellung der Versorgung nicht gebraucht wird.

13.2.4 Zur Dichotomie von „ReFo“ und Sicherstellung

Eine Konkretisierung des Restrukturierungsfonds führt alsbald zur Frage der antragsberechtigten Häuser. Man wird die Mittel nur für Krankenhäuser aufwenden wollen, bei denen der Marktaustritt nicht zu einem Versorgungsproblem führt. Häuser, deren Versorgungsfunktion nicht von Nachbarkrankenhäusern übernommen werden kann, die also zur Sicherstellung notwendig sind, sollten keine Mittel aus dem Restrukturierungsfonds erhalten können. Solche zur Sicherstellung notwendigen Häuser sind laut KHG hingegen potenzielle Kandidaten für einen Sicherstellungszuschlag. Die gesamte Krankenhauslandschaft lässt sich also in zwei dichotome Gruppen aufteilen: in die Sicherstellungshäuser und in die ReFo-Häuser. Die Sicherstellungshäuser können potenziell einen Sicherstellungszuschlag erhalten, die ReFo-Häuser hingegen Mittel aus dem Restrukturierungsfonds.

Bei einem bundesweiten Fonds besteht die Notwendigkeit, „Sicherstellung“ bundeseinheitlich zu definieren – eine Aufgabe, die man wahrscheinlich dem G-BA zueignen wird. Maßgeblich für die Versorgung der Versicherten ist die Erreichbarkeit von Krankenhäusern, sodass untersucht werden muss, ob bei einem Marktaustritt für eine maßgebliche Anzahl von Personen inakzeptable Fahrzeiten entstehen. Dies wirft eine Vielzahl von methodischen und normativen Fragen auf. Am Beispiel des Landes Hessen soll im Folgenden illustriert werden, wie Restrukturierungs- und Sicherstellungshäuser identifiziert werden können.

13.3 „ReFo“ und Sicherstellung: Das Beispiel Hessen

13.3.1 Hohe Häuser und tiefe Wälder

Hessen vereinigt hochkonzentrierte Ballungsräume („Mainhattan“) und tiefe Wälder, jene Landschaften, die die Kulisse für die grimmschen Märchen bilden. Hessen eignet sich deshalb als Anwendungsbeispiel, da sowohl Regionen mit hoher Angebotsvielfalt als auch Regionen mit begrenztem stationärem Angebot existieren. Folgt man der Systematik von siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR, so dominieren im Rhein-Main-Gebiet hochverdichtete Kreise und Großstädte, während im nördlichen und östlichen Hessen eher ländliche Strukturen vorzufinden sind (BBSR 2011). Insgesamt liegt Hessen nicht allzu fern vom bundesrepublikanischen Schnitt (Tabelle 13–1).

13.3.2 Versichertenperspektive: Erreichbarkeit

Die Identifikation von „bedarfsnotwendigen“ Krankenhäusern (Sicherstellungshäusern) ist nicht trivial. Schon die Frage, welche Krankenhäuser bzw. welche Standorte in Hessen somatische Leistungen der stationären Versorgung erbringen, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Hintergrund ist, dass ein zentral geführtes eindeutiges Verzeichnis der stationären Leistungserbringer fehlt. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen, die Krankenhausplanung, die Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung, die Krankenhausstatistik usw., für jeden Zweck werden andere identifizierende Merkmale genutzt.

Identifikation der Grundversorger

Vor diesem Hintergrund wurden für die nachfolgenden Auswertungen zunächst die zugänglichen Krankenhausstatistiken hinsichtlich der jeweils geführten Krankenhausstandorte und Betriebsstätten ausgewertet, um eine Liste der hessischen Krankenhausstandorte zu generieren. Berücksichtigt wurden dabei die in den Daten des Jahres 2012 nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ausgewiesenen

Tabelle 13–1

Eckdaten der Krankenhausversorgung 2012 für Hessen und bundesweit

	Hessen	Bund	in Prozent
Anzahl Krankenhäuser	172	2 017	8,5
Anzahl Betten	36 229	501 475	7,2
Fallzahl	1 318 641	18 620 442	7,1
Betten je 100 000 Einwohner	603	624	
Fälle je 100 000 Einwohner	21 961	22 775	
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	7,7	7,6	
Bettenauslastung (in Prozent)	76,8	77,4	

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014

Standorte bzw. Betriebsstätten, die Standorte in den Qualitätsberichten des Jahres 2012 des G-BA und die Krankenhäuser, die im Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (KHV) des Statistischen Bundesamtes für 2012 enthalten sind. Es entstand eine anhand einer qualitativen Recherche validierte Liste mit 175 Standorten.

Grundvoraussetzung für die Einordnung eines Standortes in die Kategorie „Sicherstellungshaus“ (und damit nicht in die Kategorie „Restrukturierungshaus“) ist, dass zumindest Leistungen der stationären Grundversorgung erbracht werden. Diese Standorte werden im Folgenden vereinfacht als „Grundversorger“ bezeichnet. Sie wurden anhand des im Datensatz nach § 21 KHEntgG dokumentierten Fallspektrums ermittelt. Dabei wurde auf die häufigsten abgerechneten DRGs der Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie abgestellt sowie die Versorgung von Patienten in diesen Fachabteilungen in Randzeiten (zwischen 20:00 und 5:00 Uhr) berücksichtigt. Legt man die skizzierte Definition zugrunde⁴, werden 70 hessische Krankenhausstandorte als somatische Grundversorger identifiziert. 105 Krankenhäuser erbringen somatische Leistungen, sind aber nach dieser Definition keine Grundversorger.

Wohngebiete und Entfernung zum Krankenhaus

Bei der Auswertung der Erreichbarkeit wird die minimale Fahrzeit der Bevölkerung (nicht der Patientenpopulation) einer Region zum nächstgelegenen Grundversorger betrachtet. Die dafür benutzte geografische Bezugseinheit ist das sog. „PLZ8“-Niveau, bei dem Postleitzahlgebiete in kleinere Einheiten von wenigen Hundert Haushalten untergliedert sind. Für dieses Aggregationsniveau werden Daten zur Bevölkerungsverteilung nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnort der Firma microm Micromarketing-Systeme und Consult GmbH verwandt. Für jedes PLZ8-Gebiet sind Einwohnerzahlen beruhend auf der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes berechnet. Es ist eindeutig sowohl einem Postleitzahlgebiet als auch einer Gemeinde zugeordnet. Die bevölkerungsbezogene Fahrzeit wird auf Grundlage der Distanz zwischen dem Schwerpunkt des PLZ8-Gebietes und dem nächsten Grundversorger berechnet. Dabei wird die Fahrzeitmessung von Microsoft MapPoint genutzt, die eine durchschnittliche Pkw-Fahrzeit ermittelt (nachfolgend vereinfachend als „Fahrzeit“ bezeichnet). PLZ8-Mittelpunkte werden in diesem Kontext als Startpunkte und die Anschriften der Krankenhausstandorte als Zielorte verwendet. In die Fahrzeitmessung wurden auch die Standorte der Grundversorgung der angrenzenden Bundesländer (Bayern, Baden-Württemberg, NRW, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Thüringen) einbezogen.

⁴ Es wird auf einen Ansatz zurückgegriffen, bei dem ex post anhand des in den Abrechnungsdaten dokumentierten Leistungsspektrums sogenannte Indikator-DRGs je Fachabteilung ermittelt werden. Ausgehend von einer fachabteilungsspezifischen Indikator-DRG-Liste wurden Krankenhausstandorte als Grundversorger kategorisiert, sofern im Jahr 2012 je Fachabteilung a) mindestens 400 Fälle der Indikator-DRGs abgerechnet wurden, dabei b) 28 verschiedene Indikator-DRGs der Inneren Medizin und c) 20 verschiedene Indikator-DRGs der Allgemeinen Chirurgie auftraten sowie d) je Fachabteilung mindestens 20 Fälle der Indikator-DRGs zwischen 20:00 und 5:00 Uhr (und damit außerhalb der regulären Arbeitszeiten) aufgenommen wurden. Detailliert ist der Ansatz in dem Beitrag von Scheller-Kreinsen und Krause (Kapitel 3) beschrieben.

Versorgungskritische Marktaustritte

Will man eine strukturelle Verschlechterung der Erreichbarkeit der Bevölkerung durch einen Marktaustritt identifizieren, muss zunächst eine akzeptable Fahrzeit zum nächsten Grundversorger definiert werden. Dabei kann nur normativ vorgegangen werden. Im Rahmen dieses Beitrags wird beispielhaft eine Fahrzeit von 30 Minuten als Schwellenwert verwendet. Es wird dem politischen Prozess obliegen, hier eine Norm zu setzen.

Der Schwellenwert ist jedoch weiter zu qualifizieren. Da man nicht auf jeder Hallig ein Universitätsklinikum bauen wird, um auch für diese Personen die Erreichbarkeit in 30 Minuten zu garantieren, ist im Folgenden „ein Dorf von 5 000 Einwohnern“ als maßgebliche Personengruppe gewählt. Wenn also für eine Gruppe von 5 000 Einwohnern die Fahrzeit auf über 30 Minuten steigt, dann wird von einem versorgungskritischen Marktaustritt gesprochen. Bei bundesweit ca. 82 000 PLZ8-Gebieten und einer Gesamtbevölkerung von ca. 82 Mio. Einwohnern sind im Mittel 5 000 Einwohner mit fünf PLZ8-Gebieten gleichzusetzen.

13.3.3 Simulation des Marktaustritts von hessischen Grundversorgern

Untersucht man die Fahrzeiten für ganz Deutschland, dann erreichen 99% der Bevölkerung einen Grundversorger in ca. 30 Minuten (Tabelle 13–2). Im Umkehrschluss zeigen sich nur wenige Postleitzahlbezirke mit einer Fahrzeit von über 30 Minuten.

Auch in Hessen existiert schon heute eine Handvoll PLZ8-Gebiete, von denen aus – völlig unabhängig von der Schließung des nächsten Grundversorgers – kein Krankenhaus der Grundversorgung in einem 30-Minuten-Fahrzeit-Radius erreichbar ist. In Abbildung 13–2 sind diese Gebiete als dunkelgraue Flächen ausgewiesen. 29 von 5 547 Gebieten auf PLZ8-Ebene (0,5%) fallen in diese Kategorie.

Darüber hinaus stellt Abbildung 13–2 die Gebiete dar, von denen aus nach Schließung des nächsten Grundversorgers kein Krankenhaus der Grundversorgung in 30 Minuten mehr erreichbar wäre (mittlerer Grauton). Auch die Anzahl dieser Gebiete ist im Verhältnis zur Grundgesamtheit überschaubar: Es handelt sich um 163 Gebiete (2,9%). Hellgrau sind die PLZ8-Gebiete dargestellt, von denen aus auch nach Schließung des nächsten Grundversorgers ein alternativer Grundversorger innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden kann. In diese Kategorie fallen 5 536 PLZ8-Gebiete (ca. 96,5%). Sie stellt damit die mit Abstand größte Gruppe dar.

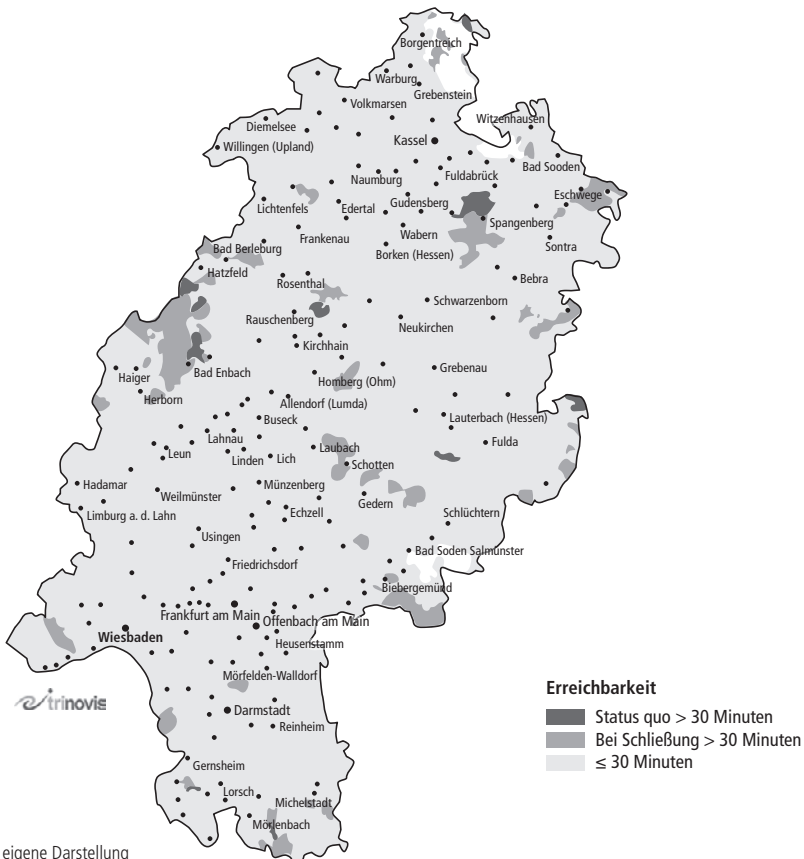
Tabelle 13–2

Bevölkerungsbezogene Fahrzeit zwischen Wohnort und dem nächsten Grundversorger in Hessen und bundesweit

Bevölkerungsperzentil (in %)	50	75	90	95	99
	Fahrzeit (in Minuten)				
Hessen	11,4	15,7	19,4	22,0	27,5
Bund	10,9	15,7	20,4	23,6	30,6

Abbildung 13–2

Erreichbarkeit und Auswirkung des Marktaustritts von Grundversorgern nach PLZ8-Gebieten in Hessen



Quelle: eigene Darstellung
Krankenhaus-Report 2015

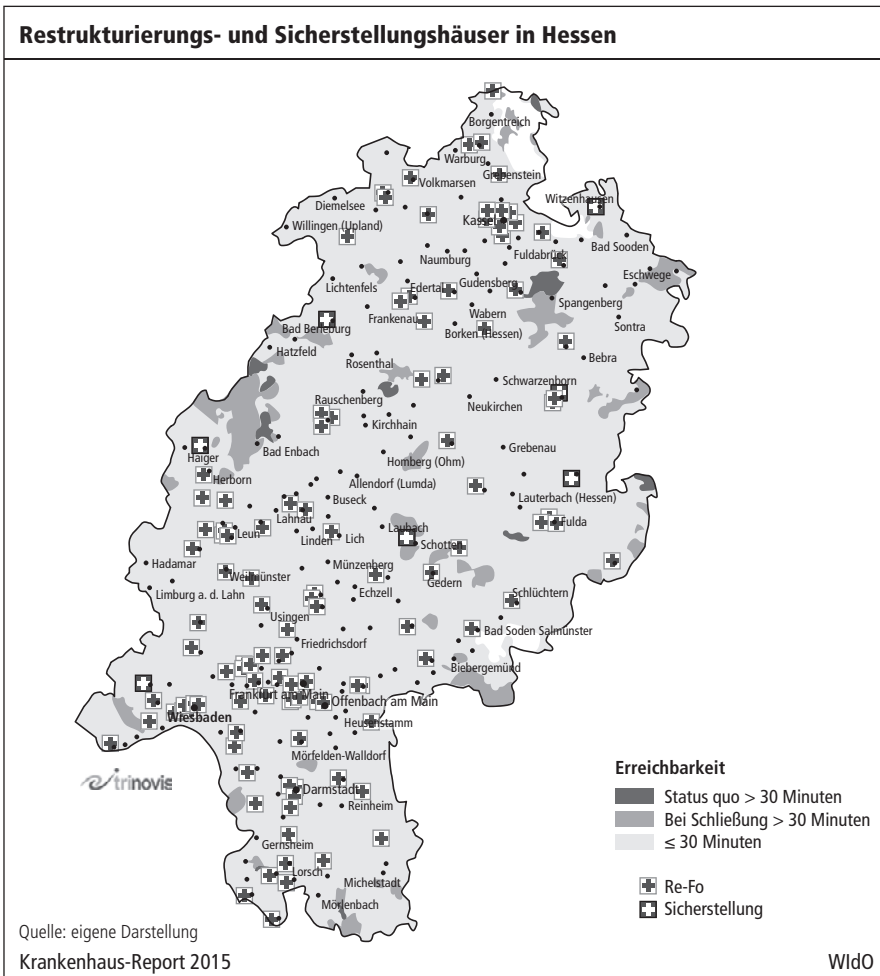
WlD

Im Rahmen der Analysen wird implizit unterstellt, dass die Patienten eines geschlossenen Standortes durch die umliegenden Standorte versorgt werden können. Angesichts der hohen Krankenhausedichte in Ballungsräumen und einer Bettenauslastung von unter 85 % im ländlichen wie im urbanen Raum (Scheller-Kreinsen und Krause 2015) scheint diese Annahme vertretbar.

Simuliert man den Marktaustritt aller Grundversorger, dann zeigen sich bei zehn der 70 Grundversorger „kritische Marktaustritte“, also mehr als fünf PLZ8-Gebiete, bei denen die Fahrzeit zum nächsten Grundversorger über den Schwellenwert von 30 Minuten steigen würde. Diese Häuser dürften keine Mittel des Restrukturierungsfonds in Anspruch nehmen. Im Umkehrschluss könnten 60 Häuser Mittel aus einem Restrukturierungsfonds beanspruchen.

Die beiden Klassen sind deutlich unterschiedlich besetzt: Ca. 6 % der hessischen Standorte sind Sicherstellungshäuser, während ca. 94 % der Standorte Restrukturierungs-

Abbildung 13–3



runghäuser sind. Bei der Interpretation der Zahlen muss man jedoch Vorsicht walten lassen. Falsch wäre es daraus abzuleiten, dass ca. 94% der hessischen Krankenhäuser geschlossen werden können. Nach dem Marktaustritt eines Grundversorgers ergeben sich für die umliegenden PLZ8-Gebiete neue Fahrzeitwerte und ggf. neue alternative wohnortnächste Grundversorger. Die Sicherstellungshäuser müssen im Rahmen einer rekursiven Simulation ermittelt werden.

Erwartungsgemäß sind in den Ballungsräumen (Frankfurt am Main, Kassel, Wiesbaden, Darmstadt und Fulda) alle Standorte ReFo-Häuser (Abbildung 13–3). Auch bei Marktaustritt eines Grundversorgers existieren immer noch genügend erreichbare Grundversorger in der Umgebung. Sicherstellungshäuser liegen hingegen mehrheitlich in den dünner besiedelten Regionen Hessens.

13.3.4 Methodologische Herausforderung: Standorte klären!

Die Simulation zeigt, dass die versorgungspolitisch bedeutsamen Entfernungen aufgrund der allenthalben verfügbaren Navigationssoftware verlässlich ermittelt werden können. Die technischen Möglichkeiten erlauben deshalb ein Vorgehen ohne spezifische Ortskenntnisse.

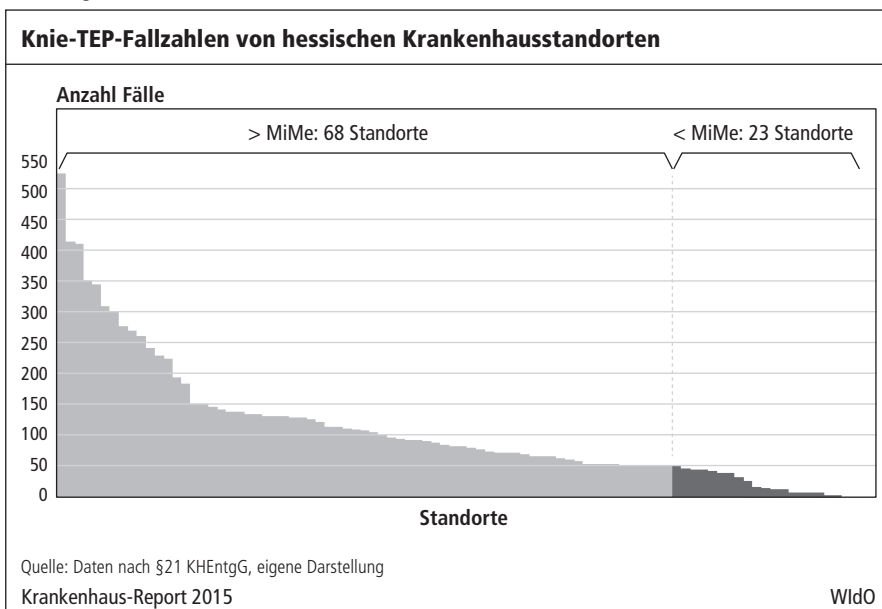
Dagegen ist die Standortliste derzeit risikobehaftet und angreifbar. Dieser Zustand ist aus Versicherten- und Patientenperspektive unhaltbar. Es braucht endlich eine eindeutige und unveränderbare Kennzeichnung von stationären Einrichtungen (analog zur bundeseinheitlichen Arztnummer), damit die Abrechnungs-, Planungs- und Qualitätsdaten sinnvoll zusammengeführt werden können. Auch bei der Simulation von Mindestmengen kann die ungeklärte Standortdefinition ein Problem sein.

13.4 Simulation von Mindestmengen

13.4.1 Jede Menge kleine Mengen

Vielfach wurde die Einführung des DRG-Systems mit der Erwartungshaltung verbunden, dass es zu einer stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser kommen würde (Schmidt und Möller 2007; Neubauer et al. 2007). Auch Autoren, die hinsichtlich des zu erwartenden Spezialisierungseffekts des DRG-Systems eine eher kritische Position einnahmen, rechneten damit, dass es insbesondere in Kombination mit den im Kontext der DRGs eingeführten Mindestmengenregelungen nach

Abbildung 13–4



§ 137 SGB V zumindest für planbare Leistungen zu einer Konzentration käme (Lüngen und Lauterbach 2002). Dieser Effekt ist jedoch bislang ausgeblieben. So konstatiert die DRG-Begleitforschung, dass im gesamten Zeitraum nach Einführung des DRG-Systems keine generelle Leistungsspezialisierung der Krankenhäuser festgestellt werden könne (IGES 2013).

Das Beispiel der Versorgung mit Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) in Hessen zeigt, dass das auch für planbare Leistungsbereiche gilt, für die seit zehn Jahren Mindestmengenregelungen existieren (wenngleich die G-BA-Richtlinie seit dem 15.09.2011 außer Kraft gesetzt ist). In Hessen unterschreiten zehn Jahre nach Inkrafttreten der Knie-TEP-Mindestmenge immer noch 23 von 91 Standorten (ca. 25%) die Mindestmenge. Sie versorgen ca. 5% der hessischen Knie-TEP-Fälle (Abbildung 13–4). Dies wirft die Frage nach der rechtssicheren Umsetzung von Mindestmengen auf.

13.4.2 Rechtssichere Mindestmengen

Mindestmengen als Operationalisierung von Behandlungserfahrung sind ein vielfach angewendetes Instrument im deutschen Gesundheitswesen.

1. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern enthalten Dutzende von Mindestmengen, insbesondere für Operationen.⁵
2. Bei der Methodenbewertung im G-BA werden Mindestmengen festgesetzt, so z. B. 50 Euklektionen der Prostata mittels Thulium-Laser als Strukturvoraussetzung für Urologen.⁶
3. Bei ambulanten Krankenhausleistung gemäß § 116b SGB V (alt) wurden rund zwei Dutzend Mindestmengen festgelegt, die gegenwärtig auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) übertragen werden.⁷
4. Die Partner der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband) haben eine ganze Reihe von Mindestmengen als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen festgelegt⁸, so z. B.

5 Vgl. beispielsweise die Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung; dort: Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie. Anhaltszahlen für Operative Eingriffe an Kopf/Hals (z. B. Schilddrüsenresektionen, Tracheotomien): 25, an Brustwand einschließlich Thorakotomie und Thoraxdrainagen: 10, usw. <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/gebiete/rili078.pdf> (28. August 2014).

6 Vgl. Beschluss des G-BA über eine Änderung des Beschlusses vom 20.10.2011 über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Euklektion der Prostata mittels Thulium-Laser zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS): Qualifikation des ärztlichen Personals vom 21.03.2013. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1684/2013-03-21_QS-Ma%C3%9Fnahmen_BPS-TmLEP-QS-Aenderung-2011-10-20.pdf (28. August 2014).

7 Vgl. Leber WD. Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. In: Gesundheits-Recht, GesR (erscheint demnächst).

8 Qualitätssicherungsvereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge nach § 135 Abs. 2 SGB V. <http://www.kbv.de/html/qualitaetsversicherung.php> (28. August 2014).

- 1 000 dermatohistologische Präparate in zwölf Monaten für die Histopathologie im Hautkrebscreening⁹,
- 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal in der Schwerpunktversorgung¹⁰,
- 200 Koloskopien als Abrechnungsvoraussetzung für Koloskopien¹¹,
- 25 Vakuumbiopsien in zwölf Monaten¹²,
- 5 000 Untersuchungen (10 000 Aufnahmen!) pro Jahr im Rahmen des Mammographie-Screenings¹³.

Während alle vorgenannten Mindestmengen weitestgehend im gesellschaftlichen Konsens verabschiedet sind, werden die Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V aufs heftigste von der Krankenhauseite attackiert. Mehrfach waren sie Gegenstand sozialgerichtlicher Verfahren, was beispielsweise dazu geführt hat, dass die Mindestmenge von 50 Knie-TEPs derzeit ausgesetzt ist.

Die gesamte weitschweifige Diskussion über die Mindestmengen soll an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Wir halten den Grundsatz „Übung macht den Meister“ für ein Universalgesetz, das auch dann gilt, wenn für einen Eingriff keine Studien gemacht worden sind. Sofern der Gesetzgeber will, dass Mindestmengen zur Strukturierung der Versorgung und als Instrument des Patientenschutzes künftig eine stärkere Bedeutung erlangen sollen, muss die Festsetzung und Umsetzung rechtssicher ausgestaltet werden. Der Koalitionsvertrag deutet in diese Richtung:

- 9 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening) vom 12.08.2009: § 5 Absatz (1): „Für Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, besteht als Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung die persönliche Befundung von 1 000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten.“. http://www.kbv.de/media/sp/Histopathologie_Hautkrebs_Screening.pdf (28. August 2014).
- 10 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids), in Kraft getreten am 01.07.2009: dort: § 10 Absatz 1, Satz 1 Nummer 1: „Selbständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal, beginnend mit der Genehmigungserteilung.“. http://www.kbv.de/media/sp/HIV_Aids.pdf (28. August 2014).
- 11 Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) vom 15.06.2012: „§ 6 Absatz 1, Satz 1, Buchstabe a): „Selbständige Durchführung von mindestens 200 totalen Koloskopien ohne Mängel [...] innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten.“. <http://www.kbv.de/media/sp/Koloskopie.pdf> (28. August 2014).
- 12 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Stand 01.04.2012: „§ 8 Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, (1) Für Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, besteht die folgende Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung: Selbständige Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten.“. <http://www.kbv.de/media/sp/Vakuumbiopsie.pdf> (28. August 2014).
- 13 Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Stand: 16.06.2014, § 24 Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen sowie § 25 Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen. http://www.kbv.de/media/sp/09.2_Mammographie.pdf (28. August 2014).

„Die Befugnis des G-BA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher gestalten.“¹⁴

Der Nachweis eines besonderen Menge-Ergebnis-Zusammenhangs sollte künftig nicht mehr gefordert werden. Sinnvoll ist hingegen eine Art „Technikfolgenabschätzung“. Die Auswirkungen bestimmter Mindestmengen auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern sollten simuliert werden. Bislang war die Diskussionsgrundlage oft nur die „rohe“ Zahl von Häusern, die im Status quo unter der Mindestmenge liegen. Der folgende Ansatz einer rekursiven Simulation geht hier methodisch weiter.

13.4.3 Mindestmengensimulation – eine Frage der Patientenströme

Im Kontext der Beauftragung der Partner der Selbstverwaltung zur Vereinbarung von Mindestmengen in 2003 wurden die Auswirkungen von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen breit diskutiert und durch Veröffentlichungen begleitet. Ein wichtiger Aspekt war in diesem Kontext die Auswirkung von Mindestmengen auf die Erreichbarkeit der Krankenhäuser. Es lassen sich verschiedene Ansätze unterscheiden. Einerseits existieren Studien, die auf einer eingeschränkten Simulation aufbauen. In diesen Studien wird untersucht, wie sich die Festlegung und Durchsetzung einer Mindestmenge ausgehend von der Fallverteilung zu einem bestimmten Zeitpunkt auf die durchschnittliche Fahrzeit oder die Verteilung von den nach Durchsetzung der Mindestmenge verbleibenden Leistungserbringern auf Kreise und Gemeinden auswirkt (vgl. beispielsweise Blum und Offermanns 2004; Geraedts 2007; Lüngen und Büscher 2012). Dabei wird der Erreichbarkeitsparameter variiert, ohne dabei die Fälle der ausgeschlossenen Häuser auf die verbleibenden Häuser umzuverteilen. Diese eingeschränkten Simulationen verzerren tendenziell die Auswirkungen von Mindestmengen auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern, da es durch den Austritt bzw. den Ausschluss von Krankenhäusern zu einer Patientenwanderung kommt, die sich u. a. in steigenden Fallzahlen bei den in der Versorgung verbleibenden Häusern niederschlägt. Zudem wird in der Regel die Erreichbarkeit aus Perspektive der Gesamtbevölkerung eines Kreises oder einer Gemeinde unabhängig von der Morbiditäts- und Mortalitätsverteilung betrachtet.

Umfassender werden die Auswirkungen von Mindestmengen auf die Erreichbarkeit in Studien analysiert, die ein Patientenflussmodell beinhalten. Im Rahmen der Analysen werden die Patienten der austretenden Häuser auf die in der Versorgung verbleibenden Häuser umverteilt. In dieser Kategorie existieren einerseits hausbezogene Ansätze, die bei Unterschreitung der Mindestmenge die Fälle des dann austretenden Krankenhauses dem jeweils nächstgelegenen Haus zuteilen (Roeder et al. 2004). Andererseits wurden auch patientenzentrierte Auswertungen durchgeführt, die Fälle ausgehend vom Wohnort der Patienten jeweils dem Krankenhaus zuweisen, das zum Stichtag eine Fallzahl oberhalb der Mindestmenge aufweist und in kürzester Entfernung erreichbar ist (Heller 2009). Der patientenzentrierte Ansatz generiert realistischere Erreichbarkeitsparameter, da auf die Fahrzei-

14 Vgl. Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode. <http://www.bundesregierung.de> (28. August 2014), S. 78.

ten bzw. -strecken der Patientenpopulation und nicht der Bevölkerung abgestellt wird. Vereinfacht ausgedrückt: Die Morbiditäts- und Mortalitätsverteilung wird bei der Errechnung der Erreichbarkeitsparameter berücksichtigt.

Problematisch bleibt jedoch, dass bei der Ermittlung der Standorte unterhalb der Mindestmenge nur die beobachtete Fallzahl im Analysezeitraum einfließt. Zusätzliche Fälle erhalten im Zuge der Simulation nur Krankenhäuser, die schon eingangs die Mindestmenge erreicht haben. Es ist davon auszugehen, dass auch diese Simulation die Auswirkung von Mindestmengen auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern verzerrt. Unberücksichtigt bleibt nämlich, dass im Zuge des Austritts eines Krankenhauses auch umliegende Krankenhäuser, die bisher nicht die Mindestmenge erreichen, zusätzliche Fälle erhalten können. Als Ergebnis können diese Häuser die Mindestmenge erreichen und würden demnach nicht aus der Versorgung ausscheiden. Dieser Aspekt wurde bislang für die Mindestmengensimulation in Deutschland nur in Ansätzen berücksichtigt (Cruppé et al. 2008). Jedoch wählen Cruppé et al. eine auf Leistungserbringer zentrierte Perspektive und verteilen Fälle von austretenden Häusern anhand der Marktanteile der verbleibenden Häuser einer Region.

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags wird ein rekursives Patientenflussmodell aus Versichertenperspektive operationalisiert. Die Analyse wird beispielhaft für die Mindestmenge Knie-TEP in Hessen durchgeführt. Berücksichtigt wurden demnach Fälle mit folgenden fünfstelligen Prozeduren: 58221, 58222, 58223, 58224, 58226, 58227, 58229, 5822a, 5822b, 5822d, 5822e. Eingeschlossen in die Analyse wurden alle Standorte Hessens, die nach den Daten nach § 21 KHEntgG im Jahr 2012 Knie-TEP-Operationen durchgeführt haben, bzw. alle Patienten mit hessischem Wohnort, bei denen in diesem Zeitraum eine Knie-TEP implantiert wurde. Dabei wurde auch die die Grenzen des Bundeslandes überschreitende Versorgung berücksichtigt. Die geografische Verortung der Standorte sowie die Berechnung der Entfernungen erfolgten auf Grundlage der von Scheller-Kreinsen und Krause (Kapitel 3 in diesem Band) in Abschnitt 3.3.2 beschriebenen Methodik.

Algorithmisch wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst werden die Standorte aufsteigend nach Fallzahl im Bereich Knie-TEP sortiert. Anschließend werden die Fälle des Standortes mit der kleinsten Fallzahl unterhalb der Mindestmenge auf die umliegenden Standorte verteilt. Alleinigiges Kriterium für die Verteilung der Fälle ist dabei die Distanz vom Wohnort des Patienten zum nächsten Alternativstandort, der Knie-TEP-Fälle versorgt. Sofern nach Fallverteilung weiterhin Standorte mit Fallzahlen unterhalb der Mindestmenge existieren, werden diese erneut aufsteigend nach Fallzahl der Knie-TEP-Operationen sortiert und die Fälle des Standortes mit der kleinsten Fallzahl anhand des skizzierten Verteilungsschemas zugewiesen. Dieses Verfahren wird rekursiv wiederholt, bis keine Standorte mit Fallzahlen unterhalb der Mindestmenge mehr existieren.

13.4.4 Simulationsergebnisse: Knie-TEP in Hessen

Im Rahmen des rekursiven Simulationsmodells werden alle Fälle einbezogen, die laut Abrechnungsdaten von hessischen Krankenhausstandorten behandelt wurden bzw. nach dem Ergebnis der Simulation behandelt würden. Bei patientenbezogenen Auswertungen (beispielsweise bei Analyse der durchschnittlichen Erreichbarkeit)

Tabelle 13–3

Knie-TEP-Fälle mit Entlassung an hessischen Krankenhausstandorten im Jahr 2012 nach Mindestmenge (MiMe)

	Krankenhausstandorte	Behandelte Fälle an hessischen Krankenhausstandorten	Fälle mit Wohnort in Hessen
Knie-TEP-Fälle in Standorten oberhalb der MiMe	68	9 478	9 727
Knie-TEP-Fälle in Standorten unterhalb der MiMe	23	502	377
Gesamt	91	9 980	10 104

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

werden alle Patienten mit Wohnort in Hessen berücksichtigt. Bei der Fallumverteilung werden Krankenhausstandorte in Grenzregionen außerhalb Hessens mit einbezogen, sofern die inhaltlichen Kriterien des Auswertungsmodells das vorsehen (z. B. bei Umverteilung eines Falls zum nächsten Standort, der Knie-TEP-Operationen erbringt). In der Ausgangslage wurden 2012 in Hessen an 91 Standorten Knie-TEP-Operationen durchgeführt, davon erreichten 23 Standorte (ca. 25 %) nicht die Mindestmenge von 50 Fällen pro Jahr (Tabelle 13–3).

Mittels der rekursiven Simulation können folgende Parameter ausgewertet werden:

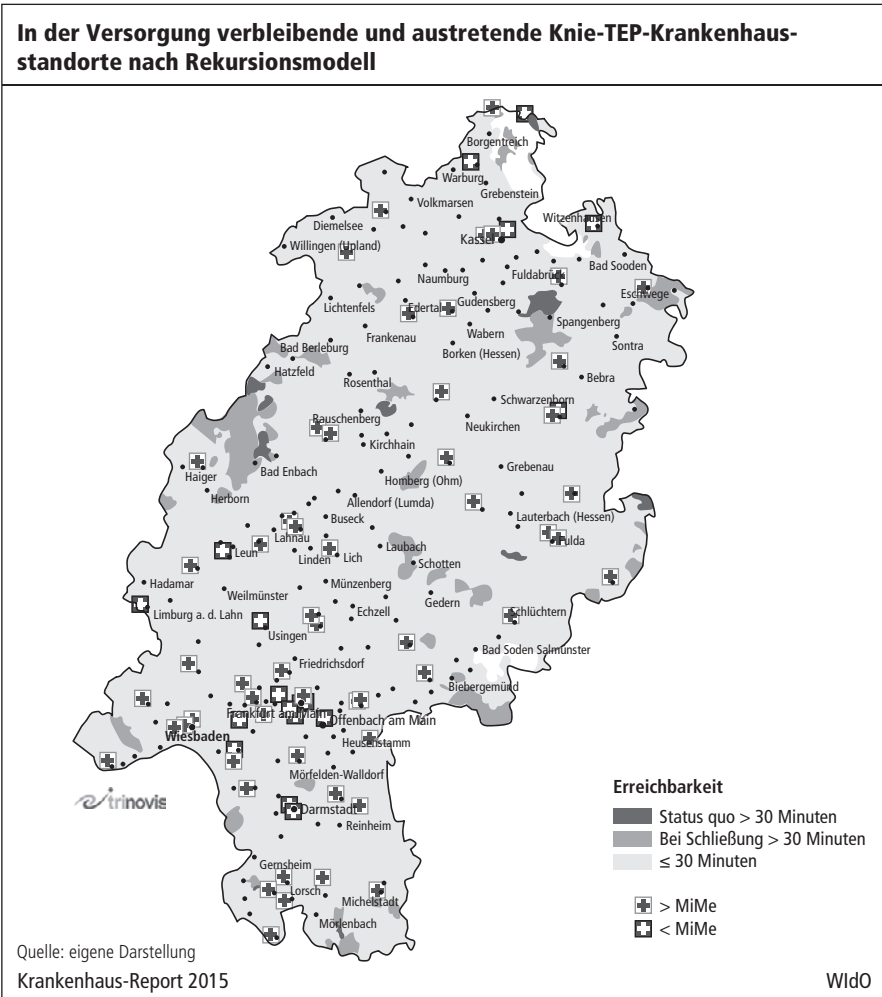
1. Gesamtzahl der austretenden Standorte aufgrund von Unterschreitung der Mindestmenge sowie deren geografische Verortung
2. bevölkerungsbezogene Erreichbarkeit
3. Fahrzeiten der Patientenpopulation 2012 bis zum Ort der Leistungserbringung

Wie beschrieben werden im vorliegenden Modell auch Fälle auf Krankenhäuser umverteilt, die in der Ausgangssituation unterhalb der Mindestmenge lagen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass nur 21 und nicht 23 Krankenhausstandorte von der Versorgung ausgenommen werden. Zwei Standorte erreichen durch sukzessive Fallumverteilung die Mindestmenge. Deutlicher sind die Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der umverteilten Fälle: Im statischen Modell werden 475 Fälle mit Wohnort in Hessen umverteilt, im Rekursionsmodell sind dies nur 377. Das entspricht einer um 21 % geringeren Fallumverteilung. Abbildung 13–5 verortet die 21 nach dem Rekursionsmodell aus der Knie-TEP-Versorgung austretenden Krankenhausstandorte und die in der Versorgung verbleibenden 70 hessischen Krankenhausstandorte geografisch. Austretende Standorte sind hell markiert, in der Versorgung verbleibende Standorte dunkel.

In der geografischen Übersicht (Abbildung 13–5) wird deutlich, dass sich die Krankenhausstandorte unterhalb der Knie-TEP-Mindestmenge (dunkle Kreuze) in den südhessischen Ballungsräumen konzentrieren. Deshalb hat die Schließung dieser Standorte nur einen sehr geringen Effekt auf die Erreichbarkeit.

Abbildung 13–5 zeigt zudem die Erreichbarkeit auf der PLZ8-Ebene. Über 99 % der hessischen Einwohner können auch nach einer „Mindestmengenbereinigung“

Abbildung 13–5



innerhalb von 30 Minuten einen Knie-TEP-Standort erreichen (hellgraue PLZ8-Gebiete).

Eine Auswertung der Fahrzeiten zwischen Wohnort und dem nächsten Knie-TEP-Standort bestätigt den geringen Einfluss von Standortschließungen. Nach dem Austritt der 21 Krankenhausstandorte unterhalb der Knie-TEP-Mindestmenge erreichen 50% der Bevölkerung den nächsten Knie-TEP-Versorger in 11,7 statt in 11,0 Minuten im Status quo (Tabelle 13–4). Sogar die Betrachtung der Extreme, beispielsweise des 99%-Perzentils, ergibt ein ähnliches Bild: Die Fahrzeit zum nächsten Knie-TEP-Standort steigt vergleichsweise moderat von 25,5 auf 27,4 Minuten.

Simuliert man die Fahrzeiten der Patientenpopulation 2012 bis zum Ort der Knie-TEP-Operation, ergibt sich ein zunächst kontraintuitives Ergebnis: Die Fahr-

Tabelle 13–4

Erreichbarkeit von Knie-TEP-Krankenhausstandorten: Status quo und nach Rekursionsmodell

Kumulierter Bevölkerungsanteil (in %)	Tatsächliche Fahrzeit	Fahrzeit Simulationsergebnis
	(in Minuten)	
50	11,0	11,7
75	15,2	15,8
90	18,8	19,8
95	21,2	22,2
99	25,5	27,4

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WldO

zeit zum Knie-TEP-Versorger sinkt trotz des Ausscheidens von Standorten unterhalb der Mindestmenge leicht. Beispielsweise erreichen 50 % aller Knie-TEP-Patienten nach dem Ausscheiden von 21 Knie-TEP-Krankenhausstandorten den Ort der Leistungserbringung laut Rekursionsmodell in 19,3 Minuten, während im Status quo 19,4 Minuten benötigt werden. Noch deutlicher werden die Unterschiede, sofern man nur die durch das Rekursionsmodell umverteilten Fälle betrachtet. Beispielsweise sinkt für das 50 %-Perzentil durch die Fallumverteilung die Fahrzeit von 15,3 auf 12,1 Minuten (Tabelle 13–5).

Begründet liegt die Reduktion der Fahrzeit darin, dass 2012 ein nicht unbedeutender Teil der hessischen Knie-TEP-Patienten nicht im wohnortnächsten Krankenhausstandort mit entsprechendem Angebot behandelt wurde. Annahmegemäß werden diese Fälle bei Ausscheiden des Standortes aufgrund von Unterschreitung der Mindestmenge an den wohnortnächsten Alternativversorger umverteilt. Die Simu-

Tabelle 13–5

Knie-TEP-Fälle von Patienten mit Wohnort in Hessen mit Entlassung im Jahre 2012 nach Patientenperzentilen und sukzessiver Schließung von Krankenhausstandorten unterhalb der Mindestmenge

Kumulierter Patientenanteil (in %)	Alle Fälle		Umverteilte Fälle	
	Tatsächliche Fahrzeit	Fahrzeit Simulationsergebnis	Tatsächliche Fahrzeit	Fahrzeit Simulationsergebnis
(in Minuten)				
50	19,4	19,3	15,30	12,08
75	29,1	28,9	19,23	16,38
90	42,3	41,8	30,57	19,87
95	58,2	58,1	39,65	24,07

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnung

Krankenhaus-Report 2015

WldO

lation weist als Folge eine Reduktion der Fahrzeit aus. Damit zeigt sich auch, dass bei der Krankenhauswahl im Rahmen einer Knie-TEP-Operation die Entfernung zum Wohnort oft nicht das dominierende Kriterium ist.

Insgesamt zeigen die Analysen, dass bei Durchsetzung der G-BA-Mindestmengenregelung für Knie-TEP zumindest in Hessen die Erreichbarkeit von Knie-TEP-Krankenhaustandorten praktisch nicht tangiert wird.

13.5 Zur Rolle von rekursiven Simulationen bei der anstehenden Strukturbereinigung

Der Glaube daran, dass alle Krankenhäuser im Krankenhausplan bedarfsnotwendig sind, verblasst zusehends. In Zeiten, in denen Krankenhäuser auf einem Markt für stationäre Leistungen agieren, gehört die Übernahme eines Konkurrenzhauses genauso zum Repertoire wie dessen Verdrängung vom Markt. Dies alles sind Veränderungen, die als Marktprozesse ablaufen, also nicht als landesplanerische Strukturveränderungen. Landesplanungsbehörden und auch Krankenkassen sind dabei eher Zaungast – nicht mehr zentraler Akteur.

Auch wenn die notwendige Strukturbereinigung der deutschen Krankenhauslandschaft nicht das Ergebnis landesplanerischer Aktivitäten sein wird, ist die Simulation von Marktaustritten ein hochsinnvolles Unterfangen. Klinikketten sind schon seit Langem in Besitz von Software zur Simulation von Veränderungen im Krankenhausmarkt. Es wird Zeit, dass solche Simulationen für die Entscheidung der Krankenhausträger und für die öffentliche Diskussion genutzt werden.

Zentraler Ansatzpunkt für die in diesem Beitrag vorgestellten Simulationen ist die Versichertenperspektive: Bei den versorgungspolitisch relevanten Entscheidungen über die Fortexistenz eines Krankenhausstandortes wird nicht gefragt, wie nah das nächste (Konkurrenz-)Krankenhaus ist. Es wird danach gefragt, wie sich die Erreichbarkeit stationärer Einrichtungen für die Versicherten verändert. Beides muss nicht unbedingt zum gleichen Ergebnis führen.

Die Simulation von Marktbereinigungsprozessen wurde anhand von zwei Anwendungsfällen dargestellt:

1. Die Entscheidung über Sicherstellung bzw. Marktaustritt
2. Die Entscheidung über Mindestmengen

In beiden Fällen zeigt sich, dass ein „klassisches“ Gutachten über die Bedarfsnotwendigkeit von Krankenhäusern nicht mehr in der Lage ist, zufriedenstellende Antworten auf Sicherstellung und Marktaustritt zu geben. Denn durch jeden Marktaustritt kann ein Nachbarkrankenhaus zum „Sicherstellungshaus“ werden. Die Strukturbereinigung muss als rekursiver Prozess begriffen und begleitet werden – ein Prozess, bei dem durch jede Veränderung eine neue Entscheidungssituation entsteht. Gleiches gilt auch für die Umsetzung von Strukturanforderungen, wie z. B. Mindestmengen. Scheidet ein Haus mit zu geringen Mengen aus, dann wird möglicherweise das Nachbarkrankenhaus aufgrund der veränderten Patientenströme über die Mindestmengenhürde gehoben. Auch für die Beurteilung von Mindestmengen benötigt man rekursive Simulationen.

Die versorgungspolitischen Parameter, wie z.B. die Erreichbarkeit oder die Mindestmengen, sind noch offen und werden wahrscheinlich immer wieder neu ausgefochten werden. Eine der wichtigsten Anforderungen an eine entscheidungsunterstützende Simulationssoftware ist deshalb die parametrische Einstellbarkeit wichtiger versorgungspolitischer Größen.

Die hohe Anwendungsreife von Navigatoren aller Art erlaubt inzwischen eine hervorragende Auswertung von Patientenströmen. Kritischer ist – und das mag überraschen – die Information über Krankenhausstandorte. Es fehlt bislang eine durchgängige, verlässliche Klassifikation für Krankenhausstandorte und Krankenhausabteilungen. Angesichts der wichtigen versorgungspolitischen Fragen sollte es gelingen, eine solche alsbald auf den Weg zu bringen.

Literatur

- Blum K, Offermanns M. Umverteilungswirkungen der Mindestmengenregelung. *das Krankenhaus* 2004; 10: 787–90.
- Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung. Laufende Raumb Beobachtung – Raumbegrenzungen, Siedlungsstrukturelle Kreistypen. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbegrenzungen/Raumbegrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html;jsessionid=03A31F25744618C4E0F11863FAC152D1.live1042?nn=443222> (28. Juli 2014).
- de Cruppé W, Ohmann C, Blum K, Geraedts M. Auswirkung der Mindestmengenvereinbarung auf die stationäre Versorgungsstruktur. *Das Gesundheitswesen* 2008; 70 (1): 9–17.
- Geraedts M. Auswirkungen von Qualitätsregulierung auf das Angebot von Krankenhausleistungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer 2007; 187–203.
- Hamburg Center for Health Economics (hche). Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg/Berlin, 2014. <http://www.gkv-spitzenverband.de> (10. Juli 2014).
- Heller G. Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBW) – Eine Simulation mit Echtzeiten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart: Schattauer 2009; 184–99.
- IGES Institut. G-DRG Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Siegburg: InEK 2013.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Von der Betten- zur Preissteuerung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 66 (4): 37–47.
- Leber WD, Wolff J. Wer bestellt, muss bezahlen. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2012; 29 (3): 258–61.
- Lüngen M, Büscher G. Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung, Ergebnisse aus einem Modell der Zentrenbildung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. *Krankenhaus-Report 2012*. Stuttgart: Schattauer 2012; 111–22.
- Lüngen M, Lauterbach KW. Führen DRG zur Spezialisierung von Krankenhäusern? *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2001; 93–5.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer 2007; 65–86.
- Preusker UK, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern. Deutschland 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Preusker Health Care OY 2014. <http://www.gkv-spitzenverband.de> (25. August 2014).

- Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht – April 2012. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. <http://www.gkv-spitzenverband.de> (28. Juli 2014).
- Roeder N, Fürstenberg T, Heumann M. Analyse der Auswirkung der Festlegung von Mindestmengen auf die Versorgungsstrukturen. *das Krankenhaus* 2004; 6: 427–36.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Fahrzeiten. Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer 2015; 23–39.
- Schmidt C, Möller J. Katalysatoren des Wandels. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer 2007; 3–19.
- Schönstein M, Kumar A. Managing Hospital Volumes. Germany and Experiences from OECD Countries. April 2013. www.oecd.org/health (04. August 2014).
- Statistisches Bundesamt. Krankenhäuser: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2012 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser> (04. August 2014).
- Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (KHV) des Jahres 2012. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Wiesbaden: 2014.
- Wengler A, Nimptsch U, Mansky T. Hüft- und Kniegelenkersatz in Deutschland und den USA – Auswertungen deutscher und US-amerikanischer Krankenhauseinzelfalldaten von 2005 bis 2011. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111:407–16.

14 Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze

Patrick Garre, Birgit Schliemann und Karl-Heinz Schönbach

Abstract

Gesundheitsversorgung gehört zum Kern sozialstaatlicher Daseinsvorsorge. In Deutschland erfolgt die Zulassung von Krankenhäusern nach Maßgabe einer Bedarfsplanung durch die Länder. Mit der Bedarfsplanung und Zulassung der ambulanten Ärzte hat der Staat die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt. Der Beitrag stellt die Grundsätze der beiden Systeme vor, analysiert die Probleme und zeigt die Reformschritte auf. Die strikte Trennung der beiden Planungssysteme bedingt alloкатive Probleme. Rechtliche Grundlagen für eine „sektorenübergreifende“ Bedarfsplanung fehlen dagegen. „Gemeinsame Landesauschüsse“ dürfen lediglich Empfehlungen aussprechen. Da sich die medizinische Versorgung weithin ambulant teamorientiert entwickelt, stellt die Trennung der Planung, Zulassung und mit ihr verbundenen Finanzierungssysteme ein ungeöstes Problem der deutschen Gesundheitspolitik dar. Daher plädiert der Beitrag dafür, die Leistungen, die im Kern sektorenunabhängig erbracht werden können, nicht nur den Planungsprinzipien nach gleich zustellen, sondern bei den Vertrags- und Vergütungsprinzipien.

Health care is at the core of welfare state interest. In Germany, hospitals are accredited in accordance with requirement planning by the federal states, while requirement planning and licensure of office-based physicians is carried out by the regional associations of SHI-accredited physicians. The paper presents the principles of the two systems, analyses the problems and discusses the reform steps. The strict separation of the two planning systems leads to allocative problems. However, a legal basis for a “cross-sectoral” demand planning is missing. “Joint state committees” can only make recommendations. Since outpatient health care develops largely team-oriented, the separation of planning, accreditation and their associated financing systems is an unsolved problem of German health policy. Hence the article argues that benefits which can be provided sector independently should be treated equally – not only with respect to planning principles, but also to contracting and remuneration principles.

14.1 Einführung

Der nicht zuletzt aus einer langen obrigkeitsstaatlichen deutschen Tradition entstandene Nimbus planwirtschaftlicher Souveränität ist zumindest im Gesundheitswesen mehr als verblasst. Während stationär bei beträchtlichen Überkapazitäten eine extensive Versorgung stattfindet, warten die Patienten ambulant auf Facharzttermine und suchen auf dem Lande Hausärzte, obschon weltweit kein Land mehr Mediziner ausbildet und beschäftigt. Das Gesundheitswesen braucht mehr als planlose Erschöpfung aller Ressourcen. Welchen Rahmen geben dafür heute die ambulante und die stationäre Bedarfsplanung und ergeben sich bereits Ansatzpunkte für eine „sektorenübergreifende Bedarfsplanung“? Über diese Fragen will der vorliegende Beitrag nicht von der Buchhaltung bestehender Bedarfsplanung in die Utopie einer „gerechten“ und „flächendeckenden“ Versorgung vorstoßen. Vielmehr soll pragmatische Anforderungen und Ansätzen der Bedarfsplanung nachgegangen werden.

In den Ländern der Europäischen Union ist das Gesundheitswesen in der Regel staatlich organisiert. Rein marktwirtschaftliche Lösungen lassen sich kaum finden. Und das deutsche selbstverwaltete Gesundheitswesen ist ein historischer Sonderfall, der nur in Österreich auf Parallelen trifft. Auch dort hat der Staat als Garant der sozialen Daseinsfürsorge kunstvolle rechtliche Beziehungen entwickelt, um seine Garantien mit Aufträgen an die gesellschaftlichen Träger abzusichern und zu steuern. Eine besondere Rolle spielen dabei die ambulante und die stationäre Bedarfsplanung. Im Kern sollen sie die Sicherstellung der Versorgung begründen. Dabei sind im Rahmen dieses Beitrages nicht nur die jeweiligen Grundprobleme zu thematisieren, sondern auch Schnittstellenfragen und die Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche. Denn die Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor findet – bei deutscher Gründlichkeit nicht überraschend – nicht nur ihren Ausdruck in der Bedarfsplanung und Zulassung, sondern ist mit zahlreichen Leistungs-, Finanzierungs- und Inanspruchnahme-Regelungen verknüpft. Wenn also aufgrund der Vielfalt und des Wandels der Versorgungsoptionen und Versorgungsbedarfe der Ruf nach einer „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ immer lauter wird, sind mithin nicht nur sekundär anmutende „Planungsfragen“ adressiert, die sich mit Federstrichen lösen lassen sollten, sondern die weithin in rechtsförmigen Besitzständen formierte „Ordnung“ des Gesundheitswesens.

14.1.1 Ziele der Bedarfsplanung

Anspruch und Ziel der Bedarfsplanung ist es, für die Bevölkerung bzw. die Versicherten die politisch zugesicherte, jeweils bestmögliche medizinische Infrastruktur im Rahmen des unter konkurrierenden öffentlichen Zielen und Verwendungen Möglichen sicherzustellen. Dieser Anspruch weist historische, ökonomische und kulturelle Dimensionen auf und beinhaltet Wertentscheidungen, die sich langfristig entwickeln und aktualisiert werden, etwa mit den jeweils bereitgestellten Ausbildungskapazitäten, Infrastrukturen und Finanzvolumina. Bezogen auf den hier relevanten jeweiligen Stand der Bedarfsplanung und ihre Weiterentwicklung ist bedeutsam, wie

- sich insbesondere aufgrund der Zahl und Altersstruktur der Versicherten verändernde Bedarfskonstellationen mit

- sich insbesondere aufgrund der Zahl und Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen verändernden Angebotskonstellationen

in Einklang gebracht werden. Der medizinische und technologische Fortschritt wirken darauf ein. Dabei sind Angebot und Nachfrage keineswegs a priori determiniert. Allerdings ist ihre Finanzierung in Deutschland für 90 Prozent der Bevölkerung kollektiv organisiert und politisch bestimmt. Von daher wird erwartet werden können, dass der begleitenden Bedarfsplanung keine unwichtige Rolle zukommt.

Anspruch der stationären Krankenhausplanung ist es nicht nur, die der jeweiligen Bevölkerungszahl und -struktur in einer Planungsregion bedarfsgerechte Krankenhausstruktur und -kapazität zuzuweisen. Derzeit hat der Staat auch die Aufgabe, eine seiner Planung adäquate Investitionsfinanzierung zu leisten. Nach den seit dem KHG 1972 geltenden Grundsätzen der dualen Krankenhausfinanzierung tragen die Krankenkassen und andere Träger die Benutzerentgelte, während die Investitionsmittel von den Ländern bereitgestellt werden sollen.

Anspruch der ambulanten Bedarfsplanung ist demgegenüber, die Ärzte, die von dem grundsätzlich eingeräumten Recht zur Niederlassung Gebrauch machen, so innerhalb der jeweiligen planungsrelevanten Arztgruppen auf die Planungsregionen zu verteilen, dass eine bedarfsorientiert gleichmäßige Verteilung erreicht wird. Diese Aufgabe ist der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen, die sie in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen wahrnimmt. Es handelt sich aufgrund der Niederlassungsfreiheit schon vom Ansatz her um eine Verteilungsplanung. Anders als bei der stationären Bedarfsplanung wird die PKV hier nicht einmal ins Benehmen gesetzt, obschon die Facharztgruppen weit überproportionale Zeitanteile auf Privatpatienten verwenden.

14.1.2 Ziele der Versorgungsplanung

Im Gegensatz zum rechtlich definierten Begriff der „Bedarfsplanung“ ist der meist mit dem Adjektiv „sektorenübergreifend“ ausgestattete Begriff der „Versorgungsplanung“ ein politischer Kampfbegriff, der auf die Mängel der Bedarfsplanung selbst verweist. Je mehr die Bedarfsplanung – wie zu zeigen sein wird – ihre Ziele verfehlt und die mit ihr verbundene Sektorentrennung versorgungsrelevante Fragen aufwirft, wird dieser politische Begriff en vogue, ohne wirklich selbst schon gefüllt zu sein. Da die Sektoren, wie oben angedeutet, nicht nur formalen Charakter haben, sondern auch „als solche“ materielle Ressourcen beanspruchen, kann ihre Abgrenzung zu zahlreichen Verzerrungen in der Angebots-, Anreiz- und Inanspruchnahme-Struktur führen. Demgegenüber ist die politische Zusicherung einer bedarfsgerechten Daseinsvorsorge an ihrer Nutzung zu messen. Auf Defizite aus dieser Sicht reagiert die Politik durchaus dialektisch. Einerseits wird die rechtlich systematische Trennung der Sektoren aufrechterhalten, andererseits werden intermediäre Versorgungsformen kreiert und mit jeweiligen Begründungen eingeführt. Dabei geht es zum einen um die Formen der ambulanten Behandlung von Krankenhäusern bis hin zur hinreichend unklaren „teilstationären Versorgung“, zum anderen um Bettenäquivalente außerhalb der Krankenhausplanung, wie sie etwa in Praxiskliniken hätten realisiert werden sollen. Auch wenn der KV-Vorbehalt der ambulanten Beteiligung der Krankenhäuser hier und da durchbrochen wurde, etwa beim ambulanten

Operieren oder der Spezialfachärztlichen Versorgung, bleiben die Sektorenöffnungen gegenüber dem Anspruch einer möglichst „Integrierten Versorgung“ unbefriedigend. Das gilt im Übrigen aus Sicht der Akteure und Nutzer gleichermaßen. Für die „Integrierte Versorgung“ wiederum wurde entsprechend eine eigene, quer zum übrigen Vertrags- und Finanzierungssystem stehende, aufwendig zu bewirtschaftende Form geschaffen. Doch mit dem politischen Kampfbegriff der „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ kommt weiterhin zum Ausdruck, dass vieles bisher Stückwerk bleibt, systemisch nicht integriert und aus Sicht von Ärzten und Patienten nicht chancengleich und nutzergerecht ist.

14.1.3 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung wird zum Ziel haben, neben einer diskriminierungsfreien ambulanten Verteilungsplanung und einer tatsächlich gestaltenden stationären Bedarfsplanung die sich mit sektorenunabhängigen Leistungen ergebenden intermediären Versorgungsabschnitte so zu positionieren, dass eine hinreichend stetige, versorgungsgerechte Angebotsstufung ermöglicht wird. Dieser Beitrag skizziert dazu zunächst

- den Stand der ambulanten Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung,
- die inzwischen vielfältigen sektorenunabhängiger Leistungen und
- die Reichweite der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V,
- um auf dieser Grundlage Anforderungen an eine sektorenübergreifende oder besser sektorenunabhängige Bedarfsplanung einzuschätzen.

Dabei werden die Autoren über den engeren inhaltlichen Bezug zur Bedarfsplanung nur punktuell hinausgehen können. Für die Patienten wären durchgängige Versorgungsverläufe ohne Friktionen wünschenswert. Quer dazu stehen neben besitzstandsorientierten institutionellen Regelungen etwa auch unterkomplexe und unvereinbare Leistungszuschüsse und Vergütungssysteme.

14.2 Stand der ambulanten Bedarfsplanung

Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Deutschland und ihre regionale Verteilung richten sich nach den Bestimmungen des SGB V zur ambulanten Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts. Details der Planung regeln die Partner der Selbstverwaltung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie, während die Zulassungsvoraussetzungen durch eine Verordnung festgelegt werden. Die Grundzüge der ambulanten Bedarfsplanung werden in den folgenden Abschnitten skizziert.

14.2.1 Ziele der ambulanten Bedarfsplanung

Ziel der ambulanten Bedarfsplanung ist die Sicherstellung einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Um die drohende Ärzteschwemme abzuwenden, beauftragte der Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen mit der Erarbeitung einer

Bedarfsplanungs-Richtlinie, die Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Sicherung einer ausgewogenen Versorgung festlegen sollte. Der Auftrag fokussierte auf einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Überschreitung (Übersversorgung) in einzelnen Arztgruppen sowie eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur. Die Richtlinie wurde nach ihrem Inkrafttreten über 20 Jahre fortlaufend ergänzt, erreichte die politischen Ziele jedoch nur zum Teil. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte stieg zwischen 1990 und 2012 immerhin um rund 56 Prozent an (Stackelberg und Partsch 2014). Im gleichen Zeitraum nahm die ungleiche Verteilung der Ärzte zu Gunsten von infrastrukturstarken Regionen mit guter soziodemografischer Bevölkerungsstruktur zu, während in weniger attraktiven städtischen Regionen und auf dem Land häufiger Versorgungsengpässe auftraten. Der Gesetzgeber reagierte 2011 mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und trug dem nunmehr zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die Bedarfsplanungs-Richtlinie grundlegend zu überarbeiten, um den drohenden und in einigen Regionen bereits manifesten Ärztemangel, insbesondere im ländlichen Raum, zu verhindern oder langfristig zu verringern.

Die neue Richtlinie trat 2013 in Kraft (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012). Auch für diese Fassung der Richtlinie ließ sich politisch nicht mehr als das Basisinstrumentarium einer Verteilungsplanung durchsetzen. Im Wesentlichen liefert sie einen bundesweiten Planungsrahmen und Rechtssicherheit für Entscheidungen der zuständigen Gremien. Dazu zählen die Landesausschüsse, die die Versorgung in den Planungsbereichen bewerten und über die Sperrung oder Entsperrung für weitere Niederlassungen entscheiden und zudem ermitteln, welche Regionen von bestehender, drohender bzw. lokaler Unterversorgung betroffen sind. Auf dieser Basis ermitteln sie arztgruppenspezifisch die Anzahl möglicher Zulassungen und schaffen damit die Voraussetzungen für Entscheidungen der Zulassungsausschüsse. Darüber hinaus präzisiert die Richtlinie den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, indem sie zur Transparenz der in regelmäßigen Abständen vorzulegenden Bedarfspläne beiträgt, die diese im Einvernehmen mit den Krankenkassen nach den Vorgaben der Richtlinie zu erstellen haben.

14.2.2 Zuschnitt der Planungsregionen

Bedarf ist in der ambulanten Bedarfsplanung als das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten definiert und wird mit arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen errechnet. Die Verhältniszahlen wurden einmalig für das Jahr 1990 als gewichtete bundesweite Durchschnittswerte für unterschiedliche Raumtypen ermittelt und für einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 100 Prozent normativ festgelegt. Regionale Abweichungen vom Versorgungsgrad werden von den Landesausschüssen als Übersversorgung (ab 110 Prozent) bzw. Unterversorgung (unter 75 Prozent für Hausärzte und 50 Prozent für Fachärzte) ausgewiesen. Sie zeigen, welche Planungsbereiche nicht bedarfsgerecht versorgt sind.

Diese sehr robuste Methodik zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs legte die Richtlinie von 1993 fest. Als bedarfsgerecht galten zuletzt 140 Verhältniszahlen, errechnet als das jeweils durchschnittliche Arzt-Einwohner-Verhältnis des Jahres 1990 für 14 Arztgruppen in neun (Verwaltungs-) Kreistypen, die nach Besiedlungs-

Abbildung 14–1

Versorgungsebenen und Planungsbereiche				
Versorgungs- ebene Planungs- bereich Arzt- gruppen	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine FÄ-Versorgung	Spezialisierte FÄ-Versorgung	Gesonderte FÄ-Versorgung
	Mittelbereiche (883)	Kreise (5 Typen) + Ruhrgebiet (372)	Raumordnungs- regionen (97)	KV-Bezirke (17)
	Hausärzte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augenärzte 2. Chirurgen 3. Frauenärzte 4. HNO-Ärzte 5. Hautärzte 6. Nervenärzte 7. Psychotherapeuten 8. Orthopäden 9. Urologen 10. Kinderärzte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fachinternisten 2. Anästhesisten 3. Radiologen 4. Kinder- und Jugend- psychiater 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PRM-Mediziner 2. Nuklearmediziner 3. Strahlentherapeuten 4. Neurochirurgen 5. Humangenetiker 6. Laborärzte 7. Pathologen 8. Transfusions- mediziner
Krankenhaus-Report 2015				WlDO

dichte differenziert wurden. Hinzu kam die Sonderregion Ruhrgebiet als weiterer Raumtyp. In der neuen Richtlinie 2012 modifizierte der G-BA dieses Vorgehen geringfügig: Statt für 14 gibt es nun für 23 Arztgruppen Verhältniszahlen, die insgesamt vier Versorgungsstufen mit geeigneten Raumtypen zugeordnet wurden. Unterscheidungsmerkmale für die Versorgungsstufe sind u. a. der Versorgungsauftrag, die Spezialisierungstiefe bzw. Entfernungen und die Erreichbarkeit (vgl. Abbildung 14–1).

In der aktuellen Bedarfsplanung werden Hausärzte in einer Versorgungsstufe für 883 Mittelbereiche geplant. Es gilt bundesweit eine Verhältniszahl: In einem Mittelbereich wird für 1 671 Einwohner jeweils ein Arztsitz geplant und zugelassen. Der Raumtyp „Mittelbereich“ wurde vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelt.¹ Er eignet sich besonders für die kleinräumige Planung einer Grundversorgung, da sich die Verflechtungsbeziehungen und Versorgungswege für Güter des täglichen Bedarfs um ein städtisches Mittelzentrum herum orientieren und für die Patienten die schnelle Erreichbarkeit sichergestellt ist. Für die weiteren Arztgruppen, die als Fachärzte unterschiedlich spezialisiert sind, wurden drei weitere Versorgungsstufen unterschieden und für diese jeweils ein anderer Raumtyp für die Planung gewählt: Für die allgemeine, die spezialisierte und die

¹ Um die räumliche Entwicklung zu analysieren, nutzt das BBSR Raumabgrenzungen und Raumtypisierungen, darunter Mittelbereiche, Großstadregionen und Raumordnungsregionen. Mittelbereiche sind gem. der Beschreibung des BBSR besonders wichtig für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen. Sie haben neben den Arbeitsmarktregionen eine wichtige Funktion für den Alltag der Menschen (BBSR 2012).

gesonderte fachärztliche Versorgung werden die Verhältniszahlen arztgruppenspezifisch für 372 Kreise, für 97 Raumordnungsregionen und für 17 KV-Regionen geplant.² Das vorrangige Ziel dieser Zuordnung zu spezifischen Raumtypen ist, dass die Erreichbarkeit in zumutbarer Weise gewährleistet und damit einer Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit Rechnung getragen wird. Die Planung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung wurde mit diesem Anspruch kleinräumiger konzipiert. Die allgemeine fachärztliche Versorgung allein für Kreise zu planen, hätte die Probleme der bisherigen Bedarfsplanung fortgeschrieben. Deshalb wurden die Kreise zusätzlich nach fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien differenziert, die sich am Konzept der Großstadtregionen des BBSR orientieren. Dieses beschreibt die ambulanten (Mit-) Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum und bildet die Verflechtungen ab. Mit der Ermittlung der Verhältniszahlen nach diesem Konzept wurde insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung getragen.

14.2.3 Weiterentwicklung mit dem VStG

Obwohl die Bedarfsplanung der 90er Jahre andere Ziele als die heutige Planung verfolgte, änderte sich die Methode zur Bestimmung des Bedarfs an Ärzten bis heute nicht. Es sind zahlreiche Versuche unternommen worden, Versorgung „bedarfsgerechter“ zu planen und einen Populations- oder Morbiditätsbezug in die Bedarfsplanung aufzunehmen, um den erforderlichen Umfang der Versorgungsleistungen für eine Region zu ermitteln. Bislang konnte kein Vorschlag methodisch überzeugen.

Auf Betreiben der Länder erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem VStG zusätzlich die Möglichkeit, bei der Aufstellung ihrer Bedarfspläne aufgrund regionaler Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V von der Richtlinie abzuweichen. Abweichungen sind insbesondere dann begründet, wenn „die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf)“ oder „räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung)“ (vgl. § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der betroffenen Region nachweisbar sind. Der G-BA traf jedoch keine methodische Festlegung, die für die Errechnung der Abweichungen einzuhalten wäre. Damit bleibt es den Beteiligten der Selbstverwaltung auf Landesebene überlassen, Berechnungsmodelle zur Modifikation der Verhältniszahlen zu finden und ggf. zusätzliche Leistungsmengen mit den Partnern zu vereinbaren oder zu erproben.

² Bei den Angaben zur Anzahl der Planungsräume handelt es sich um die Ausgangssituation, die mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie verabschiedet wurde. Tatsächlich wurden mehr Planungsräume geplant, indem in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellenden Bedarfsplänen von der Richtlinie abgewichen wurde.

14.2.4 Einbezug ambulanter Behandlung in Einrichtungen

Ambulante Einrichtungen im stationären Sektor schließen zunehmend Versorgungslücken oder -lücken für Patienten, die qualitativ auch bei hoher Arztdichte nicht von den niedergelassenen Ärzten ausreichend versorgt werden können, aber gleichwohl keiner vollstationären Versorgung bedürfen. Teamkompetenz, Interdisziplinarität und eine hohe Komplexität der Leistungen geben hier den Ausschlag. So können Sozialpädiatrische Zentren (SPZs) von den Zulassungsausschüssen ermächtigt werden, um die Versorgung von Kindern sicherzustellen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Hinzu kommen die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zur Versorgung von Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch PIAs angewiesen sind. Der für diese Patienten typische „Drehtüreffekt“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung veranlasste den Gesetzgeber dazu, eine Brücke zwischen den Versorgungssektoren zu errichten. 2012 nahm der Gesetzgeber geriatrische Institutsambulanzen (GIAs) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsIAs) in das SGB V auf, nach dem Koalitionsvertrag sind für 2014 Sozialmedizinische Ambulanzen für Erwachsene mit schweren Mehrfachbehinderungen zu erwarten. SPZs, PIAs, GIAs und PsIAs werden mit Ausnahme der GIAs ohne Bedarfsprüfung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Auch Hochschulambulanzen, psychologische Universitätsinstitute und Ausbildungsstätten nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die KVen haben weder Einfluss auf die Ermächtigungen dieser Versorger noch erhalten sie Einblick in die abgerechneten Leistungen, da diese mit wenigen Ausnahmen ihre Vergütung direkt von den Krankenkassen erhalten. Die Krankenkassen wiederum haben nur bedingte Kenntnis über das tatsächliche Leistungsgeschehen, da die Leistungen überwiegend pauschaliert vergütet werden. Während die Anzahl der niedergelassenen Ärzte wie auch ihre abrechenbaren Leistungen durch die Gesamtvergütung reguliert werden, expandieren die ermächtigten Einrichtungen sowohl nach Anzahl als auch in der Leistungsmenge. Seit Jahren reklamieren die Krankenkassen, dass sie zunehmend von ihren definierten Versorgungsaufträgen abweichen und parallel die Versorgungsleistungen der niedergelassenen Ärzte übernehmen. Hinzu kommt die eigenständige unkontrollierte Proliferation der Ambulanzen, indem Satelliten ohne weitere Ermächtigung oder Genehmigung an neuen Standorten ausgegründet werden.

Vor diesem Hintergrund wurde das SGB V mit dem Versorgungsstrukturgesetz ergänzt und der G-BA aufgefordert, Regelungen zu beschließen, mit denen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden, die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.³ Sowohl Einzeler-

³ Ermächtigungen sind gegenüber Zulassungen nachrangig und in der Regel davon abhängig, ob ein Bedarf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht. Sie werden z. T. nach Bedarfsprüfung durch die Zulassungsausschüsse zeitlich befristet ausgesprochen, aber ebenso vom Gesetzgeber „pauschal“ vergeben. Eine Anrechnung auf die Versorgungsgrade der Bedarfsplanung erfolgte bis zum entsprechenden Beschluss des G-BA in der Mitte des Jahres 2014 nicht.

mächtigungen sollten zur Anrechnung kommen als auch Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen Leistungen erbringen. Der G-BA sah sich vor die Frage gestellt, wie eine Anrechnung ohne Leistungstransparenz möglich ist und behalf sich mit einer pauschalen Anrechnung von 0,5 Arztsitzen je Einrichtung, für die keine Leistungstransparenz herstellbar ist. Dabei wurden nur die Einrichtungen einbezogen, deren Versorgung hohe Schnittmengen mit der ambulanten Versorgung aufweisen und die keinen zusätzlichen Ausbildungsauftrag haben. Gleichwohl war allen Beteiligten klar, dass die Regelungen für diesen Bereich langfristig nur mit einer zwingend herzustellenden Leistungstransparenz Bestand haben können und zukünftig eine geeignetere Integration dieser Leistungen in die Versorgungsplanung entwickelt werden muss.

14.2.5 Reformbedarf nach dem Versorgungsstrukturgesetz

Das mit großer Attitüde als „Landarztgesetz“ zur Stärkung der ländlichen Versorgung betitelte Versorgungsstrukturgesetz 2011 hat wesentliche Besitzstände der Ärzteschaft nicht infrage gestellt. Arztsitze werden weiterhin vererbt und verkauft, Bedarf wird nicht präzise ermittelt, Fehlverteilungen bestenfalls durch Zuwachs korrigiert. Der Einsatz verfügbarer Steuerungsinstrumente scheitert an der Akzeptanz der Ärzteschaft. Hierzu zählen ebenso Ausgleichsinstrumente einer pretialen Steuerung, mit der ein Finanzausgleich zwischen überversorgten und unterversorgten Regionen geschaffen werden könnte, wie die Anwendung des Vorkaufrechts von Praxen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die kleinen Korrekturen in der Planung ermöglichen es nicht, die Versorgung so zu steuern, wie es angesichts der Veränderung der Versorgungslandschaft notwendig wäre. Das Verhältnis von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung bleibt auch mit der neuen Planung unbeeinflusst und führt zu einem wachsenden Anteil von Anbietern spezialisierter Leistungen.

Auch nach dem Versorgungsstrukturgesetz bleibt die ambulante Bedarfsplanung eine Verteilungsplanung, die mit der weltfremden Annahme arbeitet, dass auf jedem Arztsitz identische Leistungen im gleichen Umfang und mit derselben Qualität erbracht werden. Sie bietet zwar gute Anhaltspunkte zur Beschreibung der zahlenmäßigen regionalen Versorgungssituation. Ein präziseres Konzept zur Ermittlung von Versorgungsbedarf für einen bedarfsgerechten Zugang der GKV-Versicherten, das z. B. Diagnosen, Morbidität und Leistungsmengen aufnimmt und qualitative Bewertungen ermöglicht, wird jedoch an die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene delegiert. Diese sind nun aufgefordert, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen und stehen vor den gleichen methodischen Problemen wie die Partner auf Bundesebene. Die wichtigsten Reformschritte stehen so weiterhin aus.

14.3 Stand der stationären Bedarfsplanung

14.3.1 Ziele der Krankenhausplanung

Bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung steht der Staat in unmittelbarer Verantwortung. Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Mit der Krankenhausplanung soll erreicht werden, dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden.

14.3.2 Grundlagen der Krankenhausplanung

Die zuständige Landesbehörde stellt einen Krankenhausplan auf. Er weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung aus. Es fehlt jedoch an rechtlichen Vorgaben, in welchen zeitlichen Abständen dies zu erfolgen hat. In flächenmäßig großen Bundesländern wird die Landesplanung ggf. durch eine regionale Krankenhausplanung verfeinert. Zur Umsetzung dieser regionalen Landesplanung bilden die Länder häufig Versorgungsgebiete, die sich an den bestehenden Regierungsbezirken orientieren können oder auf den Grenzen anderer Gebietskörperschaften beruhen.

Als Rechtsgrundlage für die Landeskrankenhausplanung dienen zum einen das KHG, aber auch die entsprechenden Landeskrankenhausgesetze. Häufig bilden Vertreter der Verbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und der Landeskrankenhausgesellschaften einen Planungsausschuss. Dieser hat jedoch nur beratende Funktion. Gibt es eine regionale Krankenhausplanung auf der Grundlage von Versorgungsgebieten, können auch regionale Planungsausschüsse eingerichtet sein.

Als operative Grundlage der Krankenhausplanung dienen nach den Landeskrankenhausgesetzen eine Bedarfsanalyse und eine Krankenhausanalyse (vgl. beispielhaft MGEPA 2013, S. 17ff). Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Sie erfordert zum einen die Ermittlung des gegenwärtig zu versorgenden, zum anderen die Feststellung des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausangeboten (Bedarfsprognose). Diese Analysen werden häufig mit der Hill-Burton-Formel (HBF)⁴ durchgeführt, die den Bettenbedarf auf der Grundlage von Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und dem Auslastungs- bzw. Bettennutzungsgrad ermittelt. Es existieren weitere Berechnungsmethoden des Bettenbedarfs, die in verschiedenen Gutachten zur Krankenhausplanung Anwendung fanden. Die Krankenhausanalyse beschreibt die existierenden Strukturmerkmale der Versorgung in den einzelnen Krankenhäusern, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind bzw. werden sollen. Diese Krankenhausbeschreibung insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fach-

4 HBF: $\text{Bettenbedarf} = \text{Einwohnerzahl} \times \text{Krankenhaushäufigkeit} \times \text{Verweildauer} \times 1\,001\,000 \times \text{Bettennutzungsgrad} \times 365 \text{ Tage}$

richtungen erfordert auch die Ermittlung der gegenwärtigen Einrichtungen und Ausstattung in den betreffenden Krankenhäusern.

Auf der Grundlage der Bedarfsanalyse und der Krankenhausanalyse wird im Krankenhausplan letztlich festgelegt, durch welche Krankenhäuser dem ermittelten Bedarf begegnet werden soll. Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, wird dem Haus in einem Feststellungsbescheid mitgeteilt, dass es einen Versorgungsauftrag übernehmen darf. Es handelt sich fortan um ein Plankrankenhaus. Die Krankenkassen müssen mit Plankrankenhäusern kontrahieren, die Krankenhäuser können ihre Leistungen vertraglich abrechnen. Neben den Plankrankenhäusern haben auch Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag einen Anspruch auf die Vergütung von Behandlungskosten. Die Krankenkassen haben das Recht, beim jeweiligen Land den Ausschluss eines Hauses aus dem Krankenhausplan zu beantragen. Eine Kündigung steht aber unter dem Genehmigungsvorbehalt des jeweiligen Landes. In Streitfällen könnten sich Länder, Krankenkassenverbände und Krankenhausträger beispielsweise auf einen Kapazitätsabbau in einzelnen Häusern oder auf die Zusammenlegung von Abteilungen oder ganzen Kliniken einigen. In der Praxis geschieht dies jedoch so gut wie nie.

In den Krankenhausplänen der Bundesländer wird unter anderem der Leistungsumfang jeder Klinik in verschiedenen Versorgungsstufen festgeschrieben. Krankenhäuser werden in Deutschland nach der Intensität der möglichen Patientenversorgung in meistens vier unterschiedliche Versorgungsstufen eingeteilt: in Häuser der Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung, wobei die Länder hier durchaus andere Bezeichnungen nutzen. Die einzelnen Versorgungsstufen sind in den Landeskrankenhausgesetzen definiert. Häufig werden die ersten beiden Stufen zur Versorgungsstufe der Grund- und Regelversorgung zusammengefasst.

In der Krankenhausplanung wird zwischen zwei Planungsarten unterschieden, die Rahmen- und die Detailplanung. Handelt es sich bei der Krankenhausplanung um eine Rahmenplanung, so erhält das Krankenhaus lediglich Vorgaben zum Standort, zu den vorzuhaltenden Fachrichtungen und zur Anzahl der Gesamtbetten je Standort. Findet jedoch eine Detailplanung statt, so werden auch Vorgaben zum Bettenbedarf in Planbetten je Fachdisziplin und Standort gemacht. Diese Detailierung bildet sich ggf. auch im Feststellungsbescheid ab.

Darüber hinaus gibt es bereits Bundesländer, die neben den oben beschriebenen traditionellen Planungskriterien auch andere Parameter wie die Qualität der Versorgung zumindest in Ansätzen berücksichtigen (vgl. Haverkock 2013, S. 9).

14.3.3 Verknüpfung mit der Investitionsfinanzierung

Für die Länder hat die Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan auch finanzielle Folgen. Nach dem Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung sind sie verpflichtet, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Seit dem KHG von 1972 teilen sich die Krankenkassen und die Bundesländer die Kosten der stationären Versorgung nach dem Prinzip der dualen Finanzierung: Die Bundesländer sind für die Deckung der Investitionskosten der Häuser zuständig, die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten der Einrichtungen. Nach

dem KHG haben Kliniken, die im Krankenhausplan eines Landes stehen, einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderungen.

Bei der Investitionsförderung der Bundesländer unterscheidet man in:

1. Pauschalförderungen der Bundesländer. Die Höhe solcher pauschaler Hilfen bezieht sich in den meisten Fällen auf die Bettenzahl der Kliniken. Plankrankenhäuser können mit diesen Mitteln frei wirtschaften.
2. Einzelförderung nach einem Antrag des Klinikträgers, mit denen besondere Investitionen gedeckt werden können. Dazu muss das jeweilige Vorhaben in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen werden.

14.3.4 Reformbedarf der Krankenhausplanung

Können der ambulanten Bedarfsplanung – zumindest durch das Sperren überversorger Gebiete – eine verteilende Wirkung und der Politik Reformbemühungen nicht abgesprochen werden, scheint die Krankenhausplanung der Länder von der Dynamik diagnosebezogener Fallpauschalen schlicht überrollt zu werden, ohne Gestaltungsanspruch und -kraft sowie weithin bar der notwendigen Ausstattung investiver Mittel. Die DRG-Dynamik hat zum einen eine deutliche Produktivitätssteigerung initiiert, die Überkapazitäten erzeugt hat. Zum anderen ist unverkennbar geworden, dass die ökonomisch angereizte Leistungsentwicklung Indikationsgrenzen gefährdet, die dem Patientenschutz dienen, und die Qualitätssicherung zurückbleibt. Insbesondere offenkundige Qualitätsprobleme zeigen auch den Ländern Reformbedarf an, dem sie sich nicht länger entziehen können. Die bloße Fortschreibung von Adresslisten als Rudiment einer Krankenhausplanung ist offen gescheitert. Daher hat die Große Koalition der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eine umfassende Krankenhausreform in seine Agenda genommen und eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit den Ländern eingerichtet die auch die Krankenhausplanung neu konzipieren soll.

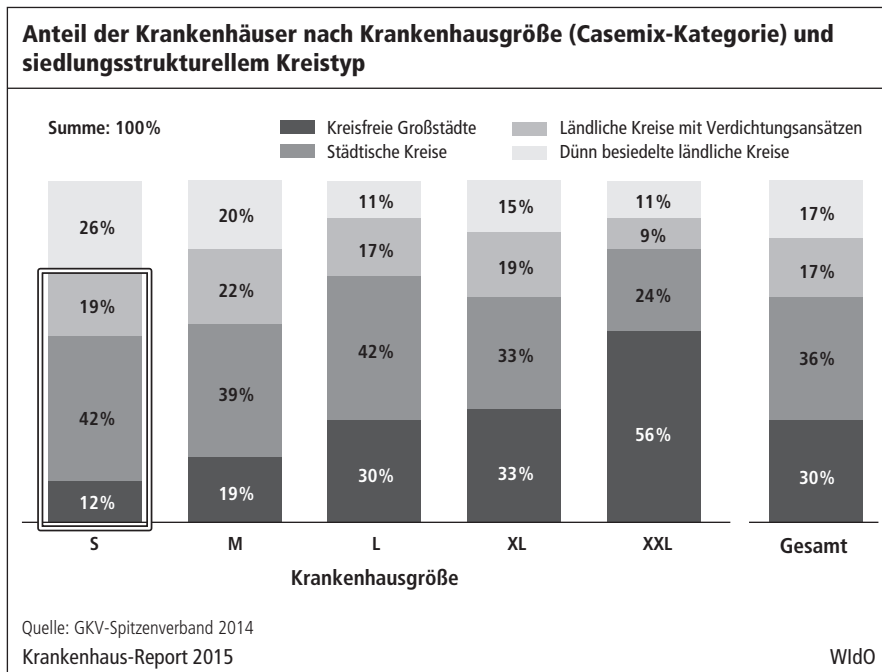
14.3.5 Eckpunkte einer Reform der Krankenhausplanung

Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung

Die am 16.12.2013 unterzeichnete Koalitionsvereinbarung⁵ der Großen Koalition stellt eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung in Aussicht, die sich als erreichbarkeitsorientierte, mit Qualitätskriterien ausgestattete Versorgungsplanung am populationsbezogenen Bedarf der Bevölkerung orientieren soll. Ein solches Vorhaben adressiert zunächst die stationäre Notfallversorgung, die jedem Einwohner in allein aufgrund der Rettungszeiten angemessener Entfernung zur Verfügung stehen soll. Für Bedarfsräume, in denen die Bürger regelmäßig Einrichtungen der Daseinsvorsorge aufsuchen (vgl. BBSR), hat die Raumplanung, wie in Abschnitt 14.2 zur ambulanten Bedarfsplanung erwähnt, in Deutschland 883 „Mittelbereiche“ herausgearbeitet. Sie könnte auch einen Orientierungspunkt für die stationäre Notfallversorgung bilden.

⁵ Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 16.12.2013.

Abbildung 14–2



Allerdings erscheint in einem solchen Erreichbarkeits-Radius darüber hinaus eine Bereitstellung von Kapazitäten für „planbare Leistungen“ nur dann rational, wenn die Leistungshäufigkeit in dem jeweiligen Mittelbereich eine qualitativ hochwertige, die Sicherheit des Patienten gewährleistende Versorgung erlaubt. Wenn aber schon etwa der Durchschnitt der kinderchirurgischen Abteilungen in Deutschland aufgrund des sinkenden Bedarfs inzwischen bei einer Auslastungsquote von 59% angekommen ist (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 27), wird deutlich, wie schwierig es ist, solche Abteilungen in ländlichen Gebieten aufrechtzuerhalten. Es ist zweifellos sinnvoller, die ökonomische Leistungsfähigkeit von Kliniken im ländlichen Bereich dadurch zu unterstützen, dass dort unverzichtbare ambulante Sicherstellungsaufgaben übernommen werden, als planbare Leistungen wohnortnah zu ermöglichen, für die keine hinreichenden Qualitätsvoraussetzungen bestehen. Das Landkrankenhaus kann und sollte eher Teile der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen, die ambulant nicht mehr sichergestellt werden können. Dagegen ist das Landkrankenhaus als „kleine Universitätsklinik“ überfordert und setzt die Versicherten vermeidbaren Risiken aus. An dieser Stelle ist Funktionswandel besser als Erhaltungssubvention.

Wenn nach wie vor über 50% der Krankenhäuser in Deutschland einen geringen Spezialisierungsgrad und mit weniger als 300 Betten eine suboptimale Betriebsgröße aufweisen, ist dies allerdings nicht primär ein Problem der ländlichen Versorgung. Über 75% der kleinen Kliniken ohne Spezialisierung befinden sich in verdichteten Räumen (vgl. Abbildung 14–2).

Die schlecht aufgestellten „kleinen Krankenhäuser“ in Ballungsräumen bilden den Kern der abzubauenen Überkapazitäten. Sie sind überdies maßgeblich an der angebotsinduzierten Überproduktion unzureichend qualitätsgesicherter stationärer Leistungen beteiligt. Da sie weder erreichbarkeitsorientiert bedarfsnotwendig noch qualitativ konkurrenzfähig sind, stehen sie für einen strukturfondsgeförderten Umbau der Krankenhauslandschaft ganz oben auf der Liste.

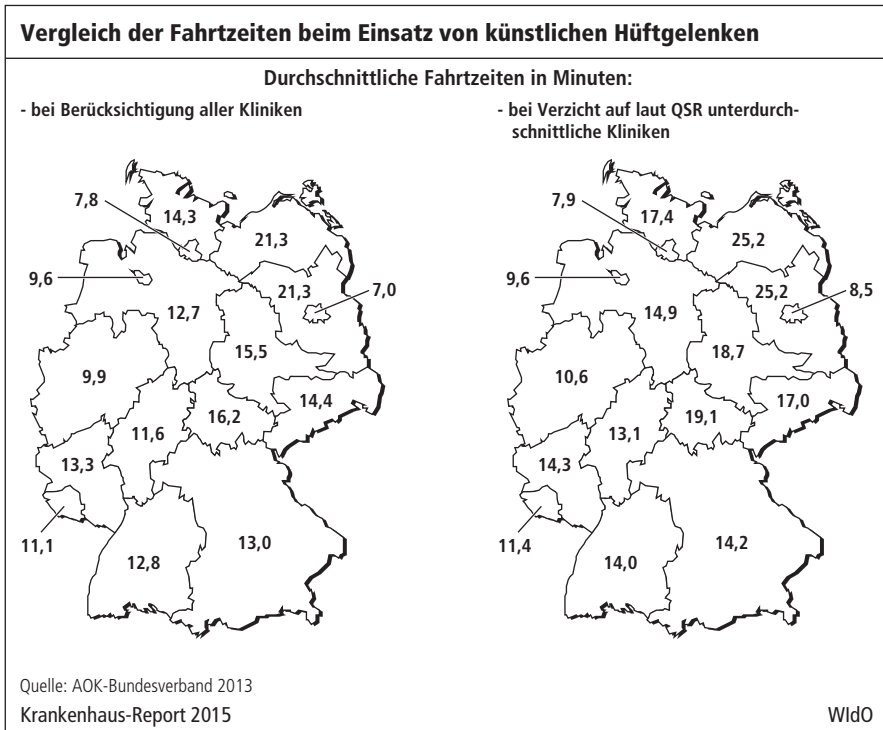
Zudem ist es ein politisches Ziel, den ambulanten Teil der Versorgung vergleichbar dem Schnitt der OECD-Länder auszubauen. Dieses Ziel wird unterstützt, wenn die ambulante Bedarfsplanung künftig insbesondere für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren und die Spezialfachärztliche Versorgung sektorenunabhängig erfolgt. Bisher sind diese Bereiche in der Sicherstellung fragil oder dem Laissez Faire (wer kann, der darf) überlassen. Die sektorenunabhängige Versorgung sollte stattdessen in eine Bedarfsplanung einbezogen werden. Dabei kann einer kooperativen ambulanten Sicherstellung auf dem Lande die Umwidmung von Krankenhausanteilen in MVZs dienen, während die stationäre Notfallversorgung erhalten bleibt, wenn sie sicherstellungsnotwendig ist. Angesichts der demografischen Herausforderung im ländlichen Raum ist die Umwidmung und Neuausrichtung stationärer Versorgungsstandorte im Sinne ambulanter und/oder stationärer Zentren eine Chance, der auch mit Mitteln eines Strukturfonds und Innovationsfonds der Weg gebahnt werden sollte. In Ballungsräumen dagegen werden ambulante und stationäre Zentren spezialisierte, teils indikationsspezifische Angebote abbilden. MVZ, die bisher versorgungsinhaltlich konturlos geblieben sind, finden in der Spezialfachärztlichen Versorgung zur teamorientierten Leistungserbringung zusammen. Nach einer Anlaufphase ist ihr Einbezug in die ambulante Bedarfsplanung folgerichtig. Dies muss auch für das ambulante Operieren gelten. Der Sachverständigenrat hat in seinem Sondergutachten 2012 (Vgl. SVR-Gesundheit 2012) dezidierte Hinweise gegeben, wie diese Schnittstelle der ambulanten und stationären Versorgung schrittweise geordnet und einzelvertraglich in den Wettbewerb gegeben werden kann.

Qualitätsorientierte Versorgungsplanung

Während sich eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung für die qualifizierte Notfallversorgung der Bevölkerung primär an der zeitlichen Erreichbarkeit orientieren kann, ist beim Gros der planbaren Leistungen eine Orientierung an Planungskriterien der Strukturqualität entscheidend. Wenn durch längere Fahrtzeiten Krankenhäuser mit einer qualitativ höherwertigen Versorgung erreicht werden können, kann die Fahrtzeit nicht entscheidend sein (vgl. Abbildung 14–3).

Das dominierende „Maß der Erreichbarkeit“ ist bei planbaren Leistungen nicht die Zeitspanne im Notfall, sondern die den Patienten zugesicherte Qualität der Versorgung. Die „zugesicherte Qualität“ ist die unter den Gegebenheiten des Landes medizinisch bestmögliche Leistung. Sie wird unter den im Gemeinsamen Bundesausschuss als qualitativ angemessen bewerteten Strukturanforderungen erbracht. Ein Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer ist eine der zusätzlichen Optimierungsbedingungen. Es ist jedenfalls nicht angemessen, eine (Risiko-) Geburt in jeder Region wohnortnah zu ermöglichen, wenn damit ein vermeidbares lebenslanges Risiko für Mutter und Kind in Kauf genommen wird. Ebenso sind etwa in der Onkologie, beim Hüft- und Knieersatz oder bei seltenen Erkrankungen stationäre Zentren in der Lage, für den Patienten überlegene Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Abbildung 14–3



Daher wird es ein Ziel der Krankenhausplanung sein, ergebnisrelevante Kriterien der Strukturqualität einschließlich der Indikationsqualität als weitere Planungskriterien verpflichtend in die Krankenhausplanung der Länder einzubeziehen und das Krankenhausfinanzierungsgesetz entsprechend zu ergänzen. Dazu bedarf es bundesweiter Vorgaben in Form von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die als unabhängig zu prüfende Leistungsvoraussetzungen in die Krankenhausplanung und -zulassung eingehen. Bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben muss eine Vergütung betroffener Leistungsbereiche rechtssicher ausschließbar sein. In letzter Konsequenz muss dem Krankenhaus der Versorgungsauftrag entzogen werden.

Dazu ist es gesundheitspolitisch erforderlich, sowohl Qualitätskriterien als auch Kriterien für die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit als „Leistungsvoraussetzungen“ eines Krankenhauses für die Krankenhausplanung bundesweit festzulegen. Nur so wird das Krankenhaus bei planbaren Leistungen wirksam an Qualitätsvorgaben gebunden. Erfüllt es diese nicht, darf es keine entsprechenden Leistungen erbringen. Einen Sicherstellungszuschlag erhält es aber nur soweit und solange, wie die Bedarfsnotwendigkeit ebenfalls kriteriengebunden bestätigt ist.

Allerdings kann „Planung“ immer nur einen Rahmen schaffen, in dem unter massiver Einflussnahme vielfältiger politischer Interessen kollektivvertragliche Regelungen und/oder wettbewerbliche Spielräume das Versorgungsgeschehen beeinflussen. Aber kollektivvertraglich dominierte Systeme sind aufgrund des Kontra-

hierungszwangs ohne Bedarfsplanung kaum steuerbar. Werden Sektorengrenzen obsolet, weil die Sektorenregime keine hinreichenden Lösungen mehr zulassen, fallen notwendige „sektorenunabhängige“ Leistungen sozusagen aus dem verfügbaren Regelungsrahmen.

14.4 Sektorenübergreifende Leistungen

Das Zulassungs- und Vertragsrecht der GKV ist in „Sektoren“ geregelt. Im Sprachgebrauch bilden Sektoren sich selbst rechtfertigende, hoheitlich gesetzte Zuständigkeiten ab, wie sie etwa bei Verlust staatlicher Souveränität als „Sektorengrenzen“ bekannt sind. Ist im Gesundheitswesen der Patient der Souverän, werden sie seine Akzeptanz finden müssen. Als Begründung wird er nachvollziehen, dass die notwendige „Zuhilfenahme eines Bettes“ ein relevanter Gesichtspunkt sein kann. Trifft dieser Gesichtspunkt nicht zu, wird eine Begründung für „Sektoren“ je nach Dringlichkeit und Komplexität des Gesundheitsproblems auf Akzeptanzprobleme stoßen bzw. schwer fallen. Wie schon im Problemkreis der ambulanten Bedarfsplanung unter Abschnitt 14.2.4 deutlich geworden, hat der Gesetzgeber, um Versorgungslücken zu schließen, stationäre Einrichtungen durch verschiedene Regelungen zur ambulanten Behandlung zugelassen. Allerdings fehlt diesen Versorgungsaufträgen meist ein präzise definierter und abgegrenzter Leistungsinhalt. Entsprechend herrschen pauschale Vergütungen vor und systematisch eingepasste Vertragsgrundlagen sind kaum zu finden (vgl. Leber 2010, S. 10 ff). Beteiligt sind

- die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V),
- die teilstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 39 SGB V),
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- das ambulante Operieren (§ 115b SGB V),
- die Behandlung von seltenen Erkrankungen und schweren Verlaufsformen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b SGB V als Auslaufregelung des VStG),
- die psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),
- die Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V),
- die pädiatrischen Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V),
- die geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V),
- die psychosomatischen Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 3 SGB V),
- die ambulanten Ermächtigungen von Krankenhausärzten (§ 116 ff. SGB V) und die
- ambulante Versorgung des Krankenhauses bei Unterversorgung (§ 116a SGB V).
- Zu verweisen ist zudem auf die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (§ 116b SGB V) als Neuregelung des VStG.

Da hier keine Grundsatzdebatte zur Ambulantisierung der Versorgung zu führen ist, reicht es aus zu konstatieren, dass inzwischen zumindest für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren und die Spezialfachärztliche Versorgung eine sektorale Sicherstellung schlicht überholt ist. Die Politik denkt zunehmend um:

- Dem Patienten kann der Zugang zum Krankenhaus nicht verwehrt werden, wenn die ambulante Notfallversorgung vertragsärztlich scheitert. Es wird politisch er-

forderlich, die Zuständigkeiten zu integrieren und die Rettungsmittel abzustimmen.

- Zudem wird der Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Sicherstellung künftig nicht auf die Notfallversorgung beschränkt bleiben können, wenn die demografische Herausforderung in strukturschwachen Räumen sichtbar wird.
- Für das ambulante Operieren ist die sektorale Zuordnung bereits vollständig entfallen. Verträge und Vergütungen werden dreiseitig vereinbart. Eine übergreifende Qualitätssicherung gibt es allerdings nicht.
- Ebenso ist der Sektorenbezug für die spezialfachärztliche Versorgung entfallen, bei der komplexe oder seltene Erkrankungen von spezialisierten Teams unter besonderen Anforderungen versorgt werden.

Aber kann deshalb schlicht auf eine Bedarfsplanung verzichtet werden? Es geht bei den genannten Versorgungsbereichen ja nicht um zu vernachlässigende Randbereiche. Bisher hat sich jedoch der für die Krankenversicherung zuständige Bundgesetzgeber der Steuerungsfrage sektorenunabhängiger Versorgungsbereiche nicht gestellt. Was nicht „ambulant“ in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen fällt oder stationär in den Sicherstellungsauftrag des Landes, bleibt im Ungefähren: Bedarfsplanung und vertragliche Einbindung bleiben zurück.

- Die konzeptionelle Integration der Notfalldienste in Verbindung mit den Rettungsdiensten und ein funktionsfähiges Entlass-Management werden ungeachtet des Regelungsbedarfs von Legislaturperiode zu Legislaturperiode geschoben. Voran kommt nur die weitere Abwälzung allgemeiner Kosten der Rettungsdienste auf die Krankenkassen.
- Die Öffnung der Krankenhäuser in vertragsärztlich unterversorgten Regionen findet bisher keine klaren gesetzlichen Vorgaben, sondern trifft weiter auf den Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn das Wort „Widerstand“ für diese Art Interessenvertretung missbraucht werden darf.
- Die Doppelstrukturen beim ambulanten Operieren zeitigen währenddessen einzelleistungsvergütet auf hohem Niveau sich weiter häufende Eingriffe, bei denen unter Verfall der Indikationsgrenzen iatrogene Risiken weiter steigen. Ungebremst zunehmende Knie-Arthroskopien etwa gelten inzwischen als evidenzbasiert nutzenfrei. Und obschon in Deutschland doppelt so viele Herzkatheder geschoben werden wie in der Schweiz, ist die Sterberate nach Herzinfarkt dort deutlich geringer als in Deutschland (Bruckenberg 2010). Diese und andere Hinweise zeigen, dass die Marke des medizinisch Nützlichen bei planbaren Eingriffen auch ambulant vielfach überschritten ist.
- Ganz anders verhält es sich in der Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), wo die Bildung indikationsspezifischer ambulanter Zentren für die Patienten zumindest durch interdisziplinäre Teams auf den Weg gebracht werden sollte. Die Formel „wer kann, der darf“ geriet dem Versorgungsstrukturgesetz 2011 zum Notfallsignal liberaler Gesundheitspolitik. Entsprechend wurde als unverbindlicher Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung das „gemeinsame Landesgremium“ auf den Weg gebracht und die ASV selbst verkürzt, verquast und auf eine mehrjährige Beratungsstrecke des G-BA verwiesen.

Ziel muss es dagegen sein, den Kern sektorenunabhängiger Leistungen populationsbezogen bedarfsgerecht abzuschätzen, auf geeignete Planungsregionen zu projizieren und möglichst effizient und für die Patienten offen im Zugang einschließlich der Wahlmöglichkeiten sicherzustellen. Die vertragliche Qualitätssicherung einschließlich der Indikationsqualität steht dabei vor einer ökonomischen Steuerung. Wenn die Länder gleichzeitig bewegt, wie eine hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung einschließlich der stationären Notfallversorgung angesichts der demografischen und soziografischen Entwicklung künftig flächendeckend sicherzustellen sind, nähern wir uns dem Auftrag der „Gemeinsamen Landesgremien“.

14.5 Entwicklung der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V

Die Entwicklung der medizinischen Versorgung folgt dem Trend der Ambulantisierung. Niemand denkt daran, zusätzliche Krankenhäuser⁶ zu bauen. Aber die rechtlich starre vertragsärztliche Versorgung ist kein guter Rahmen für innovative Versorgungsstrukturen. Teils füllen Verträge der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) die ambulanten Defizite. Der Aspekt des „Sektorenübergreifenden“ dient den Partnern vielfach dazu, sich den bestehenden rechtlichen Beschränkungen zu entziehen. Auseinandersetzungen, die sich daran knüpfen, betreffen auch die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich unterminiert sehen, und die Länder, die teils das Scheitern (versorgungs-) politisch attraktiver Projekte zu registrieren haben. Ein Mitwirkungsinteresse ist von daher naheliegend. Und so bestand unter den Ländern bereits im Vorfeld des Versorgungsstrukturgesetzes 2011 eine Diskussion, die ambulanten und stationären Bedarfsplanungsfunktionen zu verbinden. Sie begründeten ihr Anliegen u. a. damit, dass sie ihre Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsvorsorge nur dann ausreichend wahrnehmen könnten, wenn ihnen die Beteiligung an der ambulanten Bedarfsplanung und Sicherstellung garantiert wird.

Beim VStG stand der Gesetzgeber zudem vor der Frage, ob beginnend mit der Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), bei der Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichberechtigt tätig werden, eine „sektorenunabhängige Bedarfsplanung“ aufgebaut werden soll. Die Gesundheitsminister der Länder hatten dies zunächst einstimmig gefordert, waren jedoch überzeugt worden, dass die Zuspitzung der Leistungen auf „schwere Verläufe“ keine angebotsinduzierte Mengenentwicklung und besondere Ausgabenrisiken zulassen würde. So sollte auf eine Bedarfsplanung nach dem Slogan „wer kann, der darf“ völlig verzichtet werden können. Die zögerliche Einführung der ASV nach jahrelangem Streit im G-BA gibt dieser Einschätzung bisher Recht. Und die Entwicklung beim ambulanten Operieren wird politisch nicht problematisch gesehen.

Als politischer Platzhalter der Landesinteressen blieb es gleichwohl bei der Etablierung der Gemeinsamen Landesgremien in § 90a SGB V. Der Bundesgesetzgeber

⁶ Eine Ausnahme bildet Berlin, das aufgrund überdurchschnittlicher Bettenauslastung und anhaltender Zuwanderung ab 2015 1 500 zusätzliche Betten plant. Vgl. Tagesspiegel vom 19. August 2014.

ermöglichte den Ländern die Einrichtung von Landesgremien nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen, ohne ihnen jedoch direkten Einfluss auf ambulante Planungsaufgaben zuweisen zu können. Die Aufgaben der Gemeinsamen Landesgremien beschränken sich daher darauf, zur Aufstellung und Anpassung der durch die KVen im Einvernehmen mit den Kassen aufgestellten Bedarfspläne Stellung zu nehmen. Die Mittel, Vorschläge des Landesgremiums einzufordern, stehen den Ländern damit nun bestenfalls über aufsichtsrechtliche Umwege zur Verfügung.

Deutlich wegweisender für eine zukunftsorientierte Planung und Steuerung der Versorgung ist eine andere vom Gesetzgeber zugewiesene Kompetenz: Das Gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Diese Empfehlungen eignen sich dann zur Lösung regionaler Versorgungsaufgaben, wenn alle Beteiligten für die Entwicklung und Entscheidungsfindung an einen Tisch geholt würden. Wesentlich für die Tragfähigkeit dieser Empfehlungen ist die Zusammensetzung des Gremiums. Der Gesetzgeber schlägt vor, mindestens Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft zu beteiligen, weist aber schon in der Begründung darauf hin, dass dieser Kreis zur Meinungsfindung auf zahlreiche weitere Akteure zu erweitern ist.

Mittlerweile haben zwar fast alle Bundesländer ein solches Gremium eingerichtet oder stehen kurz davor. Aber nur in wenigen Ländern hat das Gremium überhaupt schon getagt oder kann es gar Ergebnisse vorweisen. Der lange Weg zu seiner Etablierung hatte viele Gründe. Nicht zuletzt war die Einigung auf die Stimmenverhältnisse Dreh- und Angelpunkt vieler Verhandlungen. Mittlerweile hat die Mehrzahl der Gremien sich darauf geeinigt, keine Entscheidungen ohne eine Zweidrittel- oder Dreiviertel-Mehrheit zu treffen. Dies deutet auf den Willen hin, die Tragfähigkeit der Entscheidungen und die Umsetzungswilligkeit aller beteiligten Akteure zu stärken. Die Gemeinsamen Landesgremien können perspektivisch nur Einfluss gewinnen, wenn ihre Mitglieder die gemeinsamen Positionen in den sektorenspezifisch arbeitenden Gremien der ambulanten und stationären Bedarfsplanung ebenso vertreten.

14.6 Fehlende Ansätze einer sektorenübergreifenden Planung

Die oben dargestellte Entwicklung sektorenübergreifender Leistungen registriert den zunehmenden Bedarf an flexiblen, leistungsfähigen ambulanten Versorgungsangeboten für Patienten, die aus den Mustern einer eingriffsorientierten Reparaturmedizin herausfallen. Steht nicht die episodenhafte ärztliche Behandlung im Mittelpunkt der Versorgung, sondern eine achtsame, teamorientierte Versorgung ebenso behandlungs- wie betreuungs- und beratungsbedürftiger Patienten, seien sie chronisch krank oder in einem besonders komplikationsgeneigten Stadium einer schwerwiegenden Erkrankung, reicht der EBM als Grundlage nicht⁷. Kann und soll gleichwohl ambulant ver-

⁷ In der auf den Einzelarzt in seiner rechtlichen Stellung fixieren Betrachtungsweise des EBM endet die „Komplexgebühr“ i. d. R. schon bei der „Ordinations-“ oder „Konsultationsgebühr“. Auch mit

sorgt werden, fehlt es an einem geeigneten Rahmen. Während der Patientenbezug von Leistung und Vergütung stationär mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen medizinisch systematisch und betriebswirtschaftlich professionell berücksichtigt erscheint, bleibt die ambulante Vergütung bisher grundsätzlich arztbezogen. Vergütet werden ärztliche Verrichtungen, deren Patientenbezug sich auf die Abrechenbarkeit beschränkt. Der Diagnosebezug der Leistungen läuft sozusagen peripher mit. Entsprechend ist die Kodierung dekorativ, nicht vergütungsbegründend und frei von Richtlinien. Was als „Morbidity“ patientenbezogen dokumentiert wird, zahlt nur auf die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Die Verteilung⁸ dieser Gesamtvergütung bleibt dort eine einkommenspolitische Aufgabe.

Aus dem stationären Sektor heraus entwickelte ambulante Einrichtungen stehen neben den etablierten Steuerungs- und Verhandlungssystemen. In dem sektorenunabhängigen Teil der Versorgung in der GKV entsteht ein Regelungsdefizit, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen als interessengebundene Instanzen ungeeignet scheinen und andere Akteure keine belastbaren, verantwortungsfähigen Konzepte anbieten. Auch im Wettbewerb stehende Krankenkassen beteiligen sich an dieser Debatte nicht. Je nach Entwicklung etwa der Spezialfachärztlichen Versorgung dürfte solche Apathie hohe Opportunitätskosten hervorbringen, wenn Ansätze zu einer sektorenübergreifenden Planung fehlen.

Bis dahin wird die Diskussion um eine „bessere Bedarfsplanung“ vor allem von ärztlicher Seite mit Argumenten geführt, die durch Einführung zusätzlicher soziodemografischer Merkmale dazu dienen sollen, einen „erhöhten Bedarf“ zu begründen (Stillfried und Czihal 2011). Nicht dass dies angesichts des gleichzeitig beschworenen Ärztemangels Sicherstellungseffekte versprochen hätte. Das Ziel ist die Anhebung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Gleichzeitig ließen die Verantwortlichen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auch in offiziellen Manifesten (KBV 2009) erkennen, dass die Sicherstellung insbesondere in strukturschwachen Regionen künftig nicht ohne die Krankenhäuser erfolgen könne. Von daher plädierten Experten der KBV für eine leistungsbezogene und nicht länger sitzbezogene Bedarfsplanung, wie sie insbesondere für die ASV vorgesehen, aber gesetzlich nicht realisiert wurde. Eine Bedarfsplanung der ASV der KV zuzuweisen hätte die gleichberechtigte Teilnahme der Krankenhäuser gestört. Und die Diskussion um eine sektorenunabhängige Versorgungsplanung als „Dritte Säule“ der Bedarfsplanung fand erst gar nicht statt. Einerseits steht dafür ein Gewährsträger ähnlich der KV oder dem Land nicht zur Verfügung. Und andererseits finden Wettbe-

der dafür prädestinierten Spezialärztlichen Versorgung gelingt die intendierte Komplexität nicht, wenn lediglich der EBM durchgesehen wird, um das Gesammelte anschließend aus dem plafonierten Teil der Gesamtvergütung zu nehmen, zumal wenn die Vergütungsteile an Ärzte verteilt werden, die weiterhin in Einzelpraxen über Fahrstunden verstreut nicht anders arbeiten als zuvor.

- 8 Nicht einmal die Hälfte der Positionen des EBM ist im betriebswirtschaftlichen Sinne kalkuliert. Eine unabhängige Kalkulation fehlt vollständig. Innerärztlich randständige Arztgruppen wie etwa die Schmerztherapeuten, deren Leistungen von den Krankenkassen höchst stetig vergütet werden, betrachten sich als in der Honorarverteilung auf immer neue Weise diskriminiert. Dass sie, wie beim Ärztetag 2014, hoffnungsvoll eine eigene Bedarfsplanungsgruppe beschließen (lassen), verdeutlicht die dort vermutete Kontinuität zwischen Planung und Zahlungsfluss. Doch die ambulante Bedarfsplanung knüpft an die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer an.

werbskonzepte, die den Krankenkassen an dieser Stelle die Schlüsselfunktion zuweisen, keine Grundlage.

Eine sektorenübergreifende Betrachtung ist mithin noch nicht „institutionell“ orientiert, sondern bleibt problembezogen. Sie führt „patientenorientierte Ansätze“ zu einer Kritik der Bedarfsplanung an und zielt damit vor allem auf Schnittstellenfragen und die Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche. Lösungen bei diesen Fragen sind auch keineswegs durch eine Perfektionierung der sektorenbezogenen Planung zu erreichen, sondern beziehen vielfältige, teils damit verbundene Vertrags- und Steuerungsregelungen ein. Sie betreffen vor allem die Arztzentrierung der Strukturvorgaben in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Drehscheibe der Versorgungssteuerung. Es ist ein Systemfehler des deutschen Gesundheitswesens, dass trotz komplexer, arbeitsteiliger und zunehmend teamorientierter Versorgung die „Planung“ ebenso wie die Berechtigung zur Behandlung allein an Arztgruppen bzw. die individuelle Befähigung des einzelnen Arztes geknüpft wird, ohne Strukturvoraussetzungen und erforderliche Spezialisierungen der Einrichtung zu bestimmen. Indikationsbezogene ambulante Zentren mit leistungsfähigen Teams fehlen, weil sie in der „Bedarfsplanung“, in den „Leistungsbeschreibungen“ und der „verrichtungsbezogenen Vergütung“ nicht vorgesehen sind. Immer mehr Spezialisten arbeiten mithin in Einzelpraxen oder versorgungsinhaltlich unbestimmten MVZ. Dieser Systemfehler setzt sich im Übrigen stationär fort. Experten aus der Praxis (Münch und Scheytt 2014) haben darauf hingewiesen, welches Potenzial an Produktivität und Qualität an dieser Stelle brachliegt.

Im Folgenden mögen drei Ansatzpunkte verdeutlichen, durch welche Schritte eine eher patientenorientierte Weiterentwicklung erreicht werden kann:

1. Während auch an der hausärztlichen Versorgung noch Ärzte teilnehmen, die mit hohen zeitlichen Anteilen hausarztferne Leistungen erbringen (Akupunktur, Psychotherapie), bleiben hier PKV- und IGeL-Anteile aufgrund des höheren Patientenbezuges verhältnismäßig. Davon kann bei immer mehr Fachärzten nicht die Rede sein. Eine überwiegende PKV/IGeL-Tätigkeit gehört dort zum Standard (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 15 und detaillierter nach Facharztgruppen passim). Auch unterscheidet die Bedarfsplanung nicht, ob der Arzt 21 oder 40 Stunden in der Vertragspraxis tätig ist bzw. der mit dem Arztsitz verbundene Versorgungsauftrag für die 90 Prozent Versicherten der GKV erfüllt ist⁹. Die Bedarfsplanungsklarheit und -wahrheit ist eine nicht thematisierte offene Flanke. Die Diskussion um Ärztemangel und Wartezeiten ist nur nachzuvollziehen, wenn derlei Sitzflucht einbezogen wird. Stattdessen wäre mithin eine leistungsbezogene Bewertung und Zählung der Arztsitze angemessen.
2. Findet im Hinblick auf den Versorgungsauftrag der GKV für 90 Prozent der Versicherten in relevantem Umfang „Sitzflucht“ statt, muss sich dies durchaus nicht auf der Vergütungsseite der GKV niederschlagen, da die Vergütung hier in der Regel durch (kontaktbezogene) Pauschalen ausgelöst wird. In den Pauschalen sind ärztliche Verrichtungen zusammengefasst. Die Pauschale ist (naturgemäß) abrechnungsfähig, wenn auch nur Teile davon erbracht worden sind. Be-

⁹ Im Extremum steht etwa ein Gynäkologe mit vollem Arztsitz der GKV-Versorgung tatsächlich nur mit zehn Wochenstunden zur Verfügung, wenn er seine Tätigkeit knapp über der Grenze von 20 Stunden hält und wiederum die Hälfte davon auf PKV und IGeL verwendet.

richtet wird nun von verstopften Praxen und Wiederbestellungen, die innerärztlich als „notwendige Verdünnerfälle“ angesprochen werden. Dies thematisiert ohne Scheu den dauerwiederbestellten Patienten mit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung unauffälliger Diagnose im Hinblick auf wiederholte Leistungen, die möglichst wenig ärztliche Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Ihn im internen Praxiskreislauf zu halten, ist vergütungstechnisch attraktiv. Bei Patienten, bei denen gegenteilige Merkmale ausgeprägt sind, ist eine Disposition für den externen Praxiskreislauf gegeben. Patienten mit hohen Wartezeiten könnten i. d. R. solche externalisierten Praxisnutzer sein, die es schwer haben, feste Praxisbeziehungen aufzubauen. Jedenfalls sind auch GKV-Patienten nicht in gleichem Maße von langen Wartezeiten betroffen. Und die Hypothese, dass hier Patienten mit geringerem sozialem Status, die mit ihren Anliegen in der Arztpraxis weniger durchsetzungsfähig sind, gehäuft anzutreffen sind, scheint nicht gewagt.

Dagegen könnte eine zunehmend patientenbezogen und leistungsinhaltlich beschriebene „Legendierung“ der ärztlichen Leistungen mit richtlinienbewehrtem Diagnosebezug die Transparenz der Vergütung erhöhen. Eine unabhängige betriebswirtschaftliche Kalkulation des regelmäßigen Aufwandes solchermaßen beschriebener Leistungen sollte hinzutreten¹⁰. Das heißt: Nicht der (Patienten-) „Kontakt“ rechtfertigt die (ärztliche) Verrichtung, sondern das diagnosebezogen klassifizierte (Patienten-)Problem begründet je nach Komorbidität und Schweregrad eine (medizinische) Therapie. Entsprechend steht nicht eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Mittelpunkt, die nach der Häufigkeit ärztlicher Verrichtungen im Vergleich zur Fachgruppe fragt, sondern eine medizinische Qualitätssicherung. Eine solche inhaltlich nachvollziehbare ärztliche Versorgung ist dann auch einer betriebswirtschaftlich komplexen Kalkulation zugänglich. Ein solcher Ansatz erstreckt Prinzipien der DRG-Steuerung keineswegs schematisch auf die ambulante Versorgung. Auch bezieht er keineswegs hausärztliche Leistungen und fachärztliche Grundleistungen ein. Soll die Ambulantisierung der Medizin aber nicht an der bloßen Verteilungsorientierung der Vertragsärzte scheitern, bedarf es eines patientenbezogenen Allokationssystems.

3. Die Bedarfsplanung wurde mit dem VStG auf spezialisierte Fachgruppen ausgedehnt. Und tatsächlich nimmt der Anteil spezialisierter Ärzte zu Lasten der patientennahen Versorgung seit Jahren zu. Ärzte, die sich „eigentlich“ bedarfsbezogen unter Zuhilfenahme von Vergütungsanreizen¹¹ in strukturschwachen Gebieten – und nicht nur da – niederlassen sollten, werden weiterhin als Hochspezialisten ausgebildet und mit der Chance auf Niederlassung ausgestattet. Welchen Anteil der Kern ihrer spezialärztlichen Versorgung in der niedergelassenen Praxis noch hat, bleibt meist offen. Eine schon bei der Ausbildung zu setzende Verschiebung der Kapazitäten und Weiterbildungsstellen zu Lasten der fachärztlichen Disziplinen wäre mithin Sonntagsreden über Hausarztzulagen vorzuziehen.

10 Vgl. ausführlicher: Friedrich-Ebert-Stiftung: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, April 2013, Seite 22 ff.

11 Der SVR-G schlägt eine 50-prozentige Zulage für strukturschwache Gebiete vor, wovon Gebiete unter 90 Prozent Versorgungsquote erfasst werden sollen. Die vorgeschlagene Finanzierung aus der Gesamtvergütung soll diesen Vorschlag praktikabel machen. Vgl. SVR-G 2014.

Ein institutioneller Bruch der „Bedarfsplanung“ mit einem Mandat der Sicherstellung bzw. eine Abkehr von der traditionellen „Versäulung“ des Gesundheitswesens im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wird erst dann geradezu zwangsläufig herbeigeführt werden (müssen), wenn eine der Säulen dauerhaft scheitert. Aufgrund der Entwicklung von Angebot und Nachfrage der ambulanten Versorgung kann dies in absehbarer Zeit für zahlreiche vertragsärztliche Planungsbezirke in strukturschwachen ländlichen Räumen erwartet werden. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat für dieses Szenario (SVR-Gesundheit 2014, Textziffern 161 ff.) vorgeschlagen, den Sicherstellungsauftrag ab einem Versorgungsgrad von 75 Prozent auf gesetzlicher Grundlage „einheitlich und gemeinsam“ auf die Krankenkassen zurückfallen zu lassen. In diesem Falle würde eine Instanz auf Landesebene in die Funktionen der KV eintreten. Das gesetzliche Verbot von Eigeneinrichtungen entfielen in diesem Falle ebenso wie die ambulante Sonderstellung der Krankenhäuser. Als Mittel der Wahl sieht der Rat für dieses Szenario Ausschreibungen vor (vgl. hierzu auch Schönbach 2010).

14.7 Fazit

Es ist ein grundlegendes Ziel staatlicher Gesundheitspolitik, anhand der ambulanten und stationären Bedarfsplanung eine gleichmäßige, flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Die Analyse im ambulanten ärztlichen und stationären Bereich hat gezeigt, dass die sektorale Bedarfsplanung diesen Ansprüchen kaum gerecht werden kann.

- Im ambulanten Bereich steigen die Arztzahlen bei zunehmender Ungleichverteilung des regionalen Angebots. Der vorgebliche Arztmangel dient als vergütungspolitisches Argument in der Öffentlichkeit. Die Reform der Bedarfsplanung bleibt bis zum Beleg ihrer Wirksamkeit Gegenstand weiterer Reformen¹².
- Im stationären Bereich kann von einer „Krankenhausplanung“ nicht mehr gesprochen werden. Ob eine hinreichende Reform durchsetzbar ist und die Bindung der Länder an bundesweite Kriterien der Erreichbarkeit und Strukturqualität als Leistungsvoraussetzung gelingt, ist offen. Alternative Ansätze für die stationäre Planung wurden in diesem Beitrag skizziert.
- Die an Versorgungsrelevanz zunehmenden sektorenunabhängigen, intermediären Leistungen werden weder sachgerecht in die ambulante Bedarfsplanung einbezogen noch mit eigenständigen bedarfsbezogenen Maßstäben versehen.

Ob es der Gesundheitspolitik gelingt, die sektorenunabhängige Versorgung eng zu begrenzen oder auf spezifische Versorgungsanlässe zu beschränken und durch hohe Qualitätsanforderungen zu determinieren, bleibt in diesem Beitrag offen. Allerdings haben sich bereits zahlreiche Hinweise ergeben, die für die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Betrachtung sprechen.

¹² Die Vereinbarung der Großen Koalition beinhaltet, den Einkauf von Sitzen in überversorgten und die Öffnung von Krankenhäusern in unterversorgten Regionen stringenter gestalten. Vgl. Deutschlands Zukunft gestalten, 2.4. Gesundheit und Pflege.

Literatur

- AOK-Bundesverband. Blickpunkt Klinik. Dezember 2013.
- Brucknerberger E. Herzbericht 2009. Hannover 2010.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumbearbeitung – Raumbearbeitungen Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumbearbeitungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html> (15. August 2014). Bonn 2012.
- Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des G-BA über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung G-BA (Bedarfsplanungs-Richtlinie). In der Neufassung vom 20. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17. April 2014.
- Haverkock T. Bewertung der Berücksichtigung von Qualitätsansätzen bei der Landeskrankenhausplanung aus Sicht des AOK-Bundesverbands. Berlin 2013.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung, Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin, Papier vom 25. November 2009.
- Leber W. § 115x – Spezialärztliche Versorgung: Ein Reformprojekt ab 2011. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010; 6: 572.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGPEA). Krankenhausplan 2015. Düsseldorf 2013.
- Münch E, Scheytt S. Netzwerkmedizin. Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung. Berlin: Springer 2014.
- Schönbach KH. Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt: Sektorenübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen, Gesundheits- und Sozialpolitik 2010; 2: 11–17.
- Stackelberg JM, Partsch M. Ambulante Patientenversorgung verbessern – Vorschläge und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes Pressekonferenz Berlin, den 27.02.2014. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/pk_2014_02_27_amb_versorgung/2014-02-27_Vortrag_ambulante_Versorgung_Stackelberg_Partсh.pdf (15. September 2014).
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011. Wiesbaden 2013a.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2012, Tabelle 2.2.3. Wiesbaden 2013b.
- Stilfried D, Czihal T. Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2011; 2: 26–33.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Kurzfassung Gutachten 2014.

Teil II

Zur Diskussion

(Kapitel 15–17)

This page intentionally left blank

15 Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen

Boris Augurzky

Abstract

Im System der dualen Finanzierung der Krankenhäuser obliegt es den Bundesländern, die Investitionsmittel bereitzustellen. Aus dieser Verantwortung ziehen sie sich jedoch immer mehr zurück. Für den Erhalt des Anlagevermögens der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) ist ein jährlicher Investitionsbedarf von 5,4 Mrd. Euro erforderlich. 2,7 Mrd. Euro steuerten die Länder 2013 in Form von Fördermitteln und etwa 2,0 Mrd. Euro die Krankenhäuser aus ihren Betriebserlösen bei. Offiziell handelt es sich bei Letzteren um eine Zweckentfremdung. Tatsächlich hängen Kapital- und Betriebskosten aber eng zusammen: Wer klug investiert, spart im Betrieb. Eine rein monetaristische Finanzierung wäre daher angemessener.

In Germany's dual hospital financing system, the federal states are responsible for providing investment funds. However, they more and more withdraw from this responsibility. In order to preserve the assets of the hospitals (excluding university hospitals), an annual investment of 5.4 billion euros is required. In 2013, the federal states provided 2.7 billion euros in form of grants, whereas the hospitals contributed about 2.0 billion euros from their revenues. Officially, the latter is a misuse of funds. In fact, capital and operational costs are closely related: those who invest wisely, save running costs. Therefore, monetistic financing would be more appropriate.

15

15.1 Hintergrund

15.1.1 Produktionsfaktoren

Krankenhäuser setzen wie alle Unternehmen Arbeitskräfte und Kapital im Produktionsprozess ein (Abbildung 15–1). Dazu muss sowohl Arbeit als auch Kapital entsprechend entlohnt werden, sonst würde weder Personal noch Kapital zur Verfügung stehen. Kapital ist dabei wichtig, um das nötige Anlagevermögen des Krankenhauses bereitzustellen, z. B. für Grundstücke, Gebäude und medizinische Großgeräte. Will man die Unternehmenssubstanz erhalten, muss in regelmäßigen Abständen das Anlagevermögen erneuert, d. h. die Abschreibungen auf die Anlagen müssen ersetzt werden. Darüber hinaus fallen zur Finanzierung des Anlagevermögens Kapitalkosten an, sei es über den Einsatz von Eigen- oder Fremdkapital.

So stellt sich der Sachverhalt für „normale“ Unternehmen dar. Für Krankenhäuser sah der Gesetzgeber etwas anderes vor. Mit dem Krankenhausfinanzierungsge-

Abbildung 15–1

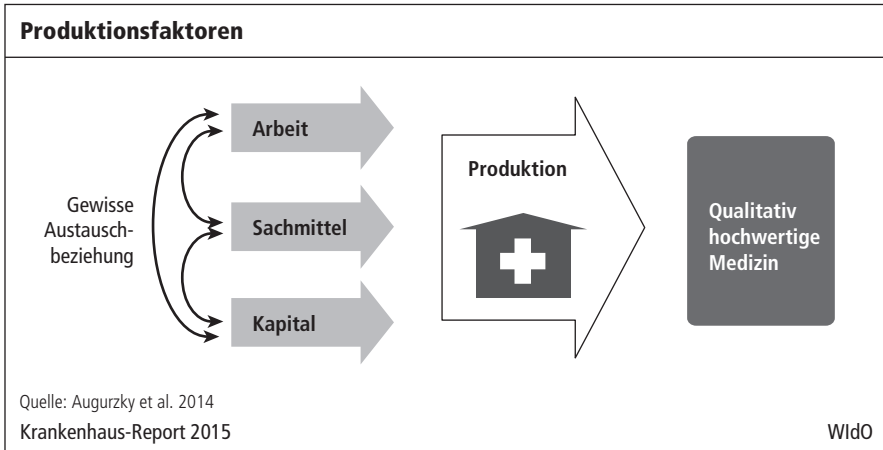
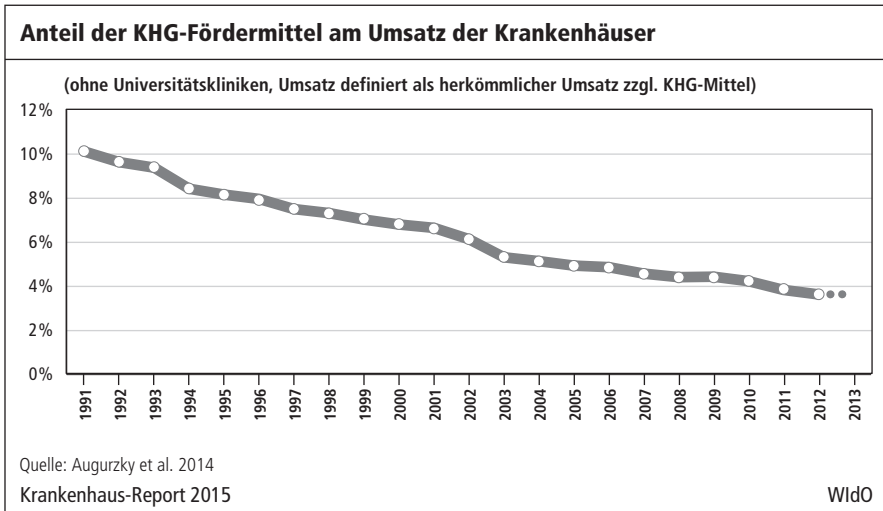


Abbildung 15–2



setzung (KHG) aus dem Jahr 1972 sollten sämtliche Kapitalaufwendungen aus Steuermitteln von den Bundesländern getragen werden, die Betriebskosten dagegen von den Patienten bzw. deren Krankenversicherungen. In der Konsequenz würden Krankenhäuser keine Kapitalkosten aufzubringen haben und Abschreibungen würden regelmäßig durch Fördermittel der Länder ersetzt. Das Anlagevermögen eines Krankenhauses wäre damit zu 100 Prozent über Fördermittel – also öffentliches Kapital – finanziert, für das keine Kosten anfielen. Sie würden als sogenannte Sonderposten in die Bilanz einfließen.

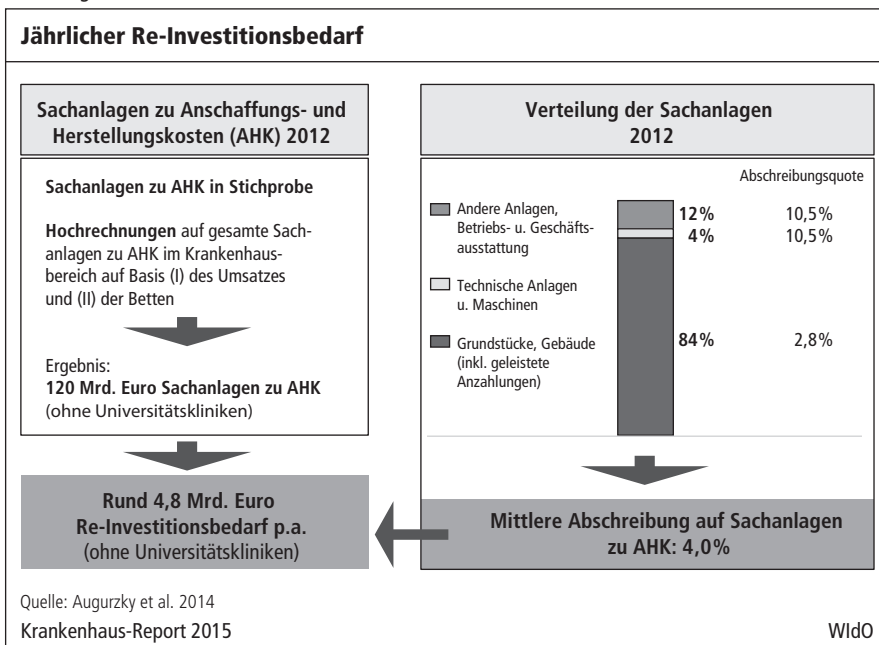
In früheren Zeiten hatte das gut geklappt. Als Zielmarke strebte der Gesetzgeber des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der Einführung der dualen Finanzierung einen Fördermittelanteil von 25 % an, auch um zunächst einen damals bestehenden

Investitionsstau zu beseitigen. 1991 flossen zum Beispiel 3,6 Milliarden Euro öffentliche Fördermittel. Bei einem damaligen Gesamtumsatz der Krankenhäuser von rund 36 Milliarden Euro entsprach dies 10% des Umsatzes. Dieser hohe Wert sollte in den darauf folgenden Jahren nicht mehr erreicht werden. Vielmehr sank er kontinuierlich bis auf 3,6% im Jahr 2013 (Abbildung 15–2). Es stellt sich die Frage, ob diese 3,6% ausreichend sind, um den Investitionsbedarf eines typischen Krankenhauses decken zu können.

15.1.2 Investitionsbedarf

Zur Beantwortung dieser Frage werden die Sachanlagen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) aller Krankenhäuser der im Krankenhaus Rating Report 2014 (Augurzky et al. 2014) verwendeten Stichprobe auf die Grundgesamtheit (ohne Universitätskliniken) hochgerechnet¹. Es ergibt sich ein gesamtes Sachanlagenvermögen (SAV) zu AHK von etwa 120 Mrd. Euro. Bei einer durchschnittlichen Abschreibungsquote des SAV zu AHK von 4,0% beläuft sich der jährliche Abschreibungs- und damit Reinvestitionsbedarf auf 4,8 Mrd. Euro (Abbildung 15–3). Zu beachten ist, dass damit aber nur die gegenwärtige Substanz erhalten werden kann, während technischer Fortschritt und inflationsbedingte Preiserhöhungen dabei nicht berücksichtigt sind. Wenn man von einer jährlichen inflationsbedingten

Abbildung 15–3



¹ Eine Hochrechnung erfolgt über die Bettenzahl, eine andere über das Umsatzvolumen. Der angegebene Wert entspricht dem Mittelwert der beiden Hochrechnungen.

Wachstumsrate des SAV zu AHK von 0,5 % ausgeht, kämen noch jährlich 0,6 Mrd. Euro hinzu, sodass sich der Gesamt-Investitionsbedarf der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) bei der gegebenen Krankenhausstruktur auf 5,4 Mrd. Euro jährlich beliefe, mithin also doppelt so hoch wie das gegenwärtige Fördermittelvolumen der Länder wäre.

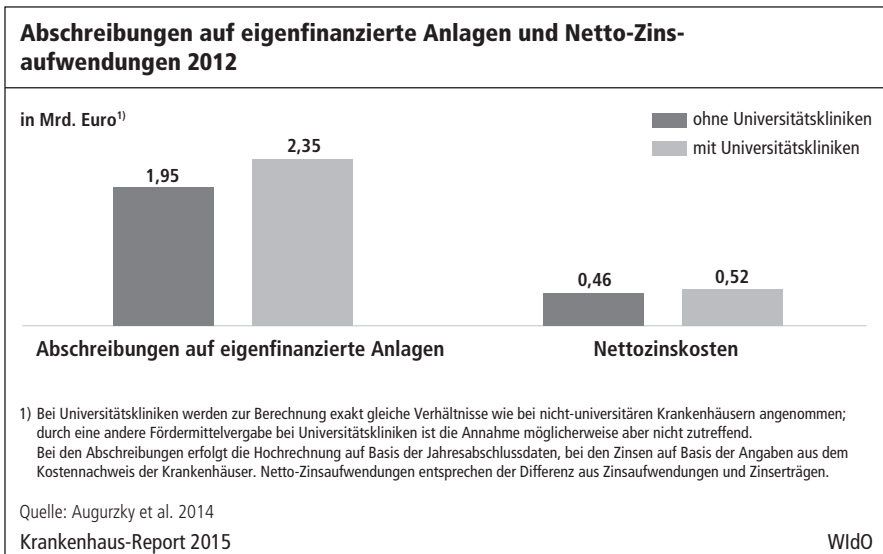
Legt man die Berechnung zu den Investitionsbewertungsrelationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zugrunde, ergibt sich ein ähnlich hoher Wert. Das InEK geht von einem Investitionsbedarf je Fall in Höhe von rund 286 Euro aus (InEK 2014). Bei einer Fallzahl von 16,87 Mill. der nicht-universitären Krankenhäuser 2012 (Statistisches Bundesamt 2013a) ergibt sich damit ein Investitionsbedarf von 4,8 Mrd. Euro, was der Berechnung ohne jährliche Wachstumsrate des SAV entspricht.

15.2 Investitionstätigkeit

15.2.1 Investitionen aus Eigenmitteln

Krankenhäuser tätigen mehr Investitionen, als durch die Fördermittel finanziert werden. Die nicht geförderte Differenz muss über Eigenmittel aufgebracht werden. Wie hoch sie ist, lässt sich über die Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagen näherungsweise abschätzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) ergibt sich ein Wert von rund 2 Mrd. Euro jährlich (Abbildung 15–4). Es ist möglich, dass die nicht geförderte Differenz tatsächlich noch etwas höher liegt, wenn Investitionsunterstützungen für öffentlich-

Abbildung 15–4

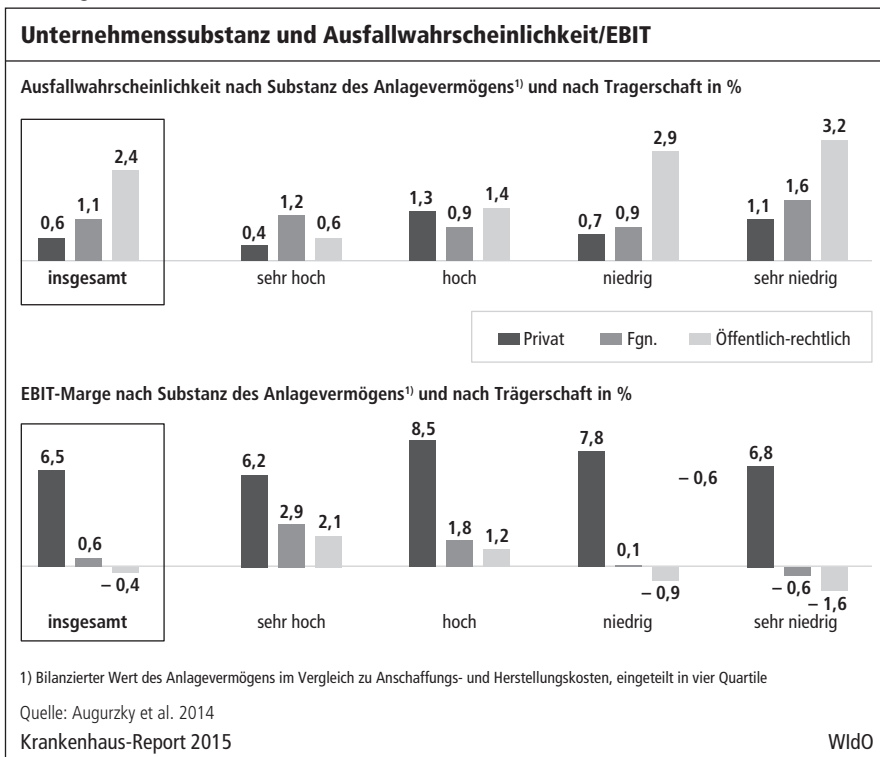


rechtliche Krankenhäuser seitens Landkreisen und Städten ebenso wie die Landesfördermittel bilanziell als Sonderposten verbucht werden. Dann fallen in der Gewinn- und Verlustrechnung nämlich keine Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagen an. Im Verlauf der Jahre 2009 bis 2012 ist der eigenfinanzierte Anteil leicht gestiegen. Als weitere Kapitalkosten kommen außerdem Netto-Zinsaufwendungen in Höhe von rund 0,5 Mrd. Euro jährlich hinzu (Statistisches Bundesamt 2013b).

15.2.2 Bedeutung von Kapital im Krankenhausbereich

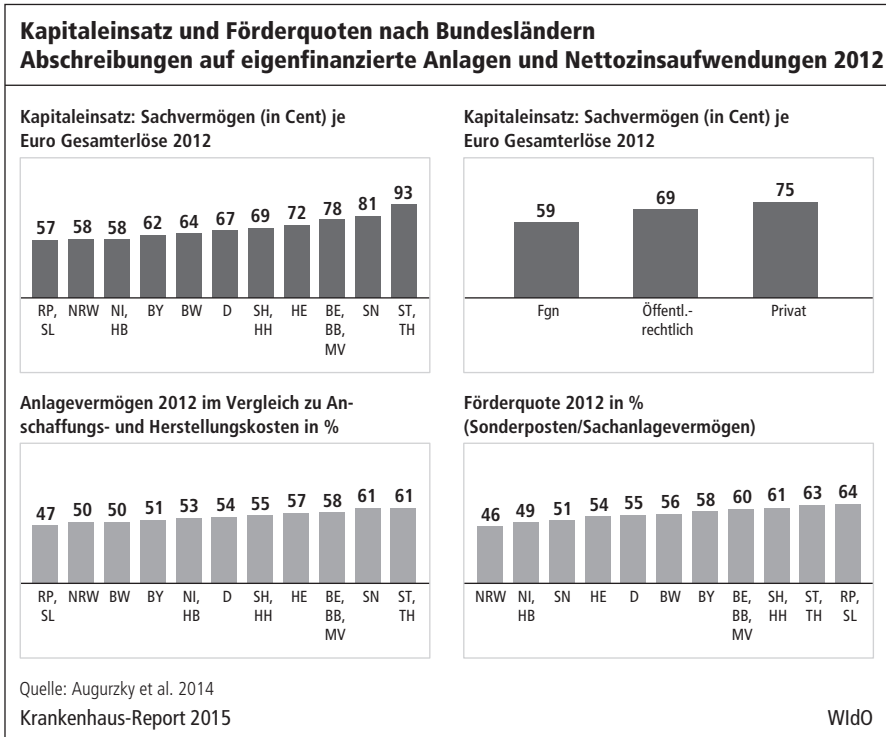
Dass eine hohe Unternehmenssubstanz generell vorteilhaft ist, zeigt eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Unternehmenssubstanz und Ausfallwahrscheinlichkeit sowie EBIT-Marge² mit Jahresabschlussdaten aus Augurzky et al. (2014). Bei einer guten Unternehmenssubstanz fällt die Ausfallwahrscheinlichkeit niedriger aus, wengleich der Zusammenhang nicht durchgängig eindeutig ist (Abbildung 15–5). Interessant ist, dass der Unterschied in der Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern sogar verschwindet, wenn man den trägerspezifischen Unterschied in der Unternehmenssubstanz herausrechnet. Offenbar ist der hohe Kapitaleinsatz ein wichtiger Erfolgsfaktor privater Träger. Der Un-

Abbildung 15–5



2 EBIT = Earnings before interests and taxes.

Abbildung 15–6



terschied in der Ausfallwahrscheinlichkeit zu den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern bleibt jedoch auch nach Herausrechnen des trägerspezifischen Unterschieds in der Unternehmenssubstanz erhalten. Der untere Teil der Abbildung 15–5 stellt die gleiche Analyse in Bezug auf die EBIT-Marge dar. Es ergibt sich ein ähnliches Bild.

Betrachtet man das in den vergangenen Jahren kumulierte Sachanlagevermögen, das eingesetzt wurde, um einen Euro Umsatz zu erwirtschaften, zeigen sich jedoch klare Unterschiede zwischen den Bundesländern (Abbildung 15–6). Während in Rheinland-Pfalz/Saarland, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen/Bremen im Jahr 2012 weniger als 60 Cent SAV je Euro Umsatz eingesetzt wurden, lagen die Werte in den neuen Bundesländern bei 80 Cent und darüber. Der geringe (kumulierte) Kapitaleinsatz in manchen Ländern könnte das Ergebnis einer hohen Investitionseffizienz, d. h. eines sparsamen Umgangs mit Kapital sein. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass es sich vielmehr um das Ergebnis eines Substanzverzehr handelt, d. h. der Kapitaleinsatz fällt so gering aus, weil in der Vergangenheit zu wenig investiert wurde. Betrachtet man nämlich den Kapitaleinsatz nach Trägerschaft, ist ersichtlich, dass private Krankenhäuser mit 75 Cent je Euro Umsatz den höchsten Kapitaleinsatz aufwiesen. Dies dürfte kaum mit einer Verschwendungssucht begründbar sein. Auch das Verhältnis des aktuellen Anlagevermögens zum Anlagevermögen zu AHK weist darauf hin, dass in manchen Ländern vielmehr die Unternehmenssubstanz zu gering ausfällt.

15.3 Investitionsfähigkeit

Auf Basis der Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich errechnen, wie hoch der Ertrag aus dem operativen Geschäft, die so genannte EBITDA-Marge³, mindestens sein sollte, um Abschreibungen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Sie hängt u. a. von den Marktzinsen, von der Art und von der Nutzungsdauer des Anlagevermögens und vom Leistungsportfolio des Krankenhauses ab. Für ein typisches freigemeinnütziges Krankenhaus soll im Folgenden eine Mindest-EBITDA-Marge abgeleitet werden. Dieses Krankenhaus setzt – bezogen auf einen einzelnen Krankenhausfall⁴ – ein Sachanlagevermögen (SAV) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) von im Durchschnitt 4 520 Euro ein. Es setzt sich zusammen aus Grundstücken und Bauten, technische Anlagen und Maschinen sowie der Betriebs- und Geschäftsausstattung und wird im Durchschnitt zu 4,0% jährlich abgeschrieben. Das in der Bilanz verbuchte Sachanlagevermögen beträgt bei freigemeinnützigen Häusern rund 50% des SAV zu AHK. Die gesamte Bilanzsumme beträgt 3 505 Euro je Fall.

Im Beispiel des freigemeinnützigen Krankenhauses ist das Vermögen im Durchschnitt zu 37% über Fördermittel (Sonderposten), zu 31% über Eigenkapital und zu 32% über Fremdkapital finanziert. Sonderposten werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Dagegen kann davon ausgegangen werden, dass das Eigenkapital von freigemeinnützigen Trägern nicht völlig kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Im Beispiel wird eine erwartete Verzinsung von 3,0% und für das eingesetzte Fremdkapital von 3,5% angenommen. Insofern fallen für die Finanzierung des Eigenkapitals 33 Euro und für die des Fremdkapitals 39 Euro pro Jahr und Fall an. Die Abschreibungen belaufen sich auf 182 Euro. In der Summe ergeben Kapitalkosten und Abschreibungen 254 Euro. Unter der Annahme, dass ein Umsatz von 3 500 Euro je Fall erreicht wird, würde die nötige EBITDA-Marge bezogen auf den Umsatz 7,3% und bezogen auf die Gesamterlöse 6,4% betragen (Abbildung 15–7). Die Gesamterlöse setzen sich zusammen aus Umsatz und sonstigen betrieblichen Erlösen.

Für andere Träger kann sich ein abweichendes Bild ergeben. In den vorliegenden Bilanzen ist festzustellen, dass öffentlich-rechtliche Krankenhäuser über ein höheres Sachanlagevermögen zu AHK je Fall verfügen als die freigemeinnützigen und privaten Häuser. In der Beispielbilanz liegt es um 15% höher. Wie bei freigemeinnützigen Krankenhäusern ist es in der Bilanz im Durchschnitt zu 50% abgeschrieben. Die gesamte Bilanzsumme beträgt demnach 3 844 Euro je Fall. Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben einen höheren Anteil an Fördermitteln (42%). Ihre Eigenkapitalquote liegt dagegen nur bei 21%, die Fremdkapitalquote bei 37%. Zusammengefasst ergibt sich die in Abbildung 15–8 gezeigte Beispielrechnung. Die Mindest-EBITDA-Marge beträgt 7,4% vom Umsatz bzw. 6,5% der Gesamterlöse.

Bei privaten Krankenhäusern fällt im Gegensatz zu freigemeinnützigen eine deutlich höhere Eigenkapitalverzinsung an. Hier werden 7,5% angesetzt. Ihre Eigenkapitalquote ist mit 32% ähnlich hoch wie bei freigemeinnützigen Häusern. In-

3 EBITDA = Earnings before interests, taxes, depreciation and amortization.

4 Bzw. korrekt auf einen Casemixpunkt, was jedoch im Folgenden unerheblich ist.

Abbildung 15–7

Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften freigemeinnützigen Krankenhauses					
Aktiva		Anteil €/Fall		Zu AHK	Abschreibung
Anlagevermögen		67,0%	2 350		
• Immaterielles Anlagevermögen		0,7%	25		
• Sachanlagevermögen		64,5%	2 260	4 520	4,0%
- Grundstücke und Bauten		54,2%	1 900	3 800	2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen		2,6%	90	180	10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung		7,7%	270	540	10,5%
• Finanzanlagen		1,9%	65		
Umlaufvermögen		32,8%	1 150		
Rest		0,1%	5		
Bilanzsumme		100%	3 505		
Passiva		Anteil €/Fall		Zins	
Eigenkapital		31,0%	1 087	3,0%	
Sonderposten		37,0%	1 297	0,0%	
Fremdkapital (Rest)		32,0%	1 122	3,5%	
Bilanzsumme		100%	3 505		
GuV		€/Fall			
Umsatz		3 500	100,0%		
Sonstige betriebl. Erlöse		490	14,0%		
Sonstige betriebl. Aufwendungen		- 560	16,0%		
Operative Kosten		3 246	92,7%		
EBITDAR		254	7,3%		
Miete		0	0,0%	EBITDAR ohne KHG	4,3%
EBITDA		254	7,3%		
Abschreibungen insges.		- 182	- 5,2%	EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse	6,4%
- davon KHG-Mittel		- 104	- 3,0%	EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse	3,7%
Zinsen		- 39	- 1,1%		
Jahresüberschuss v. St.		33	0,9%		

EBITDAR ist das EBITDA zuzüglich der Aufwendungen für Miete. Das EBITDA ist nur relevant, wenn Immobilien nicht in Eigenbesitz, sondern angemietet sind. Da Mietzinsen auch Kapitalzinsen sind, sind sie den „normalen“ Zinsen für Fremd- und Eigenkapital gleichzustellen.

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2015

WlD0

dessen liegt ihr Fremdkapitaleinsatz mit 44 % wesentlich höher und der Einsatz von Sonderposten mit 24 % entsprechend niedriger. Besonders auffällig ist weiterhin, dass das bilanzierte SAV deutlich weniger stark abgeschrieben ist als bei den nicht-privaten Krankenhäusern. Es beträgt noch rund 70% des SAV zu AHK. Daher fällt die gesamte Bilanzsumme mit 4273 Euro recht hoch aus. Aufgrund der höheren Kapitalkosten muss ein typisches privates Krankenhaus sogar eine Mindest-EBITDA-Marge von 10,0% vom Umsatz bzw. 8,8% der Gesamterlöse erzielen, um seine Unternehmenssubstanz nachhaltig halten zu können (Abbildung 15–9).

In keinem Fall reichen die derzeitigen Fördermittel der Länder aus, um die Abschreibungen zu decken und Kapitalkosten zu vermeiden. In Zukunft ist bei einem real sinkenden Fördermittelvolumen und damit weniger kostenlosem Kapital sogar mit einem Anstieg der Mindest-EBITDA-Marge zu rechnen. Es stellt sich die Fra-

Abbildung 15–8

Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften öffentlich-rechtlichen Krankenhauses

Aktiva	Anteil €/Fall		Zu AHK	Abschreibung
Anlagevermögen	70,0%	2 689		
• Immaterielles Anlagevermögen	0,7%	25		
• Sachanlagevermögen	67,6%	2 599	5 198	4,0%
- Grundstücke und Bauten	56,8%	2 185	4 370	2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen	2,7%	104	207	10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung	8,1%	311	621	10,5%
• Finanzanlagen	1,7%	65		
Umlaufvermögen	29,9%	1 150		
Rest	0,1%	5		
Bilanzsumme	100%	3 844		

Passiva	Anteil €/Fall		Zins
Eigenkapital	21,0%	807	0,0%
Sonderposten	42,0%	1 614	0,0%
Fremdkapital (Rest)	37,0%	1 422	3,5%
Bilanzsumme	100%	3 844	

GuV	€/Fall			
Umsatz	3 500	100,0%		
Sonstige betriebl. Erlöse	490	14,0%		
Sonstige betriebl. Aufwendungen	- 560	16,0%		
Operative Kosten	3 241	92,6%		
EBITDAR	259	7,4%		
Miete	0	0,0%	EBITDAR ohne KHG	3,7%
EBITDA	259	7,4%		
Abschreibungen insges.	- 209	- 6,0%	EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse	6,5%
- davon KHG-Mittel	- 130	- 3,7%	EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse	3,2%
Zinsen	- 50	- 1,4%		
Jahresüberschuss v. St.	0	0,0%		

Quelle: Augurzky et al. 2014

Krankenhaus-Report 2015

WlDO

ge, wie viele Krankenhäuser eine Marge oberhalb ihrer jeweiligen krankenhausspezifischen individuellen Mindestmarge erzielen. Ein Krankenhaus sei als „voll investitionsfähig“ definiert, wenn seine EBITDA-Marge größer ist als die auf Basis seiner vorliegenden Bilanzstruktur errechnete individuelle Mindest-EBITDA-Marge. Es sei „schwach investitionsfähig“, wenn das Krankenhaus eine abgeschwächte Marge erreicht, die auf leicht niedrigeren Abschreibungsraten und Zinssätzen⁵ beruht. Krankenhäuser mit einer EBITDA-Marge unterhalb der abgeschwächten Marge sind hingegen „nicht investitionsfähig“.

⁵ Hier wird eine niedrigere Mindest-Eigenkapitalverzinsung angenommen: freigemeinnützig 1%, öffentlich-rechtlich 0% und privat 5%. Außerdem werden die Abschreibungsquoten auf 2,5% (Gebäude) bzw. 9,5% (Rest) reduziert.

Abbildung 15–9

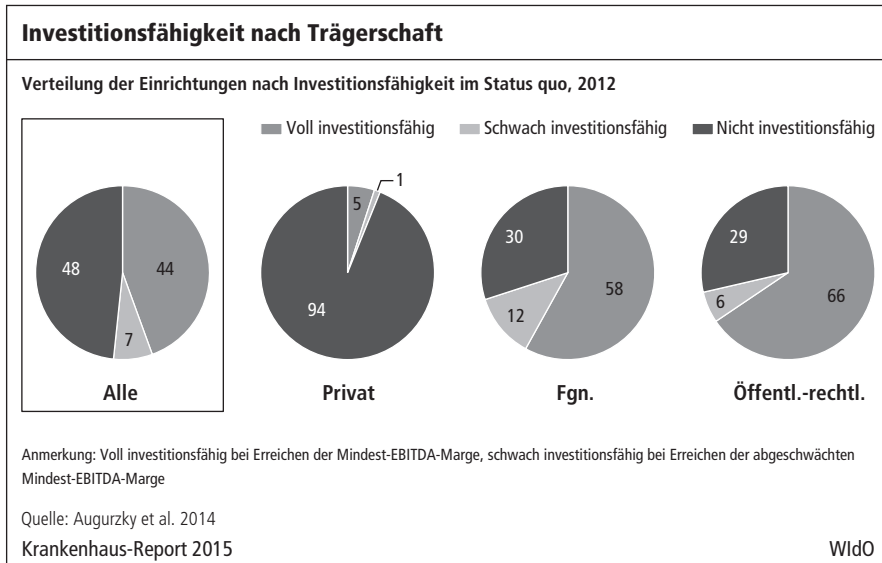
Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften privaten Krankenhauses					
Aktiva		Anteil €/Fall		Zu AHK	Abschreibung
Anlagevermögen		73,0%	3 118		
• Immaterielles Anlagevermögen		0,6%	25		
• Sachanlagevermögen		70,9%	3 028	4 520	4,0%
- Grundstücke und Bauten		59,6%	2 546	3 800	2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen		2,8%	121	180	10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung		8,5%	362	540	10,5%
• Finanzanlagen		1,5%	65		
Umlaufvermögen		26,9%	1 150		
Rest		0,1%	5		
Bilanzsumme		100%	4 273		
Passiva		Anteil €/Fall		Zins	
Eigenkapital		32,0%	1 367	7,5%	
Sonderposten		24,0%	1 026	0,0%	
Fremdkapital (Rest)		44,0%	1 880	3,5%	
Bilanzsumme		100%	4 273		
GuV		€/Fall			
Umsatz		3 500	100,0%		
Sonstige betriebl. Erlöse		490	14,0%		
Sonstige betriebl. Aufwendungen		- 560	16,0%		
Operative Kosten		3 150	90,0%		
EBITDAR		350	10,0%		
Miete		0	0,0%		EBITDAR ohne KHG 8,2%
EBITDA		350	10,0%		
Abschreibungen insges.		- 182	- 5,2%		EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse 8,8%
- davon KHG-Mittel		- 62	- 1,8%		EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse 7,2%
Zinsen		- 66	- 1,9%		
Jahresüberschuss v. St.		103	2,9%		

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2015

WlD

48% der Krankenhäuser waren nach dieser Definition 2012 voll und 7% schwach investitionsfähig (Abbildung 15–10). Dagegen waren 44% nicht investitionsfähig. Trägerspezifisch fällt das Ergebnis anders aus: Nur 5% der privaten Krankenhäuser waren nicht investitionsfähig, während dies bei 58% der freigemeinnützigen und 66% der öffentlich-rechtlichen zutrifft. Dabei muss berücksichtigt werden, dass private Häuser vermutlich einen Anreiz haben, ihre Ertragskraft im Jahresabschluss besonders positiv darzustellen und umgekehrt die nicht-privaten einen Anreiz haben, sie besonders negativ darzustellen. Nichtsdestoweniger ist es um die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen, nicht zum Besten bestellt.

Abbildung 15–10



15.4 Fazit

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser, der nötig ist, um die aktuellen Krankenhausstrukturen zu halten, beläuft sich ungefähr auf 5,4 Mrd. Euro jährlich. Dabei sind die Universitätskliniken nicht berücksichtigt. Seitens der Bundesländer werden dazu 2,7 Mrd. Euro beigesteuert. Das bedeutet, dass sich eine jährliche Investitionslücke von rund 2,7 Mrd. Euro auftut. Die Untersuchung der Jahresabschlüsse deutet darauf hin, dass Krankenhäuser aus eigener Kraft, d. h. aus ihren Betriebserlösen, weitere 2,0 Mrd. Euro jährlich aufbringen. Hinzu kommen nicht messbare Unterstützungen für kommunale Häuser durch ihre öffentlich-rechtlichen Träger. In der Summe dürften die tatsächlich getätigten Investitionen allerdings nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken, sodass von einem schleichenden Substanzverzehr auszugehen ist.

Die Situation ist jedoch sehr heterogen. Einigen Krankenhäusern gelingt es, stets in ausreichender Menge investieren zu können, während andere von der Substanz leben. Dieses Ergebnis ergibt sich, wenn man die Jahresabschlüsse der einzelnen Krankenhäuser als Grundlage verwendet, um darauf aufbauend die Mindest-EBITDA-Marge zu berechnen, die für einen Substanzerhalt nötig wäre. Mindestens 44 % der Krankenhäuser weisen keine ausreichende Ertragskraft auf, um inklusive der Fördermittel ihre Unternehmenssubstanzerhalt erhalten zu können.

Vor diesem Hintergrund sind erstens die Höhe der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung, zweitens die Art der Finanzierung und drittens die vorhandenen Krankenhausstrukturen zu hinterfragen. Jedoch ist auch bei effizienteren Krankenhausstrukturen als den derzeitigen die Höhe der Investitionsfördermittel mit Sicherheit deutlich zu niedrig. Ob die Residualfinanzierung von Investitionen aus den Be-

triebserlösen eine Zweckentfremdung darstellt, ist offiziell zwar zu bejahen. Faktisch ist es aber genau die richtige Art, Investitionen zu finanzieren. Der Zusammenhang zwischen Investitions- und Betriebskosten macht dies deutlich: Wer klug investiert, spart im Betrieb. Aus diesem Grund sollte vielmehr eine Zusammenführung der zwei Finanzierungssäulen angestrebt werden. Konsequenterweise sollten die DRGs monistisch bestimmt werden. Da das hierfür nötige Kapital kaum für den dauerhaften Erhalt der gegenwärtigen Krankenhausstrukturen reichen wird, sind überdies die selbigen zu hinterfragen.

Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt M. Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: Medhochzwei 2014.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Abschlussbericht zur Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) gem. § 10 KHG für das Jahr 2014. Siegburg 2014.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden 2013a.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Kostennachweis der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden 2013b.

16 Erhebung der Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten

Günther Heller, Stefanie Konheiser und Alexandra Biermann*

Abstract

Jedes Jahr werden in Deutschland etwa 9 000 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1 500 Gramm geboren (VLBW), deren regelhafte Behandlung in spezialisierten Perinatalzentren (Level 1 und Level 2) durchgeführt wird. Im vorliegenden Beitrag wird ein Verfahren vorgestellt, dass die Behandlungsqualität dieser Zentren auf der Basis von Routinedaten abbildet. Ziel ist, die Krankenhäuser selbst, die Krankenkassen sowie Qualitätssicherungs- oder Planungsorganisationen zu informieren wie auch – nach gesonderter Aufbereitung – eine Qualitätsdarlegung für Patienten und Einweiser zur Verfügung zu stellen. Dabei können durch die Nutzung von Routinedaten einrichtungsübergreifende Qualitätsanalysen durchgeführt und Patientenverläufe berücksichtigt werden. Die Vermeidung von zusätzlichem Dokumentationsaufwand wie auch eine vollständige Dokumentation der Todesfälle stellen weitere Vorteile gegenüber dem gesetzlichen Verfahren der Qualitätssicherung für VLBW in Deutschland dar. Bei den im Rahmen der Arbeit durchgeführten Analysen nach Strukturmerkmalen ergaben sich für VLBW, die initial in größeren Perinatalzentren bzw. Universitätskliniken behandelt wurden, niedrigere risikoadjustierte Mortalitäten bzw. Morbiditäten.

Approximately 9 000 Very Low Birth Weight Infants (VLBW), i. e. newborn infants with a birth weight <1500 grams, are born and treated in specialized perinatal centers (Level 1 and Level 2) each year in Germany. We developed a new method to assess the quality of care of these infants using routinely collected administrative data. The aim of this approach is to provide feed-back for the perinatal centers on their performance, to health insurance companies, to quality

* Für das QSR-Panel Geburtshilfe/Neonatalogie. Dem Panel gehören an: PD Dr. med. Thomas Böhrer, Prof. Dr. med. Christoph Bühner, Prof. Dr. med. Dieter Grab, Dipl.-math. Christian Günster, PD Dr. med. Günther Heller, Prof. Dr. med. Helmut Hummler, Dr. Elke Jeschke, Jürgen Malzahn, Prof. Dr. med. Klaus Vetter. Die Panelmitglieder wurden unterstützt von Dipl.-Soz. MSc. troph. Stefanie Konheiser (Projektmitarbeiterin aus dem AQUA-Institut) und Dr. med. Alexandra Biermann, MPH (Leitung QSR-Panel Geburtshilfe/Neonatalogie im Wissenschaftlichen Institut der AOK).

assurance or health care planning organizations, and, after appropriate data preparation, to patients and physicians referring patients to health care providers. Data from infants who died before admission to a neonatal intensive care unit and from patients transferred between different hospitals are collected and merged to provide a complete dataset of each live-born patient. Compared with the currently available mandatory quality assurance for hospitalized neonates in Germany, this approach offers major advantages. Taking into account the different structure of perinatal centers, our analyses show that VLBW initially treated in larger perinatal centers or university hospitals had lower risk-adjusted mortality and morbidity rates.

16.1 Einführung

Die Behandlung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht ($< 1\,500$ g, sog. very low birth weight [VLBW] infants) gilt als aufwendig und komplex. National wie international wird daher seit Jahrzehnten diskutiert, welche Krankenhäuser diese Kinder versorgen sollen bzw. dürfen (Alleman et al. 2013; Chung et al. 2010; Esser et al. 2013; Heller et al. 2007; Jochum et al. 2009; Kutschmann et al. 2012; Lasswell et al. 2010; Trotter und Pohlandt 2010). Dabei ist eine verlässliche Ermittlung der Versorgungsqualität von Krankenhäusern, die VLBW versorgen, trotz einer seit Jahrzehnten flächendeckend eingeführten Neonatalerhebung schwierig:

1. Die Behandlung dieser Kinder erfolgt in vergleichsweise vielen Krankenhäusern. Daher kann für zahlreiche Einrichtungen, die nur wenige VLBW versorgen, keine zuverlässige (reliable) Messung der Versorgungsqualität durchgeführt werden. In der Konsequenz müssen, zumindest in den gesetzlich verpflichtenden Veröffentlichungen der frühen und späten Ergebnisqualität dieser Kinder, (auch) die Ergebnisse der vorhergehenden fünf Jahre dargelegt werden (G-BA 2013).
2. Es konnte gezeigt werden, dass die Todesfälle in der Neonatalerhebung relevant unterdokumentiert sind (Hummler und Poets 2011). Dies gilt insbesondere für ältere Neonataldaten, konnte aber durch einen Abgleich mit stationären Abrechnungsdaten, die im Rahmen der Entwicklung einer transparenten Internetdarstellung erstellt wurden, in einem aktuellen Datensatz bestätigt werden (AQUA 2012).
3. Eine einrichtungübergreifende Abbildung von Behandlungsverläufen für die vergangenen fünf Jahre auf Basis der Neonataldaten ist nicht möglich. Todesfälle und Komplikationen von verlegten Kindern werden daher möglicherweise der falschen Einrichtung zugeschrieben.

In Kenntnis dieser methodischen Probleme haben wir mehrfach in den vergangenen Jahren ein routinedatenbasiertes Verfahren vorgeschlagen (Heller 2007; Heller et al. 2007; Heller 2011b), der Gemeinsame Bundesausschuss hat jedoch bislang diesbezüglich keinen entsprechenden Auftrag erteilt.

Da gleichzeitig zahlreiche Veröffentlichungen zur Versorgungsqualität von VLBW aus Deutschland vorliegen, die das Potenzial von Qualitätsanalysen auf der Basis Routinedaten aufzeigen (Heller et al. 2007; Heller 2009; Heller 2011b), ist es

das Ziel des hier beschriebenen Projekts, ein routinedatenbasiertes Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln, dass die Versorgungsqualität von VLBW einrichtungsübergreifend, unter Berücksichtigung von Patientenverläufen, mit einer vollständigen Abbildung der neonatalen Sterbefälle und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand abbildet.

16.2 Material und Methoden

Datengrundlage

Es wurden anonymisierte stationäre Abrechnungsdaten von vollstationär behandelten AOK-versicherten Kindern, mit einem Aufnahmegegewicht von 200 g bis 1499 g genutzt, die zwischen dem 01.01.2008 und dem 31.12.2012 entlassen wurden und bei Erstaufnahme maximal zwei Tage alt waren. Zur Definition von Ein- und Ausschlusskriterien wie auch von Follow-up-Informationen gingen weitere Abrechnungsdaten dieser Kinder bis zu einem Entlasszeitpunkt im September 2013 ein. Der Anteil der AOK-versicherten VLBW beträgt etwa ein Drittel aller in Deutschland geborenen VLBW.

Länge des Follow-up-Intervalls

Für einzelne Qualitätsindikatoren wurden Ereignisse von weiteren stationären Aufenthalten bis zu einem Lebensalter von 180 Tagen berücksichtigt. Darüber hinaus wird statt der Krankenhaussterblichkeit eine Sterblichkeit im Follow-up von 30 Tagen¹ bzw. 180 Tagen genutzt, die auch für verlegte Kinder abgebildet wird. Die Sterblichkeit im Follow-up wurde durch die Verknüpfung einer pseudonymisierten Patientenummer und einem Abgleich der Abrechnungsdaten ebenfalls anonymisierter Mitgliederbestandsdaten der AOK erstellt. Dadurch ist auch die Ermittlung von Sterblichkeiten innerhalb eines Jahres (Kindersterblichkeit) problemlos möglich. Kinder, die im Follow-up nicht lange genug nachbeobachtet werden konnten, um der Indikatordefinition zu genügen, wurden von der Analyse ausgeschlossen (zensiert).

Ausschlusskriterien

Da die Routinedaten das Gestationsalter in Schwangerschaftswochen nicht enthalten, wurden für die Ermittlung von Qualitätsindikatoren nur die Daten von Kindern ab einem Aufnahmegegewicht von 500 g genutzt. Diese Grenze entspricht im Mittel einem Alter von 24 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen (AQUA 2012), eine Grenze, ab der gemäß der (abgelaufenen) AWMF-Leitlinie eine kurative Therapie angestrebt werden sollte (AWMF 2007). Kinder, für die eine Diagnose vorlag, die auf eine Totgeburt oder eine letale Fehlbildung (s. u.) hinwies, wurden ausgeschlossen.

¹ Aus pragmatischen Gründen wurde eine 30-Tage-Mortalität genutzt, nachdem gezeigt werden konnte, dass diese mit der neonatalen Mortalität, also der Sterblichkeit innerhalb der ersten vier Wochen nach Geburt, empirisch nahezu identisch war.

Bestimmung von Fehlbildungen

Bei der Ermittlung von mittelschweren, schweren und letalen Fehlbildungen bzw. Erkrankungen wurde wie folgt vorgegangen: Auf der Basis von Erkrankungen aus den Fehlbildungslisten des EuroNeoNet (2013), des Vermont Neonatal Network (2012) und des Leistungsbereichs Neonatologie (AQUA 2014a) wurde auf Grundlage von ICD-10-Kodes eine gemeinsame Liste erstellt. Für alle Kodes wurde ausgewiesen, wie oft diese auftraten und wie hoch die Sterblichkeit für Kinder mit den jeweiligen Fehlbildungen war. Auf Basis dieser Grundlage wurde vom QSR-Panel Geburtshilfe/Neonatologie eine Gruppe von letalen Fehlbildungen (mit einer Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen über 66%), eine Gruppe mit sehr schweren Fehlbildungen (mit einer Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen von 33 bis unter 66%) und einer Gruppe von mittelschweren Fehlbildungen (mit einer Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen von 16,5% bis unter 33%) konsentiert.

Die Qualitätsanalysen wurden dabei auf das erstbehandelnde Krankenhaus bezogen und nur für Level-1- und Level-2-Perinatalzentren durchgeführt, die innerhalb von fünf Jahren mindestens 30 Frühgeborene unter 1 500 g behandelt hatten. Die LevelEinstufung der Perinatalzentren basiert auf den Ergebnissen einer strukturierten Rückfrage in den Landes-AOKs im Frühjahr 2014.

16.2.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren bestand daher aus einem mehrstufigen Prozess, der im Folgenden kurz dargestellt werden soll.

Literaturrecherche

Für die Entwicklung von routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren wurde eine auf spezifische Endpunkte begrenzte systematische Literaturrecherche für mit Routinedaten abbildbare Indikatoren der Versorgungsqualität von VLBW durchgeführt. Die Literaturrecherche beinhaltete folgende Teilrecherchen:

- Indikatorenrecherche
- Leitlinienrecherche
- Systematische Literaturrecherche nach Publikationen mit aggregierter Evidenz und Studien mit einem hohen Evidenzlevel (Recherche nach Evidenz)

Dabei fokussierte die Recherche im Konsens mit dem QSR-Panel Geburtshilfe/Neonatologie auf die folgenden Indikatoren:

- Neonatale Mortalität
- Intraventrikuläre Blutung (IVH)
- Periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
- Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
- Sepsis
- Pneumothorax
- Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation oder fokale intestinale Perforation (FIP) mit Operation

Weitere Details und Ergebnisse der Literaturrecherche sind im Abschlussbericht des Projektes dargestellt.

Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren durch Probeauswertungen und Panelprozess

Im Panelprozess wurden diese Indikatoren in einem mehrstufigen iterativen Prozess operationalisiert und Probeauswertungen erstellt, deren Ergebnisse wurden im Panel diskutiert und (ggf.) Weiterentwicklungen vorgeschlagen. Nach (ggf.) mehreren Durchläufen wurde(n) eine (oder mehrere) Operationalisierung(en) pro Indikator konsentiert.

Risikoadjustierung

Gleichzeitig wurden für alle Ergebnisindikatoren Risikoadjustierungsmodelle unter Nutzung von logistischen Regressionen entwickelt. Als potenzielle Risikofaktoren wurden, in Anlehnung an das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung, patientenbezogene Eigenschaften wie Aufnahmegewicht, small for gestational age (SGA), Mehrlingstatus, wie auch schwere und mittelschwere kongenitale Fehlbildungen – bei gegebener Signifikanz – zur Adjustierung verwendet. Risikoadjustierte klinikspezifische Ergebnisse werden als Standardisierte Mortalitäts- (bzw. Morbiditäts) Ratio (SMR) dargestellt. Dabei wird die Anzahl der beobachteten Ereignisse einer Klinik (O) mit der aus der logistischen Regression ermittelten erwarteten Anzahl von Ereignissen (E) miteinander in Beziehung gesetzt ($SMR = O/E$).

Auf Basis dieses Vorgehens wurden Indikatorenblätter angefertigt, welche Hintergrundinformationen, die relevante wissenschaftliche Literatur, detaillierte Indikatorenbeschreibungen, Operationalisierungen und empirische Ergebnisse – z. B. die Verteilung der Indikatorenausprägungen für die analysierten Perinatalzentren – enthielten.

Schließlich bewerteten die Mitglieder des QSR-Panels Geburtshilfe/Neonatologie die Indikatoren mithilfe einer 10-stufigen Likert-Skala hinsichtlich ihrer Eignung zur Nutzung in einer klinikbezogenen öffentlichen Berichterstattung (QSR-Krankenhausnavigator). Dabei wurde von einer Empfehlung zur Berichterstattung ausgegangen, wenn die durchschnittliche Bewertung mindestens 7 Punkte auf der Likert-Skala betrug. Zusätzlich wurde erfragt, ob sich die Indikatoren zur Darstellung und zur Rückmeldung an die Kliniken selbst im Rahmen eines QSR-Klinikberichts eignen.

Aufgrund des erwarteten Fallzahl-Prävalenz-Problems (Dimick et al. 2004; Heller 2010a; Heller 2011b) und der konsekutiv zu erwartenden niedrigen Diskriminationsfähigkeit einzelner Qualitätsindikatoren wurde darüber hinaus konsentiert, welche der Indikatoren sich zur Konstruktion eines zusammengefassten Qualitätsmaßes der Versorgung von VLBW – einem Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung – eignen. Durch die Verrechnung einzelner Qualitätsindikatoren in einem Index kann eine zuverlässigere Qualitätsmessung erwartet werden (Heller 2008; Heller 2010a). Die Indikatoren wurden hierarchisiert, sodass für jedes Kind nicht die Summe einzelner Qualitätsindikatoren, sondern jeweils nur ein Qualitätsindikator gezählt wurde. Anschließend wurden die Auftrittswahrscheinlichkeiten über ein multinomiales logistisches Regressionsmodell ermittelt und das Klinikergebnis in einem SMR risikoadjustiert dargestellt. Vorgehen und Berechnung des Qualitätsindex erfolgt in Anlehnung an das Vorgehen im gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie (AQUA 2014b; Heller et al. 2012) bzw. an die

Vorgehensweise in den anderen QSR-Verfahren (WIdO 2013; Heller 2010a; Heller 2008).

Alle Entwicklungsschritte wurden in einem Abschlussbericht detailliert dargestellt, der auf der Seite <http://www.qualitaetsicherung-mit-routinedaten.de> einsehbar ist.

16.3 Ergebnisse

Insgesamt wurden 10 681 VLBW eingeschlossen. 51 Prozent (5 461 VLBW) waren männlich. Ein Drittel der Kinder wies ein Aufnahmegewicht von 1 250 bis 1 499 Gramm (33,3%; 3 552 VLBW), jeweils ca. ein Viertel ein Aufnahmegewicht von 1 000 bis 1 249 Gramm (24,5%; 2 647 VLBW) bzw. 750 bis 999 Gramm (23,5% 2 506 VLBW) und etwas weniger als ein Fünftel der Kinder hatte ein Aufnahmegewicht von 500 bis 749 (18,5% 1 976 VLBW). Ebenfalls für knapp ein Fünftel der Neugeborenen war eine Wachstumsretardierung (small for gestational age: SGA) angegeben worden (18,4%; 1 965 VLBW). In etwa der gleiche Anteil der Kinder kam als Mehrling zur Welt (19,2%; 2 054 VLBW). 52 VLBW

Tabelle 16–1

Charakteristika der Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (für 145 Perinatalzentren (Level 1 und 2 mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012)

	Anzahl	Prozent*
Gesamt	10 681	100,0
Männliches Geschlecht	5 461	51,1
Aufnahmegewicht in Gramm		
500–749	1 976	18,5
750–999	2 506	23,5
1 000–1 249	2 647	24,5
1 250–1 500	3 552	33,3
Wachstumsretardierung (SGA)	1 965	18,4
Mehrling	2 054	19,2
Schwere kongenitale Fehlbildung	52	0,5
Mittelschwere kongenitale Fehlbildung	148	1,4
Neonatale Mortalität	714	6,7
Intraventrikuläre Hirnblutung und Operation	252	2,4
Erworbene intestinale Erkrankungen und Operation	372	3,9
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie und Intervention	306	3,2
Tod oder schwere Erkrankung**	1 502	14,8

* Die Prozentangaben beziehen sich bei den Indikatoren auf deren Nennerpopulationen, welche aufgrund von zensierten Kindern ggf. geringfügig von der Gesamtzahl abweichen

** Qualitätsindex zur Frühgeborenenversorgung

Tabelle 16–2

Patienten und einrichtungsbezogene Charakteristika der Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, die in 145 Level 1 und 2 Perinatalzentren mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012 behandelt wurden

	Anzahl Perinatalzentren	Anzahl VLBW
	in %	
Level 1 Perinatalzentrum	141 (97,2)	10 544 (98,7)
Level 2 Perinatalzentrum	4 (2,8)	136 (1,23)
Universitätsklinik	35 (24,1)	3 737 (35,0)
Keine Universitätsklinik	110 (75,9)	6 943 (65,0)
Anzahl behandelter AOK-Versicherter VLBWs (2008–2012)*		
30–57	64 (44,1)	2 835 (26,5)
58–82	37 (25,5)	2 540 (23,8)
83–112	28 (19,3)	2 744 (25,7)
113–253	16 (11,0)	2 561 (24,0)

* In Quartilen

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

(0,5%) wiesen eine schwere und 148 VLBW (1,4%) eine mittelschwere kongenitale Fehlbildung – entsprechend der Definition des QSR-Panels – auf. Die neonatale Mortalität betrug 6,7% (714 VLBW verstarben). Knapp 15% der Kinder (14,8%; 1 502 VLBW) waren verstorben oder wiesen eine schwere Erkrankung im Sinne der Definition des Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung auf (Tabelle 16–1). Die überwiegende Anzahl der hier analysierten Kinder wurde in einem Perinatalzentrum Level 1 versorgt (10 544 VLBW; 98,7%), wobei 141 der 145 Perinatalzentren als Level 1 eingestuft sind. 35,0% der Kinder (3 737 VLBW) waren primär in einer Universitätsklinik behandelt worden. 34 der 145 Perinatalzentren (24,1%) waren an Universitätskliniken angesiedelt (Tabelle 16–1 und Tabelle 16–2).

In Tabelle 16–3 sind die Ergebnisse der signifikanten und inhaltlich plausiblen Risikoadjustierungsvariablen für den Endpunkt neonatale Mortalität aufgelistet. So ist das Risiko für ein männliches VLBW zu versterben im Vergleich zu einem weiblichen VLBW 1,57 mal höher. Hingegen wiesen Neugeborene mit einem Aufnahme-gewicht von 500 bis 999 Gramm ein mehr als 35fach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko gegenüber einem VLBW auf, das mit mindestens 1 250 Gramm aufgenommen wurde. Auch der protektive Effekt einer Wachstumsretardierung ist plausibel, da bei der Betrachtung der Mortalität in Gewichtskategorien die Wachstumsretardierung dazu führt, dass reifere Kinder (mit prinzipiell günstigerer Prognose) in niedrigere Gewichtsklassen verschoben werden. Eine direkte Betrachtung in Reifekategorien (Gestationsalter) ist in den Routinedatensätzen nicht möglich, da diese Information nicht zur Verfügung steht.

Die Berechnung der Fläche unter der Receiver-Operator-Charakteristik (ROC) für dieses Modell ergibt einen Wert von 82,6% und weist damit auf eine gute bis sehr gute Diskriminationsfähigkeit des Modells hin (Abbildung 16–1), während das

Tabelle 16–3

Einflüsse der Risikoadjustierungsvariablen in der logistischen Regression zur Risikoadjustierung des Indikators neonatale Mortalität*

Risikoadjustierungsvariable	Odds Ratio	95 %-Konfidenzintervall
Männliches Geschlecht	1,57	1,33–1,86
Aufnahmegewicht in Gramm		
500–599	35,72	25,87–49,34
600–699	16,8	12,19–23,15
700–799	8,10	5,76–11,39
800–899	5,24	3,65–7,52
900–999	3,15	2,17–4,56
1 000–1 249	1,74	1,22–2,48
1 250–1 499	Referenzkategorie	–
Wachstumsretardierung (SGA)	0,24	0,18–,33
Mittelschwere kongenitale Fehlbildung	2,50	1,50–4,18
Schwere kongenitale Fehlbildung	16,71	8,50–2,88

* 10 634 AOK-Versicherte Frühgeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, die in 145 Level 1 und 2 Perinatalzentren mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012 behandelt wurden

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 16–1

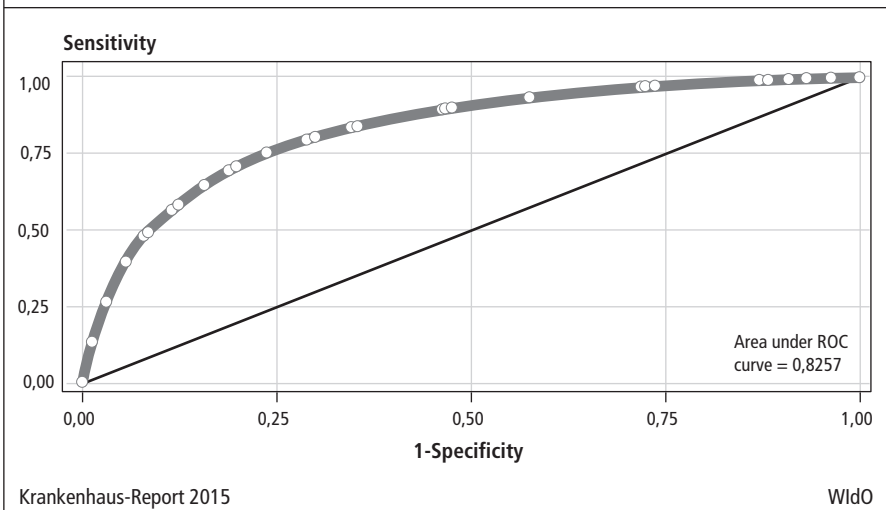
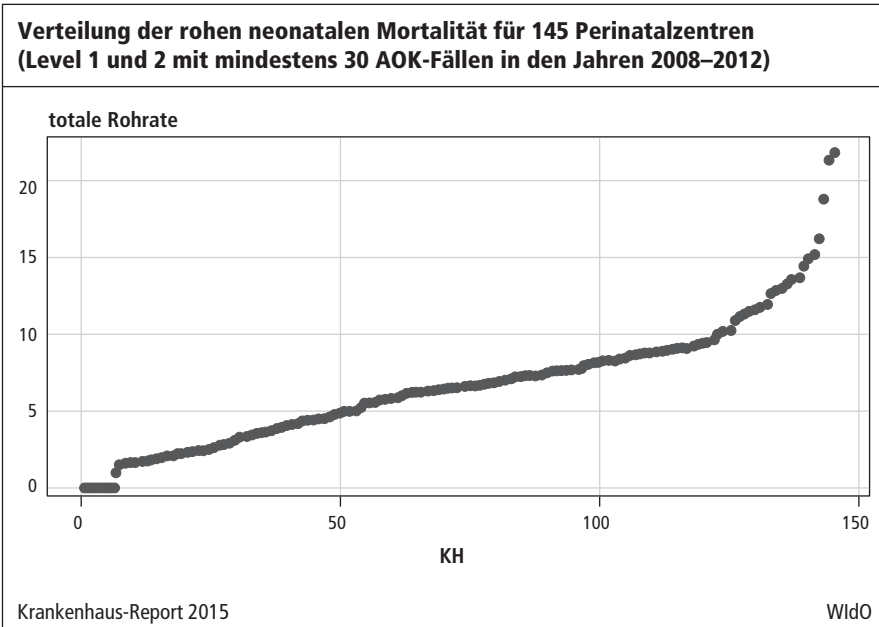
Receiver-Operator-Charakteristik der logistischen Regression zur Vorhersage der neonatalen Mortalität für 145 Perinatalzentren (Level 1 und 2 mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012)

Abbildung 16–2



Ergebnis des Hosmer-Lemeshow-Test ($\text{Prob} > \text{Chi}^2 = 0,93$) auf einen sehr guten Modellfit hindeutet.

In Abbildung 16–2 ist die Verteilung der rohen neonatalen Mortalität für 145 Perinatalzentren Level 1 und 2 mit mindestens 30 AOK-versicherten VLBW im Analyseintervall aufgetragen. Dabei schwankt die Sterblichkeit zwischen 0 und 22,0%. Ein Viertel der Perinatalzentren weisen eine neonatale Mortalität unter 3,8% und ein weiteres Viertel eine neonatale Mortalität von mindestens 8,8% auf.

Abbildung 16–3 zeigt die Verteilung des gleichen, aber nunmehr risikoadjustierten Indikators der neonatalen Mortalität. Sechs Kliniken wiesen dabei einen SMR von null auf. Das höchste klinikspezifische SMR beträgt 4,80. Ein Viertel der Kliniken weist ein SMR von weniger als 0,60, ein weiteres Viertel ein SMR von mindestens 1,36 auf. Dabei ist zwar einerseits ein deutlicher Zusammenhang zwischen der rohen und der risikoadjustierten neonatalen Mortalitätsrate zu erkennen (Abbildung 16–4), andererseits finden sich aber dennoch relevante Unterschiede. So zeigt eine lineare Regression, dass durch die Kenntnis der rohen neonatalen Mortalitätsrate 25% der Varianz der risikoadjustierten neonatalen Mortalitätsrate nicht aufgeklärt werden können (Ergebnisse nicht dargestellt).

Insgesamt ist in den Abbildungen 16–1 und 16–2 eine deutliche Varianz der neonatalen Sterblichkeit (roh und auch risikoadjustiert) zu erkennen.

Diese erheblichen Schwankungen der klinikspezifischen Sterblichkeitsraten sind jedoch auch durch eine niedrige Prävalenz des Indikators bei entsprechend niedriger Fallzahl bedingt (Fallzahl-Prävalenz-Problem) (Heller 2008; Heller 2010a; Heller et al. 2012). Eine Untersuchung der Diskriminationsfähigkeit oder des zufälligen Messfehlers dieses Indikators – wie bei Dimick et al. 2004; Heller

Abbildung 16–3

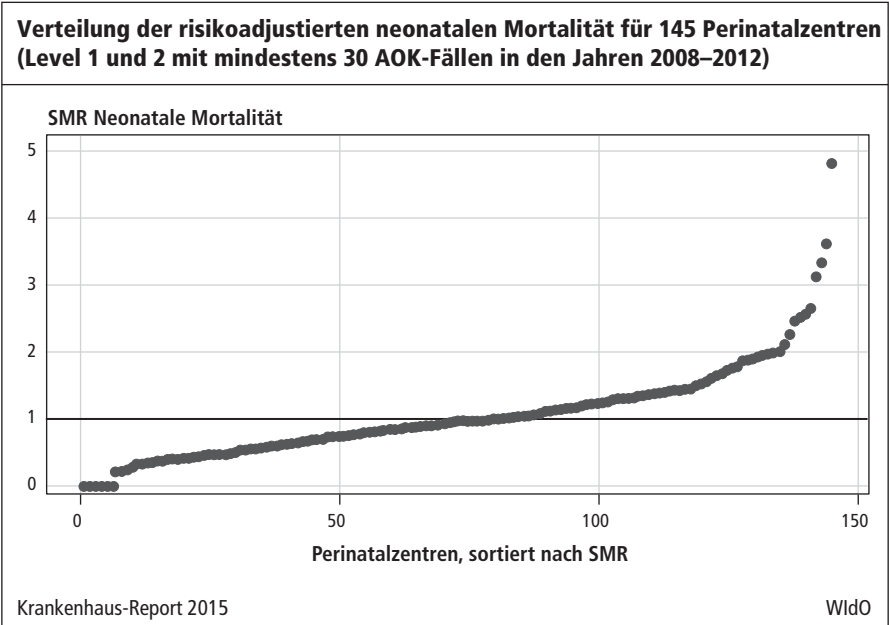
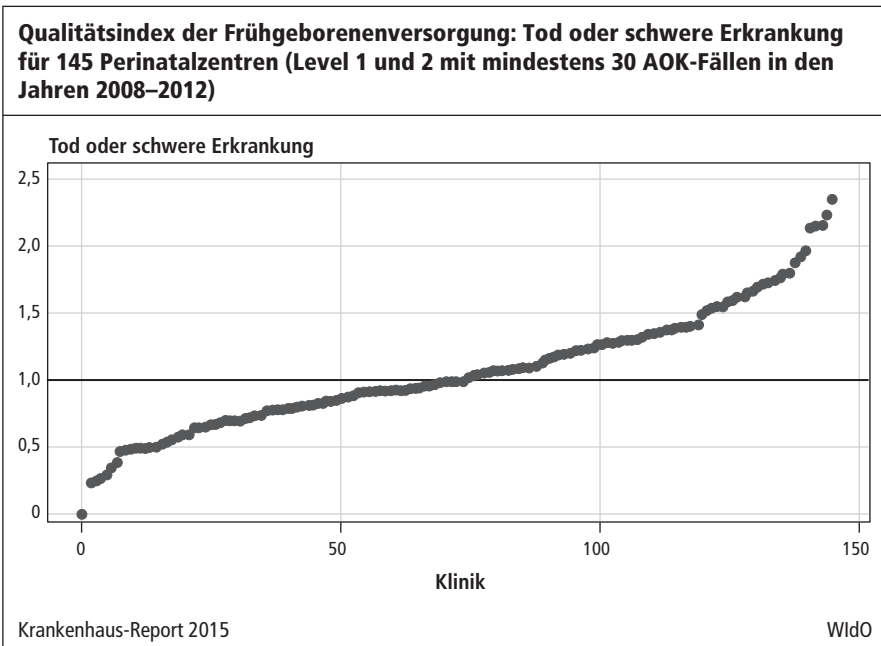


Abbildung 16–4

Streudiagramm der rohen und der risikoadjustierten neonatalen Mortalität für 145 Perinatalzentren (Level 1 und 2 mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012)



Abbildung 16–5



2010a oder AQUA 2011 – ergibt eine minimal benötigte Fallzahl von 109 Fällen. Weniger als 14% der analysierten Perinatalzentren (20 von 145) wiesen eine entsprechende Fallzahl auf, sodass die angestrebte Diskriminationsfähigkeit für die neonatale Mortalität nur für die 20 größten Perinatalzentren in Deutschland angenommen werden kann. Aus diesem Grund haben wir in der Vergangenheit die Berechnung von zusammengesetzten Qualitätsindikatoren, sogenannten Qualitätsindizes vorgeschlagen (Heller et al. 2012; Heller 2010a; Heller 2008). In der letzten Spalte von Tabelle 16–3 ist die Einstufung der QSR-Fachexperten festgehalten, welche Qualitätsindikatoren sich für die Berechnung eines Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung eignen.

Abbildung 16–5 zeigt die Verteilung des Qualitätsindex Tod oder schwere Erkrankung für die eingeschlossenen 145 Perinatalzentren. Das klinikspezifische SMR des Qualitätsindex schwankt dabei zwischen 0 und 2,34. Allerdings wies nur eine Einrichtung ein SMR von null auf. Ein Viertel der Kliniken wies ein SMR von $\leq 0,77$ und ein weiteres Viertel der Kliniken von $> 1,33$ auf. Die niedrigere Spannweite der Verteilung wie auch der geringere Abstand zwischen der ersten und der dritten Quartilsgrenze wiesen dabei bereits auf eine deutlich geringere Variabilität des Index im Vergleich zur neonatalen Mortalität hin. Dabei zeigten im Durchschnitt 14,8% der analysierten VLBW einen im Qualitätsindex definierten Endpunkt auf (Tabelle 16–1). Die Berechnung der Diskriminationsfähigkeit für den Qualitätsindex ergab, dass eine minimale Fallzahl von 43 benötigt wird, um die angestrebte Diskriminationsfähigkeit erreichen zu können. Dies ist für 77% der hier analysierten Perinatalzentren der Fall. Der Qualitätsindex verfügt demnach über

eine deutlich bessere Unterscheidungs- oder Diskriminationsfähigkeit. Anders formuliert: Es kann angenommen werden, dass der zufällige Messfehler für den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung erheblich geringer ausfällt als für den Einzelindikator neonatale Mortalität.

Tabelle 16–4 zeigt die Einstufung des Expertenpanels von QSR-Indikatoren hinsichtlich deren Eignung zur Nutzung im QSR-Klinikbericht bzw. im QSR-Krankenhausnavigator. In Anlehnung an das gesetzliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie (Heller 2011a) wurden alle Indikatoren risikoadjustiert berechnet und dargestellt.

Das Expertenpanel empfahl, die Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) nicht einrichtungsbezogen zu veröffentlichen, da deren Entwicklung von den Kliniken nur teilweise beeinflusst werden kann und die Prävalenz insgesamt sehr niedrig ist. Zudem kann von keiner einheitlichen Diagnosestellung ausgegangen werden. Für die Kliniken könnte die Häufigkeit einer PVL aber von Interesse sein, weshalb diese Information im QSR-Klinikbericht dem Perinatalzentrum selbst mitgeteilt wird. Auch die Endpunkte Sepsis sowie Sepsis mit Erregernachweis wurden vom Expertenpanel nicht zur öffentlichen einrichtungsbezogenen Berichterstattung empfohlen, da die Kodierung einer Sepsis in den Abrechnungsdaten als problematisch und oft als primär monetär motiviert angesehen wurde. Es wurde davon ausgegangen, dass Sepsisfälle in den Perinatalzentren über das Surveillance-System für nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen auf neonatologischen Intensivstationen (NEO-KISS) in mutmaßlich besserer Qualität erfasst werden. Insgesamt wurden nur die neonatale Mortalität und der Index zur Frühgeborenenversorgung mit den dazu verwendeten Indikatoren für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfohlen.

Tabelle 16–4

Einstufung von QSR-Indikatoren der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht hinsichtlich deren Eignung zur Nutzung im QSR-Klinikbericht, im QSR-Krankenhausnavigator und zur Verwendung im QSR-Index zur Frühgeborenenversorgung

Indikator	QSR-Klinikbericht	Krankenhaus-Navigator	Verwendung im Index
Neonatale Mortalität	empfohlen	empfohlen	ja
Intraventrikuläre Hirnblutung	empfohlen	nicht empfohlen	nein
Intraventrikuläre Hirnblutung und Operation	empfohlen	nicht empfohlen	ja
Periventrikuläre Leukomalazie	empfohlen	nicht empfohlen	nein
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie und Intervention	empfohlen	nicht empfohlen	ja
Sepsis	empfohlen	nicht empfohlen	nein
Sepsis mit Erregernachweis	empfohlen	nicht empfohlen	nein
Erworbene intestinale Erkrankungen und Operation			
empfohlen	nicht empfohlen	ja	
Index zur Frühgeborenenversorgung	empfohlen	empfohlen	–

Bei der Konstruktion des Qualitätsindex wurde Wert darauf gelegt, neben der Mortalität nur Indikatoren zu verwenden, die – neben einer Diagnose – auch entsprechende Prozeduren nach sich zogen und prognostische Kraft mit Blick auf die weitere gesundheitliche Entwicklung von VLBW aufwiesen. Das Panel war der Ansicht, auf diese Weise Indikatoren abzubilden, bei denen von einer therapeutischen und prognostischen Relevanz ausgegangen werden kann. Die Indikatoren neonatale Mortalität, intraventrikuläre Hirnblutung (mit Operation), höhergradige Frühgeborenenretinopathie (und Intervention) und der Indikator erworbene intestinale Erkrankungen (und Operation) wurden zur Bildung eines Qualitätsindex der Versorgung von VLBW empfohlen.

Daneben wurde konsentiert, die einrichtungsbezogenen Ergebnisse nach Aufnahme-gewichtsgruppen getrennt darzustellen (etwa in 250- oder 500-Gramm-Kategorien). Hintergrund dieser Empfehlung war der Wunsch, Fehlsteuerungen zu vermeiden, die sich insbesondere durch eine größere zufällige Streuung der Ergebnisse bei kleineren Kliniken ergeben würden, sodass im Extremfall einige Perinatalzentren, die nur wenige und vergleichsweise gesunde VLBWs behandeln, ggf. gar keine Todesfälle aufweisen und damit auch in einem risikoadjustierten Vergleich sehr gut abschneiden. Tatsächlich konnte gezeigt werden, dass die sechs Kliniken ohne Todesfall im Untersuchungszeitraum eine unterdurchschnittliche Fallzahl aufwiesen und einen geringeren Anteil von Kindern mit Fehlbildungen behandelt hatten. Als Lösungsvorschlag für eine Patienteninformation wurde einerseits ein mehrstufiges Vorgehen vorgeschlagen, das in einem ersten Schritt aus einer Risikoermittlung für ein gegebenes Neugeborenes besteht, in einem zweiten Schritt Kliniken identifiziert, die Kinder mit vergleichbarem Risiko in akzeptabler Häufigkeit behandelt haben und in einem dritten Schritt untersucht, welche der identifizierten Kliniken gute Ergebnisse aufwies (Heller et al. 2014; Heller 2013; Heller 2011c; Heller 2010b). Daneben wurde vorgeschlagen, die Berechnungen getrennt nach Geburtsgewichtsgruppen durchzuführen und diese auszuweisen. Bei einer sehr feinen Stratifizierung (etwa in 100-g-Schritten) sinkt die Anzahl der Kliniken mit ausreichend hohen Fallzahlen allerdings stark ab. Eine Stratifizierung in 250-g-Schritten zeigte, dass dies für die überwiegende Mehrzahl der Perinatalzentren zu erheblichen Fallzahl-(Prävalenz)-Problemen führen würde. Schließlich wurde konsentiert, die Ergebnisse nach Kategorisierung des Aufnahme-gewichts (500–999 g und 1000–1499 g) zunächst nur den jeweiligen Perinatalzentren im AOK-Klinikbericht zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen der Indikatorenentwicklung wurden auch Analysen im Zusammenhang mit Strukturmerkmalen der Perinatalzentren durchgeführt. Dabei zeigte sich eine nicht signifikant erhöhte risikoadjustierte Sterblichkeit für VLBW, die in Level-2-Zentren behandelt worden waren (SMR = 1,23; 95%-Konfidenzintervall = 0,30–2,15), gegenüber den in Level-1-Zentren behandelten VLBW (SMR = 1,00; 95%-Konfidenzintervall = 0,93–1,06). Das Ergebnis sollte jedoch aufgrund der fehlenden Signifikanz bzw. der wenigen eingeschlossenen Level-2-Zentren mit Zurückhaltung interpretiert werden, da dadurch die „Power“, einen tatsächlich vorliegenden Unterschied aufzuzeigen, erheblich reduziert ist. Bei Betrachtung des Endpunkts Sterblichkeit oder schwere Erkrankung (Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung) zeigte sich die Tendenz zuungunsten der Level-2-Zentren in größerer Ausprägung (SMR = 1,00; 95%-Konfidenzintervall = 0,96–1,04 für Level 1; SMR = 1,57; 95%-Konfidenzintervall = 0,99–21,6 für Level 2) (Tabelle 16–5).

Tabelle 16–5

Risikoadjustierte neonatale Mortalität und der Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung Tod oder schwere Erkrankung nach Strukturmerkmalen für 145 Perinatalzentren (Level 1 und 2 mit mindestens 30 AOK-Fällen in den Jahren 2008–2012)

Strukturmerkmal	Anzahl VLBWs	SMR neonatale Mortalität (95 %-Konfidenzintervall)	Sterblichkeit oder schwere Erkrankung: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (95 %-Konfidenzintervall)
Level des Perinatalzentrums			
Level 1	10 544	1,00 (0,93–1,06)	1,00 (0,96–1,04)
Level 2	136	1,23 (0,30–2,15)	1,57 (0,99–21,6)
Universitätsklinik			
Nein	6 943	1,04 (0,96–1,13)	1,05 (1,00–1,10)
Ja	3 737	0,93 (0,83–1,04)	0,93 (0,86–0,99)
Anzahl behandelter AOK-Versicherter VLBWs (2008–2012)*			
30–57	2 835	1,13 (0,93–1,27)	1,10 (1,01–1,18)
58–82	2 540	1,06 (0,93–1,19)	1,10 (1,02–1,18)
83–112	2 744	0,95 (0,82–1,07)	0,94 (0,86–1,02)
113–253	2 561	0,88 (0,74–1,01)	0,87 (0,79–0,96)

Krankenhaus-Report 2015

WlD

Werden die Behandlungsergebnisse von universitären mit den Ergebnissen nicht-universitärer Einrichtungen verglichen, ergibt sich eine tendenziell erhöhte Sterblichkeit für VLBW, die primär außerhalb von universitären Einrichtungen behandelt wurden (SMR = 1,04; 95 %-Konfidenzintervall = 0,96–1,13 für Nicht-Universitätskliniken versus SMR = 0,93; 95 %-Konfidenzintervall = 0,83–1,04 für Universitätskliniken). Bei Betrachtung des Zielkriteriums Sterblichkeit oder schwere Erkrankung (Qualitätsindex) sind die Ergebnisse der nicht-universitären Kliniken signifikant schlechter (SMR = 1,05; 95 %-Konfidenzintervall = 1,00–1,10 für Nicht-Universitätskliniken versus SMR = 0,93; 95 %-Konfidenzintervall = 0,86–0,99 für Universitätskliniken).

Wird die Ergebnisqualität schließlich anhand von kategorisierten Fallzahlen behandelter VLBW analysiert, so zeigt sich nach Risikoadjustierung eine formal signifikant erhöhte Rate an Todesfällen oder schweren Erkrankungen (Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung) für Perinatalzentren, die im Untersuchungszeitraum weniger als 57 VLBW oder 58–82 VLBW behandelt hatten (für beide Gruppen: SMR = 1,10; 95 %-Konfidenzintervall = 1,01–1,18). Dagegen waren die SMR für Todesfälle oder schwere Erkrankungen in Perinatalzentren, die im Untersuchungszeitraum mindestens 113 VLBW behandelt hatten, formal signifikant erniedrigt (SMR = 0,87; 95 %-Konfidenzintervall = 0,79–0,96).

16.4 Diskussion

Im vorliegenden Artikel wurde die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für Frühgeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht auf der Basis von Routinedaten vorgestellt. Dabei zeigt sich, dass das vorgestellte Verfahren eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten aufweist. So ist es keinesfalls möglich, alle interessierenden Informationen mit den anonymisierten Routinedaten des WIdO abzubilden². Beispielsweise kann die Durchführung wie auch das Ergebnis von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen derzeit ebenso wenig betrachtet werden wie die Ergebnisse von Kindervorsorgeuntersuchungen. Auch hatte sich im Panelprozess gezeigt, dass z. B. Hinweise auf die Morbidität, wie z. B. die intraventrikuläre Hirnblutung oder eine Sepsis in den Routinedaten nicht in einer Datenqualität vorliegen, die eine öffentlich transparente Darstellung sinnvoll erscheinen lassen. Mit Blick auf ein Qualitätssicherungsverfahren, das idealerweise alle behandelten Patienten einbeziehen soll, wäre auch zu fordern, dass Selbstzahler erfasst werden, die in den Routinedaten momentan nicht enthalten sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dies für die noch in der Entwicklung befindlichen gesetzlichen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren aus rechtlichen Gründen als problematisch anzusehen ist, weil die Rechtsbeziehungen von Privatversicherten bzw. Selbstzahlern zu deren möglichen Krankenversicherern bzw. Leistungserbringern außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V liegen.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen weist ein auf Routinedaten basierendes Qualitätssicherungsverfahren gegenüber dem gesetzlichen Verfahren eine Reihe von relevanten Vorteilen auf:

- Zunächst ist mit dem hier vorgestellten Verfahren *kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand* für Zwecke der Qualitätssicherung verbunden. Dies ist vor dem Hintergrund der anhaltenden Debatte um Bürokratievermeidung, aber auch der Forderung nach Datensparsamkeit und Nutzung von Routine- bzw. Sozialdaten im aktuellen GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) ein relevanter Vorteil.
- Darüber hinaus kann eine *vollständigere Abbildung von Sterbefällen* erwartet werden (Hummler und Poets 2011, AQUA 2012).
- Daneben können *einrichtungsübergreifende Analysen* durchgeführt und *Patientenverläufe* nachgezeichnet werden, was einer weiteren Forderung aus dem aktuellen GKV-FQWG entspricht. In der tradierten Neonatalerhebung sind dagegen bei Verlegungen keine Fall-zu-Fall-Verknüpfungen möglich, d. h. qualitätsrelevante Informationen gehen verloren. Im QSR-Verfahren werden Patientenverläufe dagegen berücksichtigt, indem relevante Informationen aus der Erstaufnahme und auch nach der Verlegung einem Kind zugeordnet werden können. Dies gilt auch für vergleichsweise späte Ereignisse, wie z. B. Shuntoperationen nach intraventrikulärer Blutungen, die in dem vorgestellten Verfahren bis zu einem halben Jahr nach Geburt erfasst werden und in die Qualitätsbeurteilung einfließen. Die Verlegung von medizinisch problematischen Kindern führt damit nicht

² Dieser Satz gilt allerdings auch für die Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung.

- zu einer Verbesserung der errechneten Ergebnisqualität für das verlegende und zu keiner Verschlechterung der Qualität für das aufnehmende Perinatalzentrum.
- Die Fokussierung *auf therapierelevante und prognostisch relevante* Ereignisse bei der Konstruktion der *Kernindikatoren* (also der Indikatoren, die auch im Qualitätsindex Verwendung finden) kann als ein weiterer Vorteil des vorgestellten Verfahrens genannt werden.

Vor diesem Hintergrund haben die vorgestellten Analysen nach strukturellen Eigenschaften von Perinatalzentren eine besondere Bedeutung, zumal argumentiert werden kann, dass bisherige vergleichbare Analysen auf Basis der tradierten Neonatalerhebungen (z. B. Esser et al. 2013; Kutschmann et al. 2012; Jochum et al. 2008; Trotter und Pohlandt 2010) die o. g. methodischen Probleme nicht oder nur zum Teil lösen konnten und damit allenfalls bedingt aussagekräftig sind.

Insgesamt betrachtet stellen die vorgelegten Analysen nach Auffassung der Autoren nicht nur einen relevanten Beitrag, sondern einen Meilenstein zur Entwicklung und Darstellung der einrichtungsübergreifenden Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht dar. Dabei ist – aufgrund der Entwicklungszeiten von gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren – damit zu rechnen, dass die Analysen auf der Basis von AOK-Daten für Jahre die einzigen bundesweit flächendeckend verfügbaren Informationen sein werden, die eine einrichtungsübergreifende Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht adressieren können.

Literatur

- Alleman BW, Bell EF, Li L, Dagle JM; Smith PB, Ambalavanan N, Laughon MM, Stoll BJ, Goldberg RN, Carlo WA, Murray JC, Cotten CM, Shankaran S, Walsh MC, Laptook AR, Ellsbury DL, Hale EC, Newman NS, Wallace DD, Das A, Higgins RD. Individual and center-level factors affecting mortality among extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 2013; 132 (1): e175–84.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Göttingen [Version vom 6. Juni 2011]. https://www.sqg.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/QI-Schnellpruefung_Bericht.pdf.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Bericht zur „Aufbereitung einer aussagefähigen Internetdarstellung der Daten des Anhangs der Anlage 1 der Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (NICU). Unveröffentlichter Abschlussbericht. Göttingen, 29.02.2012.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Ausfüllhinweise Neonatologie (NEO). QS-Spezifikation 2015 V01. Göttingen 2014a. https://www.sqg.de/downloads/2015/V01/Ausfuellhinweise/Ausfuellhinweise_NEO.htm.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2013. Neonatologie. Göttingen 2013 [Stand: 25. 04. 2014b]. https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2013/AQUA_NEO_Indikatoren_2013.pdf.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Abgelaufene S2-Leitlinie: Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutschen Gesellschaft für Kinder-

- heilkunde und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin. Stand der letzten Aktualisierung: 12/2007. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fruehgeburt_Grenze_der_Lebensfaehigkeit-abgelaufen.pdf.
- Chung JH, Phibbs CS, Boscardin WJ, Kominski GF, Ortega AN, Needleman J. The effect of neonatal intensive care level and hospital volume on mortality of very low birth weight infants. *Med Care* 2010; 48 (7): 635–44.
- 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.
- Esser M, Lack N, Riedel C, Mansmann U, Kries von R. Relevance of hospital characteristics as performance indicators for treatment of very-low-birth-weight neonates. doi: 10.1093/eurpub/ckt176. First published online: November 28, 2013.
- EuroNeoNet. EuroNeoNet Perinatal Dataset Manual. Version 1.0, 2013. http://www.euroneonet.eu/paginas/publicas/euroneo/euroneonet/enet_documents.htm.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. Berlin 2013. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL_2013-12-19.pdf.
- Heller G, Günster C, Misselwitz B, Feller A, Schmidt S. Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland – Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2007; 211: 123–31.
- Heller G. Geburtshilfe im Fokus der Qualitätssicherung mit Routinedaten unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung von sehr untergewichtigen Frühgeborenen. Symposium: Die vorbildliche Geburtsklinik heute. 03.12.2007, Sarstedt. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/krankenhaus/qualitaetssicherung/symposien/2007/nds_symp07_heller.pdf.
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2008; 10: 1173–82.
- Heller G. Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Neugeborenen (VLBWs). Eine Simulation mit Echtdaten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg): Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 183–99.
- Heller G. Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg): Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010a; 239–53.
- Heller G. Ausgewählte Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung. 2. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses 2010. Potsdam, 29. November 2010b. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2933/1Heller.pdf>.
- Heller G. Weiterentwicklung Neonatologie. 2. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. Berlin, 28. November 2011a. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3130/2_Heller.pdf.
- Heller G. Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBWs) auf der Basis von Routinedaten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011b; 39–47.
- Heller G. Qualitätstransparenz in der Krankenversorgung. Die Konzepte der Institution gemäß § 137a SGB V 5. Krankenhaus Qualitätstag NRW „Qualität 2.0“ 20.07.2011c, Nikko Hotel Düsseldorf. <https://www.sqg.de/downloads/Termine/2011-07-20-Qualitaetstransparenz.pdf>.
- Heller G, Thomas T, Konheiser S, König T. Qualitätsindizes 211–213. In: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg) Qualitätsreport 2011. Göttingen 2012. <https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2011/AQUA-Qualitaetsreport-2011.pdf>.
- Heller G. Auswahlverfahren von Qualitätsindikatoren für die Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten. BDI Symposium Qualitätssicherung und Versorgungssteuerung 119. Kon-

- gress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Wiesbaden, 07.April 2013. <https://www.sqg.de/downloads/Termine/2013/QI-Pruefung-DGIM-BDI-2013.pdf>.
- Heller G, Barnewold L, Kazmaier T, Brahmesfeld A, Broge B, Szecsenyi J. A Multistage Approach to Assess Risk Adjusted Hospital Quality in Patient Communication. AcademyHealth: 2014 Annual Research Meeting, June 10th, San Diego, CA 2014. <http://www.academyhealth.org/files/ARM/photos/Session%20C%20Posters3.pdf>.
- Hummeler HD; Poets C. Mortalität sehr unreifer Frühgeborener – Erhebliche Diskrepanz zwischen Neonatalerhebung und amtlicher Geburten-/Sterbestatistik. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2011; 215 (1): 10–7.
- Jochum F, Schmidt B, Schunk K, Hesse V, Distler B, Laske G, Moers von A, Dombrowsky M, Elling D, Kantenich H, Mendling W, Untch M, Grüning T, Abou-Dakn M. Quality of care of VLBW neonates: relationship between unit volume and outcome is different between metropolitan and rural regions. *Acta Paediatr.* 2008; 97 (10): 1470–4.
- Kutschmann M, Bungard S, Kötting J, Trümner A, Fusch C, Veit C. Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g: Risikoadjustierte Qualitätsvergleiche zur Validierung eines fallzahlbasierten Steuerungsmodells. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109 (31–32): 519–26.
- Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304 (9): 992–1000.
- Phibbs CS, Baker LC, Caughey AB, Danielsen B, Schmitt SK, Phibbs RH. Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 2007; 356 (21): 2165–75.
- Trotter A, Pohlandt F. Aktuelle Ergebnisqualität der Versorgung von Frühgeborenen <1500 g Geburtsgewicht als Grundlage für eine Regionalisierung der Risikogeburten. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2010; 214 (2): 55–61.
- Vermont Oxford Network Database. Manual of Operations. Part 2: Data Definitions and Data Forms For Infants Born in 2012. Release 16.4; 2012. <http://www.vtoxford.org/tools/2012ManualofOperationsPart2.pdf>.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg). QSR-Verfahren; Indikatorenhandbuch. Berlin 2013. http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_indikatorenhandbuch_112013_1.pdf.

17 Kinder im Krankenhaus

Stefan Wirth und Max Geraedts

Abstract

In den letzten Jahren konnten valide Informationen über die Lebensqualität und das Erkrankungsspektrum von Kindern und Jugendlichen mittels des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KiGGS-Studie) des Robert Koch-Instituts erhoben werden. Das stationär zu behandelnde Krankheitsspektrum verschiebt sich von den akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen bzw. psychosomatischen Störungsbildern. Dementsprechend hat sich die kinder- und jugendmedizinische Versorgungsstruktur differenziert.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und Ökonomisierung von klinischen Abläufen reduzieren sich die Krankenhausbetten und Kinder- und Jugendabteilungen. Die „Charta für Kinder im Krankenhaus“ enthält klare Vorgaben für die Rechte für Kinder im Rahmen der stationären Versorgung, die noch nicht vollständig umgesetzt sind. Die differenzierte Betrachtung des Anteils der stationär in pädiatrischen Fachabteilungen behandelten AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen zeigte deutliche regionale Unterschiede zwischen 64,4 und 100 % mit erkennbaren Vorteilen für die östlichen Bundesländer. Das aktuelle DRG-System wird für alle Altersgruppen kontinuierlich angepasst, berücksichtigt aber noch nicht alle Erfordernisse der Kinder- und Jugendmedizin. Politische Einflüsse müssen geltend gemacht werden, um eine für Kinder- und Jugendliche trotz der demographisch bedingten Verschiebung der Interessenslage nachhaltige adäquate stationäre Gesundheitsversorgung zu sichern.

In recent years, the Children and Adolescent Survey (KiGGS Study) of the Robert Koch Institute provided reliable data on the quality of life and spectrum of diseases in children and adolescents in Germany. The spectrum of conditions to be treated in hospitals shifts from acute to chronic and from somatic to psychiatric or psychosomatic disorders. Pediatric health care structures have developed accordingly.

Due to the demographic development and organizational economical efforts, in-patient beds and numbers of pediatric departments have been reduced. The EACH Charta provides clear guidelines and advice on the rights of children in the context of inpatient care which are, however, not yet fully implemented. A differentiated analysis of the proportion of AOK-insured children and adolescents treated in pediatric departments revealed remarkable regional differences of between 64.4% and 100%, with noticeable advantages for the eastern states. The current DRG system is continuously adapted for all age groups but does not yet take into account all requirements of pediatric and adolescent medicine. Political influence has to be asserted in order to safeguard and sustain adequate in-patient health care for children and adolescents despite the demographically induced shift of social interests.

17.1 Erkrankungsspektrum in der Kinder- und Jugendmedizin

Das stationär zu behandelnde Spektrum an Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. So sind z. B. schwere Infektionserkrankungen selten geworden. Stattdessen wurden in den Schwerpunkt- und Universitätskliniken Spezialstationen für Transplantation, Onkologie und Intensivmedizin eingerichtet. In den Krankenhäusern der Regelversorgung haben sich die Schwerpunkte ebenfalls verschoben und liegen zunehmend im Bereich von rezidivierenden oder chronischen Erkrankungen, auch psychosomatischen Ursprungs. Um Prävention und Interventionsmaßnahmen besser planen und vor allem auch perspektivisch Entwicklungen erkennen zu können, wurde am Robert Koch-Institut in der Abteilung für Epidemiologie eine große Kohorte von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KiGGS-Studie) untersucht. In der KiGGS-Basiserhebung von 2003 bis 2006 wurden insgesamt 17 641 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren untersucht und befragt. Ein wichtiges Ergebnis der KiGGS-Studie war die Beobachtung, dass die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu Referenzdaten in den Jahren 1985 bis 1999 um 50% zugenommen hat. Des Weiteren wurde beobachtet, dass das Krankheitsspektrum sich von den akuten zu den chronischen und von den somatischen Krankheiten zu den psychischen Auffälligkeiten und Störungen verschiebt (Holling et al. 2007b).

Somatische Erkrankungen

Am häufigsten erkranken Kinder und Jugendliche an akuten Atemwegserkrankungen und Magen-Darm-Infekten. 88,5% der befragten Kinder- und Jugendlichen hatten innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einen Infekt der oberen Luftwege oder einen grippalen Infekt. Eine Pneumonie hatten 1,5% der Kinder und Jugendlichen und Magen-Darm-Infekte berichteten 46,8%. Von den chronisch verlaufenden somatischen Erkrankungen sind am häufigsten die obstruktive Bronchitis (13,3%), die Neurodermitis (13,2%) sowie die Pollinosis (10,7%). Asthma wurde bei 4,7% und eine Skoliose bei 5,2% der bis 17-Jährigen beobachtet. Die Prävalenz des Diabetes mellitus lag bei 0,14% und 3,6% hatten Krampfanfälle bzw. epileptische Anfälle (Kamtsiuris et al. 2007). Bemerkenswert war die Häufigkeit an rezidivierenden Schmerzepisoden. In der Jungenkohorte war die häufigste Schmerzlokalisierung der Bauch. Die 11- bis 17-Jährigen berichteten am häufigsten über Kopfschmerzen, gefolgt von Bauch- und Rückenschmerzen. 24,3% dieser Altersgruppe klagten mindestens einmal pro Woche über Schmerzen (Ellert et al. 2007). Die Lebenszeitprävalenz mindestens einer atopischen Erkrankung betrug 22,9%, wobei Jungen häufiger betroffen waren als Mädchen. Am häufigsten wurde mit 13,2% das atopische Ekzem, dann der Heuschnupfen mit 10,7% beobachtet und am wenigsten häufig das Asthma bronchiale mit einer Lebensprävalenz von 4,7% (Schlaud et al. 2007). Die Verbreitung des Übergewichts und der Adipositas hat bei Kindern und Jugendlichen stark zugenommen. Folgeerkrankungen sind Insulinresistenz mit Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Schmerzsymptome bei Belastung des Bewegungsapparats und eine Leberverfettung. Die Steatosis hepatis mit erhöhten Transaminasen wird bei ca. 10% der übergewichtigen Patienten beobachtet und ist damit zur häufigsten Lebererkrankung des Kindes- und Jugendalters geworden (Kurth und Schaffrath Rosario 2007).

1,3% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sind schwerbehindert (Statistisches Bundesamt 2014). Die Gesamtprävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf betrug in der KiGGS-Studie 16% für Jungen und 11,4% für Mädchen (Scheidt-Nave et al. 2007).

Unfälle sind die häufigste Todesursache bei Kindern über einem Jahr und Jugendlichen. 15,9% der befragten Kinder und Jugendlichen hatten nach Elternangaben mindestens eine Verletzung in den zwölf Monaten vor der Befragung, davon 15,5% durch einen Unfall und 0,8% durch Gewalt. Jungen waren signifikant häufiger betroffen. 13,3% mussten im Krankenhaus behandelt werden (Kahl et al. 2007).

Psychische Erkrankungen

Verhaltensauffälligkeiten wurden bei 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen berichtet. 8,1% der Befragten mit hohem sozioökonomischem, 13,4% mit mittlerem und 23,2% mit niedrigem Sozialstatus zeigten Hinweise auf psychische Probleme. Kinder mit Migrationshintergrund waren häufiger betroffen (Holling et al. 2007a). Beunruhigend waren die Daten zu Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Nach Schätzungen liegt die Anorexia nervosa zwischen 0,5% und 1%, die Bulimia nervosa bei 2 bis 4% und partielle Essstörungen, einschließlich der „Binge Eating Disorder“ bei 10 bis 15%. In der KiGGS-Studie zeigten insgesamt 21,9% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Symptome von Essstörungen (Holling und Schlack 2007). Bei 4,8% der Kinder und Jugendlichen wurde ein ADHS diagnostiziert, weitere 4,9% der Untersuchten konnten als Verdachtsfälle gelten (Schlack et al. 2007). Die Anzahl der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie und Psychotherapie nahm nach Angaben des Statistischen Bundesamts zwischen 2000 und 2010 von 29949 auf 43498 Fälle zu.

Mit dieser Erhebung wurden erstmals für die Bundesrepublik valide Zahlen des Erkrankungsspektrums für Kinder und Jugendliche präsentiert. Es wurde deutlich, dass eine Verschiebung in den Bereich psychische Belastung, Allergien und „Zivilisationsnebenwirkungen“ zu beobachten ist. Auf diese Entwicklung muss sich auch die stationäre Krankenversorgung einstellen. Damit sind neben Ärzten und Kinderkrankenpflegemitarbeitern auch Sozialarbeiter, weitere ergänzende medizinische Berufe und vor allem Psychologen notwendig.

17.2 Pädiatrische Krankenversorgung mit Spezialisierungen

Die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin hat sich aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades in den letzten Jahren zunehmend diversifiziert. Allein im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin gibt es vier Schwerpunkte: die Kinderhämatologie und -onkologie, die Kinderkardiologie, die Neonatologie und die Neuropädiatrie. Außerdem gibt es Zusatzweiterbildungen in Kinderendokrinologie und Kinderdiabetologie, Kindergastroenterologie, Kindernephrologie, Kinderpneumologie und Kinderrheumatologie. Im Bereich der operativen Medizin gibt es einen Facharzt für Kinderchirurgie und im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie eine Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie. Zusätzlich nennen sich viele Kliniken „Kli-

nik für Urologie und Kinderurologie“, wobei es für die Kinderurologie noch keine Zusatzweiterbildung gibt. Im Bereich der Radiologie kann ein Schwerpunkt Kinderradiologie in einer dreijährigen Weiterbildung erworben werden. Da die meisten der Schwerpunkt-Weiterbildungen und Zusatz-Weiterbildungen im Rahmen einer kinder- und jugendmedizinischen Klinik erfolgen, ist gewährleistet, dass der Blick auf den Patienten als Ganzes nicht verloren geht. Da es selbst Universitätskliniken nicht immer gelingt, alle Bereiche vorzuhalten, sind Kooperationen unerlässlich, die zum Teil auch vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Strukturvorgaben gefordert werden (z. B. Perinatalzentren).

Wichtige Qualitäts- und personelle Vorgaben seitens des G-BA gibt es vor allem für die Kinderonkologie und Kinderkardiologie, sodass Patienten mit onkologischen Erkrankungen und angeborenen Herzfehlern nur noch an Zentren behandelt werden.

17.3 Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Im ambulanten Versorgungssektor sind Kinder- und Jugendärzte die wichtigsten Ansprechpartner für die Gesundheit der Kinder. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sind vor allem im Bereich der Prävention und Behandlung der für Kinder und Jugendliche typischen Erkrankungen ausgebildet und damit die für die Versorgung dieser Altersgruppe qualifizierteste Facharztgruppe. Für spezielle Organbereiche sind Kooperationen mit Spezialisten erforderlich, die zumeist Erwachsene behandeln.

Die ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung stellt sich regional unterschiedlich dar, wobei detaillierte Analysen nur zum Teil vorliegen. Ein Beispiel für eine gut untersuchte Region ist Bayern. Gemäß den 2010 vorgelegten Analysen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der Flächenstaat mit Kinderärzten hinreichend gut versorgt. Im Alter zwischen 0 und 2 Jahren besuchten 70% der Zielgruppe den Kinder- und Jugendarzt, 20% den Haus- und Kinder- und Jugendarzt und 10% nur den Hausarzt. Letzterer Anteil nahm mit zunehmendem Alter deutlich zu und lag im Alter zwischen 3 und 5 Jahren bei 20%, zwischen 6 und 9 Jahren bei 40% und zwischen 10 und 14 Jahren bereits bei 60%. Die 15- bis 17-Jährigen besuchten zu 80% den Hausarzt, zu 5% den Haus- und Kinder- und Jugendarzt und nur noch zu 15% ausschließlich den Kinder- und Jugendarzt. In der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre besuchten 30% ausschließlich den Kinder- und Jugendarzt. Diese Dokumentation zeigt, dass die hausärztliche, also allgemeinärztliche Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen vor allem bei älteren Kinder je nach Region dominiert. Dies führt häufig dazu, dass sich das Zuweisungsverhalten ändert, wenn ein Spezialist hinzugezogen werden muss. So wird ein Allgemeinarzt eher seltener zu einem Kinderpulmonologen oder Kindergastroenterologen überweisen, sondern die Fachkollegen ansprechen, die er auch bei seinen erwachsenen Patienten kollegial in Anspruch nimmt. Das kann zur Folge haben, dass die alterstypischen Eigenarten der Erkrankungen nicht bekannt sind und keine adäquate Diagnostik und Therapie durchgeführt wird. Ein Beispiel ist die nicht angemessene Berücksichtigung des Strahlenschutzes vor allem im stationären Bereich, in dem z. B. die Indikationsstel-

lung zur Durchführung eines CTs nach Erwachsenenmaßstäben durchgeführt wird bzw. je nach Indikation bei 20% (Nasennebenhöhlen) bis 77% (Lendenwirbelsäule) der jungen Patienten ungerechtfertigte Indikationen gestellt werden (Oikarinen et al. 2009) Die Gründe für die dargestellte Gesamtsituation sind sicherlich vielfältig und liegen in der jeweils unterschiedlichen regionalen Versorgungsstruktur. Dadurch wird auch die Zuweisungsstrategie für die stationäre Behandlung wesentlich beeinflusst. Aus kinder- und jugendärztlicher Sicht ist es daher wünschenswert, dass die Altersgruppe bis 18 Jahre von den dafür ausgebildeten Spezialisten bzw. Kinder- und Jugendärzten versorgt werden.

17.4 Anforderungen an eine stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen

1989 wurde von der UNO die UN-Konvention für die Rechte des Kindes in der sogenannten EACH-Charta beschrieben. Es handelt sich dabei um einen Forde­rungskatalog der „European Association for Children in Hospitals“ als Dachorgani­sation von 18 Mitglieds- und assoziierten Gesellschaften aus 16 europäischen Län­dern plus Japan. Die Organisationen fordern darin, dass die bestmögliche medizini­sche Behandlung als ein fundamentales Recht für Kinder niedergelegt werden muss. Die „Charta für Kinder im Krankenhaus“ hat keine völkerrechtliche Bedeutung, sondern dient den Staaten als Richtlinie. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gab ihre offizielle Unterstützung 1991 bekannt. Eckpunkte der Charta für Kinder im Krankenhaus sind das Recht, die Eltern oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich zu haben, nur in einem Krankenhaus aufgenommen zu werden, wenn die me­dizinische Behandlung nicht anderweitig erfolgen kann und die Einbeziehung von Kindern und Eltern in alle Entscheidungen, die ihre medizinische Behandlung be­treffen.

Außerdem sollen Kinder gemeinsam mit anderen Kindern betreut werden, die Umgebung soll den Bedürfnissen der Kinder entsprechend geplant und eingerichtet sein und die Einrichtung soll über das entsprechende fachlich ausgebildete Personal verfügen. Das Personal soll so ausgebildet sein, dass es auf die körperlichen, seeli­schen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien ein­gehen kann.

Im November 1997 beschloss die Gesundheitsminister-Konferenz der Länder, dass im Krankenhaus behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche vorrangig in pädiatrischen Fachabteilungen behandelt werden sollen. Dies gilt auch für prä- und postoperative Maßnahmen. Kranke Kinder, die nicht in pädiatrischen Krankenhaus­abteilungen behandelt werden, sollen vorrangig von Kinderkrankenschwestern be­treut und nicht in einem Raum mit Erwachsenen untergebracht werden.

17.5 Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen

In den letzten 20 Jahren haben sich die Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland von 425 auf 364 reduziert. Dies entspricht einem Rückgang von über 17%. Damit verbunden ist ein deutlicher Rückgang der stationären Betten von ca. 30 000 auf etwa 19 200 im Jahre 2012. Trotz des Bettenabbaus ist die Bettenauslastung im Vergleich zur Erwachsenenmedizin gering. Für das Jahr 2012 dokumentiert das Statistische Bundesamt eine prozentuale Bettenauslastung in der Kinderchirurgie von 59,0% und in der Kinder- und Jugendmedizin von 64,1%. Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine Auslastung in diesen Bereichen bei mindestens 75% liegen sollte, um eine adäquate ökonomische Grundlage zu bilden. Für Allgemeine Krankenhäuser wird ein Sollwert von 85% angestrebt, der Istwert lag 2012 bei einem Nutzungsgrad von 75,9%. Interessanterweise stiegen parallel die stationären Fallzahlen für die kinder- und jugendmedizinischen Fachabteilungen von 861 838 im Jahr 1991 auf 960 047 im Jahr 2012 (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) 2014). Dies ist bemerkenswert, da der Anteil der unter 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 19% auf 16% abfiel. Die Altersgruppe unter 15 Jahre lag 2012 bei ca. 13,2%, das entsprach ca. 10,8 Millionen Kindern. Betrachtet man die Gruppe der 2- bis 19-Jährigen, wurde zwischen 2005 und 2012 ein Fallzahlrückgang von 1,36 auf 1,31 Millionen dokumentiert. Das könnte bedeuten, dass anteilig etwas mehr Patienten in Kinder- und Jugendkliniken behandelt wurden.

Zusammengenommen können der Rückgang der Bettenzahl bei gleichzeitig gestiegener Fallzahl und verringerter Inanspruchnahme nicht-kinder- und jugendmedizinischer Fachabteilungen auf der einen Seite und sinkendem, geringem Bettennutzungsgrad auf der anderen Seite nur mit der überaus starken Verweildauerreduktion in der stationären kinder- und jugendmedizinischen Versorgung erklärt werden. Dem Wunsch der Eltern und Kinder entsprechend wird der stationäre Aufenthalt möglichst kurz gehalten. Damit geht eine Verdichtung der stationären Versorgung einher, die das Personal stark fordert.

Nun kommt hinzu, dass der Bevölkerungsanteil an Kindern und Jugendlichen in den nächsten Jahren voraussichtlich erheblich sinken wird, was mit der konstant niedrigen Geburtenrate zu erklären ist. Während vor 20 Jahren noch ca. 800 000 Kinder jährlich geboren wurden, liegt die aktuelle Geburtenrate bei 670 000 Kindern pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2013). In der Zukunft könnte die Nachfrage nach stationären kinder- und jugendmedizinischen Leistungen also abnehmen, was den Nutzungsgrad weiter vermindern könnte. Die Bundesländer reagieren auf diese Entwicklungen mit weiteren Bettenreduktionen, meistens ohne jedoch den regionalen Versorgungsgrad von Kindern und Jugendlichen in altersgemäßen Fachabteilungen gebührend zu berücksichtigen. Besser wäre es, die Kapazitäten regional unter dem Aspekt zu prüfen, welcher Anteil in der jeweiligen Region nicht in Kinder- und Jugendabteilungen untergebracht ist. So sieht der Bettenbedarfsplan des Regierungsbezirks Düsseldorf für 2015 einen gegenüber 2013 um 19% reduzierten Sollwert für die pädiatrischen Betten auf 1 147 Betten vor. Gleichzeitig wird der erheblichen Mehrinanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Betten mit einer Steigerung der entsprechenden Bettenzahl um knapp 8% Rechnung getragen.

Unter Berücksichtigung von geburtshilflichen Abteilungen wurden 2012 1,23 Millionen Patienten bis 15 Jahre und 1,65 Millionen bis 20 Jahre stationär behandelt. Davon waren aber nur 970 000 Fälle bis zum Alter von 15 Jahren in reinen Kinder- und Jugendabteilungen, sodass 26,7% der Kinder dieser Altersgruppe in anderen Abteilungen versorgt wurden. In der Altersgruppe bis 20 Jahre waren es mit 52,6% naturgemäß mehr. In den chirurgischen Fächern einschließlich Urologie und Orthopädie waren ca. 128 000 Fälle, in Augen-, Zahn- und Kieferkliniken 15 600 Fälle und in HNO-Kliniken knapp 72 000 Fälle bis zum Alter von 15 Jahren stationär untergebracht. Es verbleibt noch eine Fallzahl ohne chirurgische Fächer von ca. 43 000 Fällen, entsprechend 4,5% (GKinD über Statistisches Bundesamt).

Schaut man sich die Verteilung der stationär in pädiatrischen Fachabteilungen behandelten AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen regional differenziert an, dann fallen beträchtliche Unterschiede zwischen den Regionen in Deutschland auf. Für den vorliegenden Beitrag wurden aus den im Jahr 2013 bundesweit abgerechneten Krankenhausfällen aller AOK-Versicherten zunächst die Gruppe der 0- bis 19-Jährigen (ohne gesunde Neugeborene) isoliert. Im Jahr 2013 waren dies insgesamt 501 751 Kinder und Jugendliche, von denen 331 280 0- bis 14-Jahre und 237 397 0- bis 9 Jahre alt waren; der Anteil AOK-versicherter Kinder und Jugendlicher unter allen stationär Behandelten dieser Altersgruppe entspricht damit in etwa dem allgemeinen Anteil AOK-Versicherter an der Gesamtbevölkerung von rund 30%.

Anschließend wurde der jeweilige Behandlungsort dahingehend kategorisiert, ob es sich um eine Behandlung a) in einer pädiatrischen Fachabteilung oder einer Fachabteilung mit pädiatrischem Schwerpunkt gehandelt hat, b) die Behandlung zwar in einer nicht-pädiatrischen Fachabteilung stattgefunden hatte, das Krankenhaus jedoch über eine pädiatrische Fachabteilung verfügt (unter der Annahme, dass dann eine pädiatrische Mitversorgung zumindest theoretisch möglich wäre) oder c) die Behandlung in einem Krankenhaus ohne pädiatrische Expertise erfolgte. Bei der Betrachtung bzw. Interpretation der Daten sind zwei Probleme zu beachten: Zum einen scheint es so zu sein, dass einige Kliniken die Behandlung von Kindern und Jugendlichen fälschlicherweise nicht-pädiatrischen Fachabteilungen zuweisen, obwohl sie auf einer pädiatrischen Fachabteilung stattgefunden hat; zum anderen gibt es eine Reihe von Kliniken mit pädiatrischen Fachabteilungen, die jedoch nicht über Planbetten verfügen, sodass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwar pädiatrisch erfolgt, jedoch offiziell korrekt als nicht-pädiatrisch kategorisiert wird. Diese Fehler sind zwar auf einer höheren Aggregationsebene zu vernachlässigen, können aber bei Betrachtung einzelner Kreise zu Verzerrungen führen. Tabelle 17-1 zeigt die Spannweite regionaler Unterschiede der stationären pädiatrischen Versorgung in den drei genannten Krankenhauskategorien für ganz Deutschland und die drei Raumebenen der 16 Bundesländer, 96 Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und 412 Kreise bzw. kreisfreien Städte Deutschlands.

Wie zu erwarten sinkt mit zunehmenden Alter der Anteil Kinder und Jugendlicher, die in pädiatrischen Fachabteilungen behandelt werden. Jedoch zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede. Während im Bundesdurchschnitt 92,9% der 0- bis 9-Jährigen in pädiatrischen Fachabteilungen oder in Krankenhäusern, die eine pädiatrische Fachabteilung haben, behandelt werden, gibt es Kreise, in denen

Tabelle 17-1

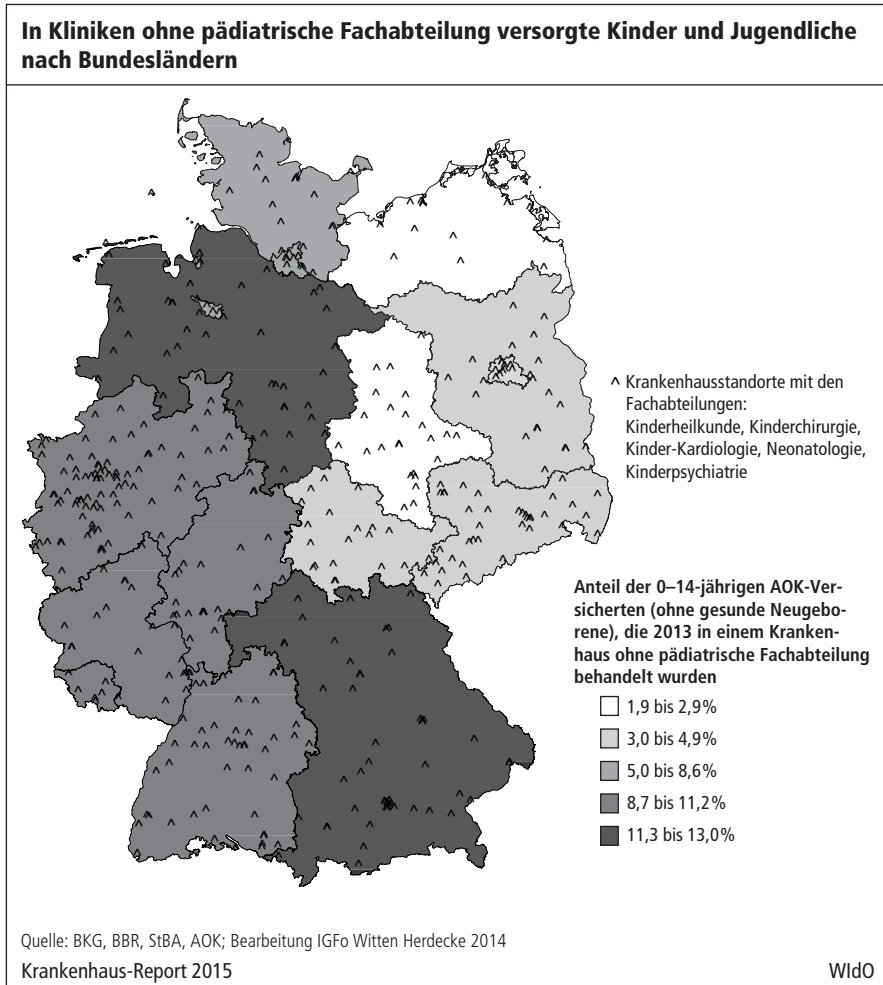
Spannweite der regionalen Unterschiede der Anteile AOK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die a) in pädiatrischen Fachabteilungen, b) in nicht-pädiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern, die über eine pädiatrische Fachabteilung verfügen oder c) in Krankenhäusern ohne pädiatrische Fachabteilung behandelt wurden

	in pädiatrischer Fachabteilung (FA)			in pädiatrischer FA oder nicht-pädiatrisch in Krankenhaus mit pädiatrischer FA			nicht-pädiatrisch in Krankenhaus ohne pädiatrische FA		
	0-9 Jahre	0-14 Jahre	0-19 Jahre	0-9 Jahre	0-14 Jahre	0-19 Jahre	0-9 Jahre	0-14 Jahre	0-19 Jahre
Deutschland (Durchschnitt)	82,0 %	79,1 %	62,1 %	92,9 %	90,5 %	80,7 %	7,1 %	9,5 %	19,3 %
Bundesländerebene	79,0-88,9 %	75,9-86,5 %	58,0-74,7 %	90,8-99,0 %	88,1-98,1 %	73,4-95,9 %	1-9,2 %	1,9-11,9 %	4,1-26,6 %
Raumordnungsregionen (BBSR)	65,4-90,8 %	65,5-89,8 %	44,8-76,6 %	81,0-99,4 %	73,9-98,8 %	55,2-97,6 %	0,6-19,0 %	1,2-26,1 %	2,4-44,8 %
Kreisebene	54,4-97,9 %	54,0-96,7 %	34,9-83,0 %	71,5-100 %	64,4-100 %	46,9-99,4 %	0-28,5 %	0-35,6 %	0,6-53,1 %

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 17-1

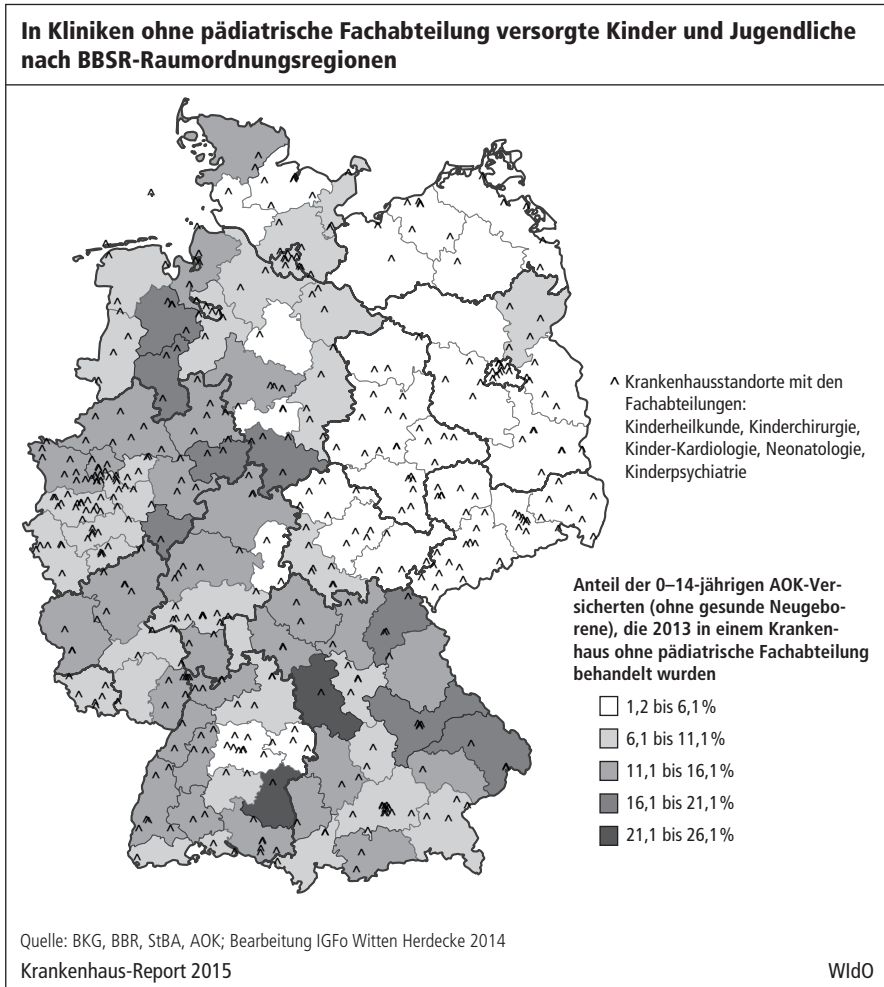


28,5% der Kinder dieser Altersgruppe ohne explizite pädiatrische Versorgungsstrukturen stationär versorgt werden. Für die Gruppe der 0- bis 14-Jährigen steigt dieser Anteil in einzelnen Kreisen bis auf 35,6%.

Laut den AOK-Daten werden Kinder, die nicht in Krankenhäusern mit pädiatrischen Fachabteilungen versorgt werden, vor allem in Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Augenheilkunde, Orthopädie und Urologie versorgt (Aufzählung mit absteigender Relevanz) – bei den über 14-Jährigen kommt dann noch die Innere Medizin hinzu.

Wenn man sich die Verteilung der Anteile Kinder grafisch aufbereitet anschaut, dann fällt auf, dass vor allem in den östlichen Bundesländern die pädiatrische Versorgung stark von Kinder- und Jugendkliniken beherrscht wird, während besonders in Bayern größere Teile der Versorgung in Krankenhäusern ohne pädiatrische

Abbildung 17–2



Fachabteilung stattfinden. Diese geografischen Analysen zeigen die Abbildung 17–1 für die Bundeslandebene und Abbildung 17–2 für die Raumordnungsregionen des BBSR. Wie bereits erwähnt, sollten die Daten nicht überinterpretiert werden, da Zuordnungsfehler in einzelnen Kreisen vorliegen können. Zudem sind nicht alle Kinder- und Jugendkliniken, deren Standorte ebenfalls in den Karten eingezeichnet sind, in der genutzten Datengrundlage, dem Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes aus 2012, verzeichnet.

Auch wenn man von einer gewissen Unschärfe in der Analyse ausgeht, wird doch deutlich, dass es erkennbare Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern gibt. Nun ist das Erreichen einer Quote von über 88% wahrlich kein schlechtes Resultat. Vor allem Niedersachsen und Bayern haben aber ein schwächeres Ergebnis. Dass trotz geringerer Kinderzahl und großen Entfernungen in Flächenstaaten eine bessere Quote von über 95% erreichbar ist, zeigen die Zahlen aus

allen neuen Bundesländern. Die Interpretation dieses Phänomens ist einfach: Die staatlich angeordnete Gesundheitspolitik der ehemaligen DDR, die die Zuordnung von Kindern und Jugendlichen klar definiert hat, hat sich über die Jahrzehnte gehalten, während die freiheitliche Haltung der Landesvertreter in den alten Bundesländern die Fachlichkeit über die ganzheitliche Betrachtung gestellt haben. Das führte dazu, dass die Organspezialitäten die Kinder und Jugendlichen medizinisch behandeln, das Bewusstsein für strukturelle Bedürfnisse wie kindgerechte Unterbringung, Fachpflege und pädiatrische Mitbeurteilung jedoch weniger im Fokus stand. Zusätzlich muss bedacht werden, dass das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachabteilung nicht bedeutet, dass deren fachliche Expertise von den anderen Kinder behandelnden Fachabteilungen angefordert wird.

Die Daten zeigen daher, dass – regional deutlich unterschiedlich – noch keine vollumfängliche kinder- und jugendärztliche Einbindung in die stationäre Versorgung besteht. Aus Sicht der Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin muss es daher das Ziel sein, wenn alle Unterzeichner die Charta für Kinder im Krankenhaus ernst nehmen möchten, zumindest alle Kinder bis zum Alter von 15 Jahren in einer Kinder- und Jugendabteilung unterzubringen, auch wenn andere Fachabteilungen die ärztliche Leistung wesentlich erbringen. Hier muss das Prinzip gelten, dass der Arzt zum Patienten kommt und nicht umgekehrt.

17.6 Qualitätsanforderungen der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Wie bereits erwähnt, hat der gemeinsame Bundesausschuss für die Schwerpunkte der Kinderkardiologie, Kinderonkologie und Neonatologie personelle und Strukturvorgaben gemacht, die einzuhalten sind, wenn die erbrachten Leistungen abrechenbar sein sollen. Die Nachweise sind dem medizinischen Dienst der Krankenkassen auf Nachfrage vorzulegen. In der Kinderonkologie müssen z. B. mindestens drei Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung arbeiten und es muss ein regelmäßiger Visiten- und Rufdienst eingerichtet sein. Des Weiteren besteht im Pflegedienst die Forderung, dass ein Teil der Kindergesundheits- und -krankenpflegenden eine Fachweiterbildung in der Onkologie vorweisen können. Darüber hinaus muss ein Psychosozialdienst vorgehalten werden. Auch strukturelle Ansprüche wie Tumorkonferenzen, Kooperation mit einer Kinderchirurgie, Neurochirurgie und die Beteiligung an Qualitätskontrolle-Zirkeln sind umzusetzen.

Im Schwerpunkt Kinderkardiologie dürfen herzchirurgische Eingriffe nur in personell nach der G-BA-Vorgabe ausgestatteten Einrichtungen vorgenommen werden. Dies bezieht sich nicht nur auf den ärztlichen Dienst, sondern auch auf den Pflegedienst, der z. B. im Bereich der Intensivmedizin eine Fachweiterbildung im Bereich pädiatrische Intensivpflege bei 40% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorweisen muss. Auch hier muss es einen eigenständigen kinder-kardiologischen Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienst geben. Kooperationen mit weiteren Subdisziplinen wie Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Nephrologie und HNO-Heilkunde müssen verfügbar sein, ebenso wie der Zugang zu einem Kardio-MRT. Maßnahmen zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität umfassen vierteljährliche Teamsit-

zungen, die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und die Beteiligung an Qualitätszirkeln.

In der Neonatologie wurde zur Versorgung von Frühgeborenen unter 1 500 g innerhalb eines Zentrums Level 1 eine Mindestmengen-Regelung diskutiert. Aktuell müssen 14 Extrem-Frühgeborene pro Jahr versorgt werden. Die vom G-BA vorgesehene Erhöhung der Mindestmenge auf 30 Frühgeborene wurde zwischenzeitlich per Gerichtsurteil ausgesetzt. Zusätzlich gibt es hinsichtlich der ärztlichen und pflegerischen Ausstattung sowie weiterer struktureller Merkmale Vorgaben, um den Qualitätsstandard zu gewährleisten. Aktuell gibt es gar nicht genügend Fachkräfte, die diese Voraussetzungen erfüllen. Es werden Anstrengungen unternommen, diese Situation zu verbessern.

Weitere Qualitätsanforderungen sind auf freiwilliger Basis entstanden. Kinder- und Jugendkliniken können sich beispielsweise um das Gütesiegel „Ausgezeichnet für Kinder“ bewerben, das von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKiND), der Bundesgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) entwickelt wurde. Diese Überprüfung der Strukturqualität ist freiwillig und wurde in diesem Jahr zum dritten Mal angeboten. 254 Kinder- und Jugendkliniken haben sich beteiligt. Der Bewertungsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Die Kliniken müssen ausnahmslos alle Standards für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfüllen. Die ausgezeichneten Kliniken müssen auch nachweisen, dass sie Netzwerke aufgebaut haben, die eine adäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und schwerwiegenden Krankheitsbildern sicherstellen. Sämtliche Punkte der EACH-Charta müssen erfüllt werden (GKiND).

17.7 Das DRG-System in der Kinderheilkunde

17

Wenn man von wenigen als besondere Einrichtung geführten Kinder- und Jugendkliniken als Ausnahmen absieht, werden die stationären Leistungen grundsätzlich nach dem DRG-System vergütet. Für Kinder gilt ebenso wie für ältere Menschen, dass ein besonderer Versorgungsaufwand betrieben werden muss, da Kinder schon aus rechtlichen Gründen grundsätzlich zu allen Untersuchungen und Eingriffen begleitet werden müssen. Auch ist der Aufwand bei bestimmten technischen Maßnahmen zeitintensiver und das Leistungsspektrum unter Berücksichtigung aller Altersgruppen und auch seltener Erkrankungen besonders breit. Das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH“ (INeK) hat viele der Vorschläge und Prüfaufträge aus der Pädiatrie inzwischen umgesetzt und so zu einer Anpassung des DRG-Systems an die Erfordernisse der Pädiatrie beigetragen. Trotzdem bleibt das DRG-System für die Vergütung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein viel diskutiertes Unterfangen. Je nach Spezialisierung und Leistungsfähigkeit der Kinder- und Jugendklinik müssen bis zu 500 verschiedene DRGs berücksichtigt werden. Die Kalkulation des INeK führte für 2014 zu insgesamt 211 „Kindersplits“. Davon können 84 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet wer-

den, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In 127 DRGs führt das Kindesalter zu einer Höhergruppierung, wobei man einräumen muss, dass sich diese DRGs häufig auf sehr seltene Erkrankungen wie Knochenmarktransplantation oder komplexe Wirbelsäulen-Operationen etc. beziehen. Auch die Kalkulation für die Früh- und Neugeborenen-Intensivversorgung unterliegt stetiger Bearbeitung. Als systemimmanent kann aber konstatiert werden, dass der sogenannte „Katalogeffekt“ vor allem für die häufigen Erkrankungen der Atemwege und des Gastrointestinaltrakts in den letzten Jahren zu einer leichten Abwertung geführt hat. Da das System generell auf Durchschnittskliniken ausgerichtet ist, können relevante Mindererlöse in einzelnen Kliniken trotz der aufwändigen Anpassungen des DRG-Systems bestehen bleiben (INeK 2014).

Hinzu kommt, dass über 50% der Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Notfallversorgung stationär aufgenommen werden, etwas mehr als in der Erwachsenenmedizin. Der Anteil für die ständige Verfügbarkeit der stationären Versorgungsleistungen liegt aber bei ca. 40% des Budgets, 15% mehr als in der Erwachsenenmedizin. Beispielsweise können keine gemeinsamen pflegerischen oder ärztlichen Bereitschaftsdienste mit Erwachsenenabteilungen durchgeführt werden. Planbare Leistungen haben in der stationären Pädiatrie nur einen Anteil von ca. 20%, wodurch die Kalkulierbarkeit für die Kliniken schwieriger ist (GKiND, DGKJ). Es ist sicher notwendig, dass der individuelle, vor allem pflegerische und beratende Mehraufwand, inklusive Elternunterbringung, erkennbar berücksichtigt wird. Bei der pauschal vergüteten Elternunterbringung kommt es zuweilen zu Konflikten mit dem für die Überprüfung der ärztlich bescheinigten Notwendigkeit zuständigen MDK. Beklagt wird, dass die pädiatrischen Leistungen und medizinischen Zusammenhänge seitens des MDKs nicht immer von Kinder- und Jugendärzten beurteilt, sondern z. B. internistische Maßstäbe angelegt werden.

17.8 Medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin

Ein besonderes Thema ist die Arzneimittelversorgung im Kindes- und Jugendalter. Etwa 90% aller Kinder unter drei Jahren erhalten im Jahr mindestens einmal ein Arzneimittel, wobei am häufigsten Analgetika, Mittel zur Behandlung von Infekten der Atemwege, ADHS-Arzneien, Antibiotika und Impfstoffe verordnet werden. Problematisch ist besonders bei jungen Kindern der Zulassungsstatus der Arzneimittel. Es wird davon ausgegangen, dass nur zwei Drittel der Arzneistoffe für diese Altersgruppe zugelassen sind (Muhlbauer et al. 2009). Die Anwendung von Arzneimitteln im „Off-Label-Use“ im stationären Bereich liegt deutlich höher. Das liegt daran, dass besonders für die Neonatologie, Kardiologie und im Bereich der Intensivmedizin viele Zulassungen fehlen. In einer Studie aus dem stationären Versorgungsbereich bekamen 60% mindestens eine Off-Label-Verordnung während des stationären Aufenthaltes (Hsien et al. 2008). Obwohl bei Neuzulassungen grundsätzlich ein „Pediatric-Investigation-Plan“ (PIP) vorgelegt werden muss, führt dies bisher nur dazu, dass sehr langsam weitere neue Medikamente zugelassen werden, die z. T. aber für pädiatrische Indikationen gar nicht bedeutend sind.

Oft bleiben alte Präparate, die Off-Label eingesetzt werden, unbeachtet, da der Patentschutz meist abgelaufen ist und Studien ohne Initiator zu kostspielig sind.

Es ist beileibe nicht so, dass Kindern stets die beste und wirksamste Therapie zuteil wird. Ein aktuelles Beispiel ist die Behandlung der chronischen Hepatitis C, die ab Ende 2014 bei Erwachsenen mit einer oralen Kombinationsbehandlung in über 90% der Fälle erfolgreich therapiert werden kann. Der zugelassene Therapiestatus bei Kindern und Jugendlichen befindet sich diesbezüglich auf dem Forschungsstand von 2001 für Erwachsene. Damals war die Kombination PEG-Interferon mit Ribavirin die Standardtherapie, die nach wie vor für Kinder gilt. Bis die orale Medikation für Kinder verfügbar ist, vergehen mindestens noch fünf bis sechs Jahre. Off-Label-Behandlungen werden von den Kostenträgern regelmäßig abgelehnt, was eindeutig dazu führt, dass Kinder zumindest mit diesen Krankheitsentitäten schlechter behandelt werden.

17.9 Weitere Entwicklung und Problembereiche

Neben der Notwendigkeit der stetigen Prüfung einer auskömmlichen Finanzierung der Kinder- und Jugendkliniken könnte vor allem die flächendeckende Versorgung mit Aufrechterhaltung einer nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand adäquaten medizinischen Versorgung problematisch werden. Dies gilt vor allem für strukturschwache Flächenregionen. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin hat unter wissenschaftlicher Begleitung aus der Public-Health-Forschung ein Zukunftsszenario entwickelt.¹ In ländlichen Regionen soll die nächste Kinder- und Jugendklinik oder Kinder- und Jugendabteilung in maximal 40 Minuten und 30 km Entfernung erreichbar sein. Zwischen zwei Einrichtungen sollte der Abstand daher maximal 80 Minuten und 60 km betragen. Um eine adäquate Versorgung – insbesondere auch in Notfällen – sowie eine gute Vernetzung mit Spezialkliniken sicherzustellen, haben alle Verbände im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ein Strukturpapier konsentiert, das die Mindestanforderung an die Struktur einer kinder- und jugendmedizinischen oder kinderchirurgischen Fachabteilung definiert.²

13,2% der Bevölkerung sind unter 15 Jahre und im Jahre 2020 noch ca. 16% unter 20 Jahre alt. Es muss im gesellschaftlichen und politischen Interesse sein, diese Altersgruppe, die eine maßgebliche Stütze der überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung darstellt, medizinisch adäquat zu versorgen. Dazu gehört eine angemessene und auskömmliche Vergütung der stationären Behandlung mit einer kontinuierlichen adäquaten Anpassung des DRG-Systems oder ggf. anderen zusätzlichen Vergütungskomponenten, um dies dauerhaft sicherzustellen (DGKJ Berlin).

In Anbetracht des sich ändernden Krankheitsspektrums, das immer mehr Zivilisationserkrankungen und chronische Störungen beinhaltet, muss auch geprüft wer-

1 <http://DAKJ.de/Pages/Posts/Analyse-und-Zukunftsszenario-der-flächendeckenden-Versorgung-der-Kinder-und-Jugendlichen-in-Deutschland-Thesen-115.php>

2 www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de

den, inwieweit die teilstationäre Diagnostik und Therapie einen Teil der stationären Krankenversorgung ergänzen kann. Diese Versorgungsform ist sowohl patientenzentriert als auch mit Kosteneinsparungen für vollstationäre Aufenthalte verbunden, weswegen sie weitere Verbreitung finden sollte. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, im Dialog zwischen Leistungserbringern, Gesundheitspolitik und Kostenträgern dafür zu sorgen, dass ein adäquates pädiatrisch/kinderchirurgisches Versorgungsangebot aufrechterhalten wird. Die Zukunft für ein sich zunehmend diversifizierendes Gesellschaftssystem kann nur in einer gesunden Jugend liegen.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). <http://www.dgkj.de/>.
- Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A. Pain in children and adolescents in Germany: the prevalence and usage of medical services. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 711–7.
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD). Gemeinsame Pressemitteilung Bundesärztekammer, DGKJ und GKinD. Berlin 2014. [http://www.gkind.de/feet/startseite/detailseite.html?tx_news_pi1\[news\]=30&tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&cHash=c749cf469fd23ad79895ae06be5f83c0](http://www.gkind.de/feet/startseite/detailseite.html?tx_news_pi1[news]=30&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&cHash=c749cf469fd23ad79895ae06be5f83c0) (25. September 2014).
- Holling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007a; 50: 784–93.
- Holling H, Kamtsiuris P, Lange M, Thierfelder W, Thamm M, Schlack R. The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS): study management and conduct of fieldwork. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 207b; 50: 557–66.
- Holling H, Schlack R. Eating disorders in children and adolescents. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 794–9.
- Hsien L, Breddemann A, Frobel AK, Heusch A, Schmidt KG, Laer S. Off-label drug use among hospitalised children: identifying areas with the highest need for research. *Pharm World Sci* 2008; 30: 497–502.
- INeK. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und Report-Browser. Siegburg 2014. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2014/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2014 (16. September 2014).
- Kahl H, Dortschy R, Ellsasser G. Injuries among children and adolescents (1–17 years) and implementation of safety measures. Results of the nationwide German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 718–27.
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U, Schlack R, Schlaud M. Prevalence of somatic diseases in German children and adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 686–700.
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A. The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children

- and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 736–43.
- Muhlbauer B, Janhsen K, Pichler J, Schoettler P. Off-label use of prescription drugs in childhood and adolescence: an analysis of prescription patterns in Germany. Dtsch Arztebl Int 2009; 106: 25–31.
- Oikarinen H, Merilainen S, Paakko E, Karttunen A, Nieminen MT, Tervonen O. Unjustified CT examinations in young patients. Eur Radiol 2009; 19: 1161–5.
- Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Prevalence and characteristics of children and youth with special health care needs (CSHCN) in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 750–6.
- Schlack R, Holling H, Kurth BM, Huss M. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 827–35.
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W. Allergic diseases. Results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 701–10.
- Statistisches Bundesamt. Geburtenzahl durch demografische Entwicklung vorgezeichnet. Wiesbaden 2013. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html) (25. September 2014).
- Statistisches Bundesamt. 2013: 7,5 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Wiesbaden 2014. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/SchwerbehinderteMenschen.html>. (25. September 2014).

Teil III

Krankenhauspolitische Chronik

(Kapitel 18)

This page intentionally left blank

18 Krankenhauspolitische Chronik

Dirk Bürger

Die Wahl zum 18. Deutschen Bundestag am 22. September 2013 bedeutete für manchen das (gesundheits-) politische Karriereende; für die Freie Demokratische Partei (FDP) mit einem Ergebnis von nur noch 4,8 Prozent sogar das „Aus“. Und dies sowohl im Deutschen Bundestag als auch im Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Weil die FDP an der 5-Prozent-Hürde scheiterte, ist Daniel Bahr, der zur Mitte der 17. Wahlperiode das Amt des Bundesgesundheitsministers übernommen hatte, da Dr. med. Philipp Rössler (FDP) Bundeswirtschaftsminister und Vizekanzler der schwarz-gelben Regierungskoalition geworden war, nicht mehr im Bundestag vertreten. Das gleiche gilt für die gesundheitspolitischen Sprecherinnen der Grünen, Birgitt Bender, und der Linken, Dr. Martina Bunge. Deren Parteien erhielten zu wenig Zustimmung von den Wählerinnen und Wählern, sodass beide Politikerinnen nicht wieder über ihre jeweilige Listenposition in den Deutschen Bundestag einziehen konnten.

Weiter ging und geht es im Bundestag dagegen für Jens Spahn (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD). Beide setzten sich in ihren Wahlkreisen erfolgreich durch und gestalteten zudem als Verhandlungsführer die zukünftige Gesundheitspolitik der Großen Koalition aktiv mit. Die Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen umsetzen wird nun der Überraschkandidat Hermann Gröhe, der zuvor als Generalsekretär der CDU Deutschland brillierte und zum Erstaunen vieler am 17. Dezember 2013 als Bundesgesundheitsminister im dritten Kabinett von Kanzlerin Dr. Angela Merkel vereidigt wurde.

Der von CDU, CSU und SPD geschlossene Koalitionsvertrag beschreibt auf 185 Seiten, wie die Zukunft Deutschlands aus Sicht der Großen Koalition gestaltet werden soll. 11 Seiten befassen sich mit der Gesundheits- und Pflegepolitik. Das krankhauspolitische „Leitmotiv“ dieser 18. Wahlperiode wird das Thema Qualität sein. Daher soll „Qualität“ als Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt werden. Es ist zudem beabsichtigt, Qualität für alle Beteiligte transparenter und leichter nachvollziehbar werden zu lassen sowie mangelhafte Qualität zu sanktionieren. So wurde mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) bereits die Grundlage für die Gründung eines unabhängigen Qualitätsinstituts geschaffen, um ein Mehr an Qualitätstransparenz zu erreichen. Darüber hinaus wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, vier planbare Leistungen auszuwählen, bei denen es direkte Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geben kann. Politisch beabsichtigt ist aber auch, unterdurchschnittliche Qualität bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten zukünftig geringer zu vergüten.

Für die zukünftige stationäre Versorgungsstruktur wird aber entscheidend sein, auf welche Ergebnisse sich die Bundes- und Landespolitiker in der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe“ voraussichtlich bis Ende 2014 verständigen werden. Unter der Federführung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und der amtierenden Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), der Hamburger Gesund-

heitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), arbeiten seit dem 26. Mai 2014 weitere acht Ländervertreter (Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen) sowie vier Vertreter der Regierungskoalition (mit Gaststatus) daran, die entscheidenden Weichen zu stellen. Im Mittelpunkt ihrer Aufgabe sollen die Themengebiete „Qualität, Sicherstellung insbesondere der Notfallversorgung, Betriebs- und Investitionskosten“ stehen.

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch im Jahr 2013 wieder mehr für die Krankenhäuser zahlte – fast 65 Mrd. Euro, das entspricht einem Plus von 3,9% im Vergleich zu 2012 –, nimmt der Handlungsdruck auf alle Beteiligten zu. Bei den Krankenhäusern, weil immer mehr von ihnen rote Zahlen schreiben und so die Sorge um die eigene Existenz stark zunimmt. Bei den Krankenkassen, die steigende Zusatzbeiträge fürchten, weil diese die Versicherten zu günstigeren Konkurrenten treiben. Und bei den Politikern, die den Zorn der Wähler fürchten, wenn mutige Strukturreformen das regionale Krankenhaus gefährden.

Besonders bedrohlich erscheint jedoch die Situation bei den Unikliniken: Nach Angaben des Verbandes der Universitätsklinika (VUD) soll im Jahr 2013 ein Defizit von 161 Mio. Euro entstanden sein. Ob es allerdings ausreicht, nur die Länderinvestitionsmittel auf ein auskömmliches Niveau zu erhöhen (laut Deutscher Krankenhausgesellschaft fehlen jedes Jahr rd. drei Mrd. Euro) oder ob es nicht doch zielgerichteter wäre, die vorhandenen Krankenhausstrukturen und -kapazitäten umzubauen, obliegt allein dem Entscheidungswillen und -mut der beteiligten Bundes- und Landespolitiker. Doch die Bund-Länder-AG wäre nicht die erste Reformkommission, die groß gestartet, aber im Unverbindlichen geendet ist.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
30. Juni 2014	Politik	Zweite „Runde“ der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform	Im Mittelpunkt der zweiten Zusammenkunft und der eigentlich ersten „Arbeitsrunde“ der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform stehen die Themenblöcke Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung.
26. und 27. Juni 2014	Politik	GMK spricht sich für ein stärkeres Engagement von Kliniken in der ambulanten Versorgung aus	Die GMK hat sich im Rahmen der 87. Tagung für eine Neuausrichtung von Rahmenbedingungen und Strukturen im Gesundheitswesen ausgesprochen. In diesem Zusammenhang fordert sie auch ein stärkeres Engagement von Kliniken in der ambulanten Versorgung sowie mehr Delegation an nichtärztliche Fachberufe.
26. Juni 2014	Wissenschaft	Jede dritte Klinik in den roten Zahlen	Wiesen laut „Krankenhaus-Rating-Report“ 2009 nur 14,1 % der Kliniken eine negative Bilanz aus, so stieg dieser Anteil 2012 auf 34,3 % an. Durch diesen negativen Trend steigt auch die Insolvenzgefahr: Von 7,4 % im Jahr 2009 auf 13,8 % im Jahr 2012. Als Hauptursache der Schiefelage sieht der Report die sinkenden Investitionsfördermittel der Länder: So ist die Investitionsquote von 10 % im Jahr 1991 auf 4 % im Jahr 2012 zurückgegangen.
23. Juni 2014	Wissenschaft	SVR legt Jahresgutachten 2014 vor	Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legt sein Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ vor. Für den stationären Bereich werden Überkapazitäten in Ballungszentren und die Sicherstellung von bedarfsnotwendigen Krankenhausstrukturen in sehr ländlichen Bereichen als die beiden größten Herausforderungen angesehen. Zum Abbau von stationären Überkapazitäten empfiehlt der SVR, stärkere finanzielle Anreize in Form von gezielten Übergangszahlungen zu setzen, die es Krankenhasträgern erleichtern, sich aus solchen Geschäftsfeldern zurückzuziehen, in denen sie absehbar weder die erforderlichen Deckungsbeiträge noch Qualitätsniveaus erreichen.
5. Juni 2014	Politik	Deutscher Bundestag beschließt Qualitätsinstitut, Änderungen bei PEPP und Schlichtungsausschüssen	Im Rahmen der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag wird das GKV-FQWG mit breiter Mehrheit beschlossen. Abgelehnt werden in diesem Zusammenhang die Anträge der Opposition zum PEPP-System, da die Regierungskoalition durch eigene Änderungsanträge die „Scharfstellung“ des neuen Vergütungssystems um zwei Jahre verschoben hat. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bedeutet dies, dass sie auch in den Jahren 2015 und 2016 frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Verschärft wurden auch die Vorgaben für die Einrichtung von Landes-Schlichtungsausschüssen nach § 17c KHG.
26. Mai 2014	Politik	Startschuss für Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform	Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform kommt zum ersten offiziellen Gespräch unter Vorsitz des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe und der Vorsitzenden der GMK, Landesministerin Cornelia Prüfer-Storcks, in Berlin zusammen. Grundlage für diese AG sollen die im Koalitionsvertrag gemeinsam von SPD, CDU und CSU getroffenen Vereinbarungen sein.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
22. Mai 2014	Rechtsprechung	„Brustzentren“ können Zuschläge geltend machen	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat in sechs Verfahren aus Nordrhein-Westfalen entschieden, dass Krankenhäuser mit einem besonderen Versorgungsauftrag für die Behandlung von Brustkrebserkrankungen (Brustzentren) von den Krankenkassen einen Zuschlag für stationäre Zentrumsleistungen beanspruchen können, soweit diese Leistungen nicht schon über die normalen Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden (Az.: BVerwG 3 C 8.13; BVerwG 3 C 9.13; BVerwG 3 C 12.13; BVerwG 3 C 13.13; BVerwG 3 C 14.13; BVerwG 3 C 15.13).
9. Mai 2014	Selbstverwaltung	DKG will an die Spitze der Qualitätsbewegung	Im Rahmen des „Qualitätstages der Krankenhäuser“ bekundet die DKG ihren Willen, sich an die Spitze der Qualitätsbewegung zu setzen. Im Positionspapier „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit“ fordert sie ein Zweitmeinungsverfahren vor jeder Operation als Regelleistung der GKV und lehnt eine qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen ab, da hierdurch Patienten aufgrund ihres Risikos selektiert werden könnten.
7. Mai 2014	Politik	Regierungsfraktionen legen Änderungsanträge zu Schlichtungsausschuss und PEPP vor	Die Regierungsfraktionen von CDU/CSU und SPD wollen mit der Vorlage von Änderungsanträgen (ÄA) zum GKV-FQWG den Beschluss der Geschäftsführenden Vorstände vom 29. April zum PEPP-System umsetzen. Dadurch haben die Anträge der Fraktionen „Die Linke“ (BT-Drucksache 18/557) sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 18/849) zum PEPP keine Chance auf eine parlamentarische Zustimmung. Des Weiteren wird mit dem ÄA die Landesschiedsstelle (§ 18a Absatz 1 KHG) beauftragt, die Aufgaben des Schlichtungsausschusses übergangsweise wahrzunehmen.
29. April 2014	Politik	Verlängerung der PEPP-Optionsphase	Die Geschäftsführenden Vorstände der Regierungsfraktionen haben während ihrer Klausurtagung in Königswinter zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland beschlossen, dass die Optionsphase beim PEPP um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2016 verlängert wird. In diesen zwei Jahren wird das PEPP-System durch das BMG grundsätzlich geprüft und gegebenenfalls können Alternativen dazu entwickelt werden. Des Weiteren sollen für Häuser, die für eine Teilnahme optieren, budgetäre Anreize gesetzt werden.
16. April 2014	Politik	Sondertreffen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)	Im Rahmen eines Sondertreffens der GMK und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz in Berlin wurde der Start der Beratungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform für den 26. Mai 2014 vereinbart. Klinikplanung und -bezahlung sollten sich stärker am Erfolg der Behandlungen ausrichten, sagte die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, die Hamburger Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD). „Es ist wichtig, dass wir das Thema Qualität voranbringen.“ Dazu solle ein geplantes neues Institut zur Messung der Qualität dienen. Die Länder wollten bei den entsprechenden Verfahren stärker als bisher geplant eingezogen werden. Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sieht die Notwendigkeit, dass die Mittel der Krankenkassen für den laufenden Betrieb der Kliniken steigen. Zurückhaltend äußerte sich Gröhe zu Forderungen nach mehr Bundesmitteln für Gebäude und Ausstattung der Krankenhäuser.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
15. April 2014	Selbstverwaltung	Investitionsbewertungsrelationen fürs DRG-System werden vorgestellt	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) legt erstmals einen Katalog mit Investitionsbewertungsrelationen (§ 10 KHG) für den DRG-Entgeltbereich vor. Auf Grundlage dieser können die Bundesländer nun entscheiden, ob bzw. bis zu welchem Anteil sie ihre pauschalen Investitionen über dieses Verfahren auszahlen.
8. April 2014	Selbstverwaltung	Aus für Landes-Schlichtungsausschüsse gefordert	In einem gemeinsamen Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe fordern DKG und GKV-SV, die Vorgabe zur Einrichtung landesweiter Schlichtungsstellen (§ 17c KHG) ersatzlos zu streichen.
30. März. bis 02. April 2014	Wissenschaft	30.000 Tote – Klinikhygieniker schlagen Keim-Alarm	Auf 900 000 im Jahr schätzt die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) die Zahl der nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern in Deutschland. 30 000 Menschen fielen alljährlich den Klinikkeimen zum Opfer.
26. März 2014	Politik	Bundeskabinett beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)	Kernpunkte des durch den Bundesrat zustimmungsfreien Gesetzentwurfs bleiben die Veränderungen in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen und der Beitragserhebung sowie die Qualität der Behandlung und die Schaffung des neuen Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (siehe auch Meldung vom 12. Februar 2014). Die erste Lesung soll im Deutschen Bundestag am 8. oder 9. April 2014 erfolgen. Die Öffentliche Anhörung findet voraussichtlich am 21. Mai statt. Insgesamt soll das Gesetz bis Mitte Juli und damit vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause beschlossen worden sein. Die Regelungen zum Qualitätsinstitut treten bereits am Tag nach der Verkündung in Kraft, die weitergehenden zum 1. Januar 2015.
20. März 2014	Qualität	G-BA: Erstmals finanzielle Sanktionsmöglichkeiten bei Verstoß gegen Berichtspflicht beschlossen	Ab dem Berichtsjahr 2013 wird ein Krankenhaus einen Qualitätssicherungsabschlag in Höhe von zunächst einem Euro und im Wiederholungsfall von zwei Euro pro vollstationären Krankenhausfall des Berichtsjahres zahlen müssen, wenn es seiner Pflicht zur Qualitätsberichterstattung nicht nachkommt. Des Weiteren müssen die Krankenhäuser Angaben darüber machen, ob sie leistungsbezogene Zielvereinbarungen mit ihren leitenden Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen haben. Dies hat der G-BA mit seinem Änderungsbeschluss zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) festgelegt.
5. März 2014	Politik	Krankenhäuser erzielten 64,91 Mrd. Euro an Einnahmen durch die GKV in 2013	Die GKV hat nach den vorläufigen Finanzergebnissen für das Jahr 2013 einen Überschuss von knapp 1,2 Mrd. Euro und der Gesundheitsfonds von 510 Mio. Euro verbuchen können. Insgesamt belaufen sich die Finanzreserven nun auf 30,3 Mrd. Euro (GKV rd. 16,7 Mrd. Euro & Fonds rd. 13,6 Mrd. Euro). Die GKV wendete insgesamt 64,91 Mrd. Euro für den Krankenhaussektor auf, was einem Plus von 3,7 % zu 2012 entspricht.
3. März 2014	Selbstverwaltung	Uniklinika melden Rekorddefizit	Trotz des von der christlich-liberalen Bundesregierung kurz vor der Wahl verabschiedeten „Krankenhaushilfspakets“ meldet der Verband der Universitätsklinika (VUD), dass nach vorläufigen Jahresabschlusszahlen 2013 ein Defizit von 161 Millionen Euro entstanden sei. Damit seien in nur zwei Jahren die Ergebnisse um rund 200 Millionen Euro eingebrochen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
24. Februar 2014	Selbstverwaltung	ver.di legt Umsetzungsvorschlag zur Personalbemessung vor	Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di will in zwei Schritten zu einer Berücksichtigung der Personalkosten im Krankenhaus kommen. So soll in den patientennahen Pflegebereichen das durch eine Pflegepersonalbedarfsregelung (PPR) errechnete Personal zu 100 % zur Verfügung gestellt und finanziert werden. Krankenhäuser müssten im Gegenzug den Nachweis der Stellenbesetzung gegenüber den Krankenkassen erbringen. Für nicht besetzte Stellen sei ein Abschlag vorzusehen. Parallel zu dieser Sofortmaßnahme soll ein Beirat eingesetzt werden, der mit der Weiterentwicklung der PPR zu einer bedarfsgerechten Personalbemessung auch für andere Berufsgruppen beauftragt wird.
18. Februar 2014	Wissenschaft	Im Jahr 2012 waren 7,5 Millionen stationäre Aufnahmen Notfälle	Laut Destatis wurden im Jahr 2012 rund 7,5 Mio. Patienten als Notfälle stationär in deutschen Krankenhäusern aufgenommen. Das waren 42 % aller Aufnahmen. Die häufigsten Notfälle waren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Verletzungen und Vergiftungen.
12. Februar 2014	Politik	Institut für Qualitätssicherung wird durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebracht	Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) setzt die schwarz-rote Regierungskoalition die ersten gesundheitspolitischen Elemente aus dem Koalitionsvertrag um. Neben der Neugestaltung der GKV-Finanzierung enthält der Referentenentwurf auch die Grundlagen für die Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Aufgabe des Instituts ist es, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen. Mit der konkreten Ausgestaltung des Instituts wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt.
11. Februar 2014	Selbstverwaltung	Schlichtungsausschuss Bund vereinbart	DKG und GKV-SV haben sich über die Umsetzungsvoraussetzungen eines „Schlichtungsausschusses Bund“ geeinigt. Dadurch setzen sie die gesetzlichen Vorgaben des § 17c Absatz 3 KHG um, der mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung neugestaltet worden war. Unter dem Vorsitz des unparteiischen Mitglieds Dr. Christof Veit, Geschäftsführer des BQS-Instituts für Qualität & Patientensicherheit, wird das neue Gremium nun seine Arbeit aufnehmen. Als weitere unparteiische Mitglieder sind Prof. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, und Prof. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg, bestellt worden.
31. Januar 2014	Selbstverwaltung	Drei Mrd. Euro an Investitionsmittel fehlen jedes Jahr	Die Bundesländer haben im Jahr 2013 Investitionsmittel i. H. v. 2,72 Mrd. Euro bereitgestellt. Damit bleibt die Investitionsförderung weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Um die Kliniken auf einem modernen Stand zu halten und ihnen eine zukunftsfähige Ausstattung zu ermöglichen, so die DKG, wären nach Einschätzung aller Experten mindestens 6 Mrd. Euro an Investitionsmitteln erforderlich. Jedes Jahr fehlen somit weit über 3 Mrd. Euro.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
23. Januar 2014	Qualität	AQUA-Bericht über die Nutzung von Routinedaten zur Qualitätssicherung	Das AQUA-Institut wird im Auftrag des G-BA zukünftig regelmäßig prüfen, ob Indikatoren auf Basis von Routinedaten die Grundlage sowohl für sektorenübergreifende als auch für sektorenspezifische QS-Verfahren sein können. Dies ist das Ergebnis des Follow-up-Verfahrens bei Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomie), wonach durch die Nutzung von Routinedaten Komplikationen und ungeplante Folgeeingriffe während einer Behandlung und darüber hinaus auch nach dem ersten stationären Aufenthalt besser erfasst werden können.
15. Januar 2014	Politik	Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wählt Vorsitzenden	In der konstituierenden Sitzung des Gesundheitsausschusses wählen die 37 Mitglieder den SPD-Abgeordneten Prof. Dr. Edgar Franke zum Vorsitzenden. Tags zuvor wurde Jens Spahn (CDU/CSU) in seinem Amt als gesundheitspolitischer Sprecher bestätigt und Hilde Mattheis (SPD), Harald Weinberg (Die Linke) und Maria Klein-Schmeink (Die Grünen) als „neue“ gesundheitspolitische Sprecher gewählt.
23. Dezember 2013	Rechtsprechung	Landgericht Tübingen weist die Klage des BDPK gegen Landkreis Calw ab	Das Landgericht Tübingen hat die Forderung des BDPK auf Unterlassung rechtswidriger Subventionen für die Kreiskliniken Calw GmbH – Aktenzeichen 5 O 72/13 – mit der Begründung abgewiesen, dass die streitgegenständliche Krankenhausfinanzierung keinen Wettbewerbsverstoß darstelle. Der Vorstand des BDPK hat am 24. Januar 2014 entschieden, gegen diese Entscheidung Berufung einzulegen.
17. Dezember 2013	Politik	Bundesregierung konstituiert sich – Hermann Gröhe wird neuer Bundesgesundheitsminister	Nach der Wahl von Dr. Angela Merkel zur Bundeskanzlerin hat Bundespräsident Joachim Gauck den bisherigen Generalsekretär der CDU Deutschlands, Hermann Gröhe, zum Bundesminister für Gesundheit ernannt. Als Parlamentarische Staatssekretärinnen im BMG sind die beiden CDU-Abgeordneten Annette Widmann-Mauz und Ingrid Fischbach berufen worden. Beamteter Staatssekretär für das neu geschaffene Amt eines Beauftragten für Pflege und Patienten wird Karl-Josef Laumann. Die Position des verbeamteten Staatssekretärs wird Lutz Stroppe übernehmen.
11. Dezember 2013	Wissenschaft	Gutachten zu unterschiedlichen Basisfallwerten in den Ländern veröffentlicht	Das RWI hat das vom BMG beauftragte Gutachten zu den unterschiedlichen Basisfallwerten in den Ländern veröffentlicht. Die wesentlichen Erkenntnisse sind: <ul style="list-style-type: none"> • Die Variation in den LBFW kann nur zu einem geringen Teil durch unterschiedliche Kostenniveaus und andere beobachtbare Faktoren erklärt werden. Eine weitere Erklärungskraft besitzen die Unterschiede in der Höhe der Investitionsfördermittel, v. a. in Hinblick auf den Unterschied zwischen Ost und West. • Keine große Erklärungskraft für die Unterschiede der LBFW scheinen dagegen zusätzliche Erlösbestandteile, besondere Verhandlungsstile bei Landesbasisfallwertverhandlungen, Qualitätsunterschiede sowie besondere Krankenhaus- oder Bundeslandstrukturen in den Ländern zu besitzen. • Es ist insofern davon auszugehen, dass mindestens zwei Drittel der Variation der LBFW auf historisch vorhandene – jedoch ökonomisch nicht begründbare – Unterschiede zurückzuführen sein müssen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
21. November 2013	Wissenschaft	Personalkosten der Krankenhäuser steigen fast doppelt so stark wie Sachkosten	Nach Veröffentlichung von Destatis belaufen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser für das Jahr 2012 auf 86,8 Mrd. Euro (2011: 83,4 Mrd. Euro). Die durchschnittlichen Kosten je Behandlungsfall stiegen von 3960 Euro im Jahr 2011 auf 4060 Euro. Während Personalkosten um 4,8 % auf 51,9 Mrd. Euro zugelegt haben, war die Entwicklung bei den Sachkosten mit 2,9 % (32,6 Mrd. Euro) weniger dynamisch.
21. November 2013	Wissenschaft	OECD-Gesundheitsbericht: Viele Behandlungsfälle, Beschäftigte und Krankenhausbetten	Wie aus der Ausgabe von <i>Health at a Glance</i> der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hervorgeht, hat Deutschland im Verhältnis zu seinen Einwohnern die zweithöchste Zahl von Krankenhausbehandlungen in der OECD. Nur in Österreich gibt es noch höhere Fallzahlen. Auch liegt Deutschland mit acht Krankenhausbetten pro tausend Einwohnern im Vergleich nur hinter Japan und Korea (OECD-Schnitt: 5) – und das, obwohl die Anzahl der Krankenhausbetten pro Einwohner seit dem Jahr 2000 um knapp 10 % gesunken ist. Deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder rangiert Deutschland darüber hinaus beim medizinischen Personal: Auf tausend Einwohner kommen 3,8 Ärzte und 11,4 Pflegekräfte, der Durchschnitt in der OECD beträgt 3,2 Ärzte und 8,8 Pfleger.
20. November 2013	Wissenschaft	Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser weiter verschlechtert	Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat das <i>DKI Krankenhaus-Barometer 2013</i> veröffentlicht. Danach hat sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser weiter verschlechtert. So schrieb 2012 jedes zweite Krankenhaus rote Zahlen (2011: 31 %). Die Anzahl der Kliniken mit einem Jahresüberschuss ist auf knapp 43 % gesunken (2011: 55 %), die Anzahl der Häuser mit einem ausgeglichenen Ergebnis hat sich mit knapp 7 % halbiert.
19. November 2013	Politik	Koalitionsunterhändler einigen sich auf Gesundheitsreform-GKV-Finanzierung und Pflegevorsorgefonds müssen von Parteichefs entschieden werden	Leitmotiv für den stationären Bereich sind die Themen Qualität und Reform der Krankenhausstrukturen. Um rechtssichere Grundlagen für eine qualitätsbasierte Krankenhausplanung zu schaffen, soll ein unabhängiges Institut gegründet werden, das Qualität auf Grundlage sektorenübergreifender Routinedaten auswertet. Des Weiteren soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gegründet werden, die gemeinsame Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen entwickelt.
19. November 2013	Qualität	Im Ausland erfolgen schneller Sanktionen bei schlechter Qualität	„In Deutschland wird Qualität derzeit im Vergleich zu anderen Ländern gut gemessen, aber es werden keine Konsequenzen daraus gezogen“, betont Dr. Karsten Neumann, Geschäftsführer des IGES-Instituts Berlin, auf Basis der Studie zur Qualitätsorientierung im stationären Bereich mit Blick ins Ausland, die der vdek in Auftrag gegeben hatte. Die vdek-Vorstandsvorsitzende, Ulrike Elsner, fordert als Konsequenz daraus, dass „schlechte Qualität nicht schlechter vergütet, sondern gar nicht mehr erbracht werden sollte!“

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
11. November 2013	Qualität	Richtlinie über die Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Bundesanzeiger veröffentlicht	Der G-BA hat seinen Beschluss vom 20. Juni 2013 zur Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Bundesanzeiger veröffentlicht. Das BMG hat den Beschluss zwar nicht beanstandet, jedoch mit Auflagen versehen (Änderungen bzgl. verbindliche Pflegeschlüssel und Mindestanforderung an qualifiziertes Pflegepersonal). Der Beschluss müsse mit einer entsprechenden Anpassung der Richtlinie dem BMG spätestens bis zum 30. Juni 2016 zur Prüfung nach § 94 SGB V vorgelegt werden. Der Beschluss wird am 1. Januar 2014 in Kraft treten.
11. November 2013	Selbstverwaltung	PEPP-Entgeltkatalog für 2014 vereinbart	Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien der Vertragsparteien auf Bundesebene konnte der PEPP-Entgeltkatalog für 2014 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen konsentiert werden. Zusätzlich hat sich die Selbstverwaltung auf Klarstellungen und ergänzende Fallbeispiele zu den Abrechnungsbestimmungen geeinigt.
29. Oktober 2013	Wissenschaft	BCG-Studie plädiert für mehr Qualitätswettbewerb	In der deutschen Krankenhauslandschaft bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede. Das geht aus der Studie „Qualitätswettbewerb – Chancen für Deutschlands Gesundheitswesen“ der Boston Consulting Group hervor. Lösungsvorschläge der Forscher sind unter anderem: <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Qualitätstransparenz für Patienten und Einweiser • Stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser • Öffnung des Kontrahierungszwangs für ausgewählte elektive Leistungsbereiche • Qualitätsanreize durch Strukturvorgaben bei der Krankenhausplanung und Mindestmengen setzen Für ihre neue Studie haben die BCG-Gesundheitsexperten Daten der für jedes Krankenhaus gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung ausgewertet und auch mit internationalen Ergebnissen verglichen.
25. Oktober 2013	Wissenschaft	2011 betrug der Fehlbetrag bei den Länderinvestitionen laut ifo-Studie 713 Mio. Euro.	Die Studie des Münchener ifo-Instituts „Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder“ ermittelt, dass die Bundesländer allein im Jahr 2011 zusammen 713 Mio. Euro zu wenig investiert haben, um den abschreibungsbedingten Wertverlust des öffentlich geförderten Krankenhauskapitalstocks zu stoppen. Als Hauptursache der rückläufigen Entwicklung der öffentlichen Investitionsmittel identifiziert das ifo vor allem die Bemühungen der Länder um eine Konsolidierung ihres Landeshaushaltes.
23. Oktober 2013	Wissenschaft	Mehr Operationen, weniger Kaiserschnitte	Die Zahl der in Krankenhäusern durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren ist im Jahr 2012 um 3,3 % angestiegen. Destatis zufolge wurden 2012 knapp 18 Millionen Patienten vollstationär behandelt, insgesamt wurden an ihnen knapp 51 Mio. Operationen oder medizinische Prozeduren durchgeführt. Bei den Frauen im Alter zwischen 15 bis 44 waren die häufigsten Eingriffe mit einer Entbindung verbunden. Dabei ist 2012 erstmals seit 21 Jahren der Anteil der Frauen zurückgegangen, die ihr Kind per Kaiserschnitt entbunden haben.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
23. Oktober 2012	Politik	Beginn der schwarz-roten Koalitionsverhandlungen	Gut fünf Wochen nach der Bundestagswahl und nach drei schwarz-roten Sondierungsrunden starten die Koalitionsverhandlungen. Die gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU, Jens Spahn, und der SPD, Prof. Karl Lauterbach, übernehmen die Leitung der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit & Pflege“.
22. Oktober 2013	Selbstverwaltung	Bundesbasisfallwert für 2014 wird vereinbart	Der Bundesbasisfallwert (BBFW) für das Jahr 2014 wird von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene auf Basis des vom DRG-Institut übermittelten Berechnungsergebnisses in Höhe von 3 156,82 Euro vereinbart. Die Korridor Grenzen von 2,5 % über dem BBFW und 1,25 % unter dem BBFW für die Annäherung der Landesbasisfallwerte an den BBFW liegen damit bei 3 235,74 Euro für die obere Grenze und 3 117,36 Euro für die untere Grenze.
22. Oktober 2013	Politik	Konstituierung der 18. Deutschen Bundestages – Bahr bleibt bis auf Weiteres Bundesgesundheitsminister	Der am 22. September neugewählte Deutsche Bundestag hat sich konstituiert. Als Präsident des 18. Deutschen Bundestages wird Prof. Norbert Lammert (CDU) mit einem Rekordergebnis von 94,6 % wiedergewählt. Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und der bisher für die Gesundheitspolitik zuständige stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU, Johannes Singhammer, werden zu Vizepräsidenten gewählt. Mit dem Zusammentritt des neuen Deutschen Bundestags endet offiziell die Amtszeit der schwarz-gelben Regierung. Das Kabinett bleibt jedoch bis zur Wahl einer neuen Bundesregierung „geschäftsführend“ im Amt.
14. Oktober 2013	Selbstverwaltung	Neuer Fallpauschenkatalog vereinbart	GKV-SV, DKG und PKV verständigen sich auf den neuen Katalog für 2014. Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung sind die sachgerechtere Abbildung von seltenen, hochspeziellen sowie extrem teuren Fällen. Weiter differenziert wurden auch die Bereiche der Wirbelsäulenoperationen und der Herzkatheter-Operationen. Zudem erhält die Kinderheilkunde weitere speziell zugeschnittene Abrechnungsmöglichkeiten und auch für besonders teure Fälle bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren wurden bessere Abrechnungsmöglichkeiten vereinbart.
30. September 2013	Wissenschaft	Grundlohnrate toppt mit 2,81 % den Kosten-Orientierungswert von 2,02 %	Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht zum zweiten Mal den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienänderungen zurückzuführen sind. Für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2012 und des ersten Halbjahres 2013 beträgt der Orientierungswert im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum (zweites Halbjahr 2011/erstes Halbjahr 2012) 2,02 %. Damit liegt der aktuelle Orientierungswert unter der diesjährigen Grundlohnrate in Höhe von 2,81 %. Laut Gesetz gilt somit die Grundlohnrate automatisch als Veränderungswert.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
22. September 2013	Politik	Gesundheitsminister Daniel Bahr, Birgitt Bender und Dr. Martina Bunge werden dem 18. Deutschen Bundestag nicht mehr angehören	Deutschland hat gewählt und entschieden, dass die FDP nicht mehr im Deutschen Bundestag vertreten sein soll; sie scheiterte erstmals seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland an der 5 %-Hürde. Damit verliert Daniel Bahr (36), der bisher jüngste Bundesgesundheitsminister, nicht nur sein Ministeramt, sondern auch sein Mandat als Abgeordneter. Aber auch die Wahlstimmenverluste bei den Grünen und den Linken waren groß. Daher werden die gesundheitspolitischen Sprecherinnen dieser beiden Fraktionen nicht mehr als Abgeordnete direkt mitwirken können. Birgitt Bender (56) von den Grünen scheiterte auf Platz 11 der baden-württembergischen Landesliste, die nur bis Platz 10 wirkte. Auch Dr. Martina Bunge (62) schaffte trotz Platz 5 auf der Liste der Linken in Mecklenburg-Vorpommern den Wiedereinzug nicht. Erfolgreich zeigten sich jedoch die gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU und der SPD. Jens Spahn (33), CDU, der in seinem Wahlkreis Steinfurt/Borken 52 % der Erststimmen hinter sich vereinigte und Prof. Karl Lauterbach (50), SPD, der im Wahlkreis Leverkusen – Köln IV 41,3 % der Erststimmen erhielt. Beide werden somit weiterhin die Gesundheitspolitik an vorderster Stelle mitgestalten können.
19. September 2013	Qualität	Qualitätsreport 2012 – hohes Qualitätsniveau, aber Verbesserungspotenzial noch nicht ausgenutzt	Der G-BA hat den Qualitätsreport 2012 zur Veröffentlichung freigegeben. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Patienten überwiegend gut behandelt und versorgt werden. Besonderen Handlungsbedarf sehen die Autoren nur noch in einem Bereich: beim Einsatz von Herzklappen mithilfe eines Katheters. In einigen Krankenhäusern wird diese Operation auffällig oft vorgenommen, obwohl internationale Leitlinien dies nur bei Patienten mit einem sehr hohen Risiko empfehlen.
13. September 2013	Selbstverwaltung	Überraschungscoup: Die Fresenius-Tochter Helios übernimmt 43 Kliniken der Rhön-Klinikum AG und ist damit der neue Gigant unter den privaten Trägern in Europa	Für gut drei Mrd. Euro kauft der Bad Homburger Konzern 43 Kliniken mit rund 11 800 Betten sowie 15 Medizinische Versorgungszentren von Rhön und macht die Tochter Helios damit zum Krankenhaus-Giganten mit einem Umsatz von knapp 5,5 Mrd. Euro. Anders als bei der bisher geplanten Komplettübernahme ist der Klinik-Kauf ohne die Zustimmung der Hauptversammlung möglich – und kann daher nicht von den Konkurrenten gestoppt werden. Asklepios und B. Braun hatten sich zuletzt mit jeweils fünf Prozent bei Rhön eingekauft und damit den milliardenschweren Übernahme-Versuch gestoppt.
6. September 2013	Politik	Veränderungsrate der Grundlohnsomme für das Jahr 2014 liegt bei 2,81 %	Das BMG gibt gemäß § 71 Absatz 3 SGB V die Veränderungsrate der Grundlohnsomme (GLS-VÄR) für das Jahr 2014 mit 2,81 % bekannt. Sollte der Orientierungswert in diesem Jahr erneut niedriger sein als die GLS-VÄR, gilt automatisch die GLS-VÄR als Veränderungswert. Ist der O-Wert höher, besteht ein Verhandlungskorridor zum Veränderungswert, bei dem maximal der komplette Orientierungswert weitergegeben werden kann. Im BpflV-Bereich sind mindestens 40 % des Deltas zwischen VÄR der GLS und O-Wert weiterzugeben. Der Orientierungswert wird spätestens am 30.09.2013 veröffentlicht.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
4. September 2013	Selbstverwaltung	Verwaltungsrat des GKV-SV beschließt Positionspapier zur „Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes“	Unter dem Titel „14 Positionen für 2014“ beschreiben die Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes die aus ihrer Sicht bestehenden Fehlentwicklungen und leiten daraus ein größeres Mitsprache- und Gestaltungsrecht für die Krankenkassen im Krankenhausbereich ab.
4. September 2013	Selbstverwaltung	In vier Transplantationszentren hat es schwerwiegende Verstöße bei der Vergabe von Spenderorganen gegeben	Die erste Vor-Ort-Überprüfung aller 24 Lebertransplantationszentren durch die Prüfungs- und Überwachungskommission von BÄK, DKG und GKV-Spitzenverband ist abgeschlossen. In vier Transplantationszentren (Göttingen, Leipzig und München sowie Münster) wurden schwerwiegende Richtlinienverstöße festgestellt. In 20 Transplantationszentren wurden keine beziehungsweise nur solche Verstöße festgestellt, bei denen sich aufgrund der Umstände des Einzelfalls oder der geringen Anzahl kein Verdacht auf systematische oder bewusste Falschangaben zur Bevorzugung bestimmter Patienten ergab.
30. August 2013	Selbstverwaltung	Bundesärztekammer fordert Reform der Krankenhausfinanzierung	In ihrem Positionspapier zur bevorstehenden Bundestagswahl fordert die Bundesärztekammer (BÄK) eine umfassende Reform der Klinik-Finanzierung („volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen“). Die Verantwortung für den Sicherstellungsauftrag und Gewährleistung der medizinischen Versorgung will die BÄK weiterhin bei den Bundesländern belassen.
28. August 2013	Wissenschaft	Weniger Krankenhäuser versorgen mehr Patienten	Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, wurden im Jahr 2012 rund 18,6 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 1,5 % mehr als im Jahr zuvor. Dabei dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus durchschnittlich 7,6 Tage (2011: 7,7 Tage). Mit 77,4 % lag die Bettenauslastung geringfügig über dem Vorjahresniveau (77,3 %). Für die stationäre Behandlung standen in 2 017 Krankenhäusern (2011: 2 045) insgesamt rund 501 000 Betten zur Verfügung; das waren gut 500 Betten weniger als 2011. Nach wie vor steht annähernd jedes zweite Bett (47,9 %) in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers. Die Anzahl der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft stieg 2012 um 4 003 auf 90 044 Betten (2011: 86.041) an. In freigemeinnützigen Häusern sinkt die Zahl der Betten um 170 auf 171 170.
27. August 2013	Selbstverwaltung	Krankenhaushilfe 2013 umgesetzt – DKG und Krankenkassen vereinbaren Tarifausgleichsrate	Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband sowie der PKV-Verband haben sich auf die konkrete Höhe der Zahlungen für Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern geeinigt, sodass ab 1. September 2013 den Kliniken rd. 150 Mio. Euro zur Refinanzierung der Personalkostensteigerungen zusätzlich zur Verfügung stehen. Zusammen mit den Versorgungszuschlägen, die bereits seit 1. August in Höhe von 250 Mio. Euro fließen, ist das für das Jahr 2013 von der Bundesregierung beschlossene Hilfspaket für die Krankenhäuser umgesetzt.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
20. August 2013	Rechtspredung	Auch für ausgegründete Privatkliniken gelten die Preise der Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung	Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Klage von Helios gegen die Vorgaben des § 17 Abs. 5 und 6 KHG, wonach in ausgegründeten Privatkliniken auch die gesetzlichen Preisvorgaben gelten, nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, 1 BvR 2402/12).
15. August 2013	Qualität	G-BA veröffentlicht Auswertung der externen stationären Qualitätssicherung für 2012	Der G-BA hat die vom AQUA-Institut erstellten Bundesauswertungen 2012 für die 30 von den Krankenhäusern verpflichtend zu dokumentierenden Leistungsbereiche zur Veröffentlichung freigegeben. Insgesamt haben 1 658 Krankenhäuser an der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung teilgenommen. Das Spektrum der erfassten Leistungsbereiche reicht von der Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) bis zur Dekubitusprophylaxe (Verhinderung des Wundliegens).
14. August 2013	Politik	Zahl der Operationen stark gestiegen	Die Zahl der Operationen in Deutschland ist seit 2005 um mehr als ein Viertel gestiegen. Das geht aus den Antworten des BMG auf eine parlamentarische Anfrage der Linksfraktion (17/14555) hervor. Danach habe es im Jahr 2005 etwa 12,13 Mio. Operationen gegeben. 2011 seien es bereits 15,37 Mio. gewesen. Aus dem Bericht ergibt sich des Weiteren, dass sich die Zahl der Wirbelsäulen-OPs im selben Zeitraum mehr als verdoppelt hat – von 326 962 auf 734 644. Im Jahr 2010 gab es in Deutschland mit 295 pro 100 000 Einwohner so viele Hüftoperationen wie nirgendwo sonst in Europa. In Österreich seien es 249, in Frankreich 223 und in den Niederlanden 213 gewesen.
14. August 2013	Politik	Palliativstationen können auch weiterhin als „Besondere Einrichtungen“ vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden	Die Versorgung schwerkranker Patienten in der Palliativmedizin ist nach Auskunft der Bundesregierung in den zurückliegenden Jahren besser geworden. Das geht aus den Antworten des BMG auf eine parlamentarische Anfrage der Linksfraktion (17/ 14554) hervor. Des Weiteren gebe es keine gesetzliche Vorgabe, dass stationäre palliativmedizinische Einrichtungen ab 2014 verpflichtend das Fallpauschalensystem anzuwenden hätten. Sie können weiterhin als „Besondere Einrichtungen“ vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden. Allerdings rechnen die meisten Krankenhäuser mit Palliativversorgung im Rahmen der Vergütung mit diagnosebezogenen Fallpauschalen und ergänzenden Zusatzentgelten ab. Diese Systematik ermögliche „aufwandsgerechte Vergütungen“ und begründe keine vorzeitigen Entlassungen schwerkranker Menschen.
7. August 2013	Politik	Aktionsbündnis gegen Psychiatrientgeltssystem gegründet	Gegen die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) haben sich Attac, die AG Soziale Sicherungssysteme, der Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen (vdää), medico international und die Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik zu einem Aktionsbündnis zusammengefunden. Dieses Bündnis ruft zu Unterschriften gegen die Einführung des PEPP-Systems auf. Mit einer möglichst großen Anzahl von Unterschriften und ersten Aktionen soll die Bundesregierung überzeugt werden, das PEPP-System nicht einzuführen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
24. Juli 2013	Selbstverwaltung	Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im Krankenhaus vergeben	Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherungen haben den Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im Krankenhaus vergeben (§ 17 b Abs. 9 KHG). Ziel ist, herauszufinden, warum Krankenhäuser seit Jahren immer mehr Leistungen erbringen, obwohl die demografische Entwicklung nur ein Drittel des Mengenanstiegs erklärt. Den Zuschlag hat das Hamburg Center for Health Economics (hche) in Kooperation mit der TU Berlin erhalten. Die Forschungsergebnisse sollen im Frühjahr 2014 vorliegen.
18. Juli 2013	Rechtsprechung	Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein, um intensivmedizinische Komplexbehandlungen abrechnen zu können	Das BSG hat mit seiner Entscheidung (B 3 KR 25/12 R) zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung, wonach nach dem OPS-Kode 8-980 eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein muss, deutlich gemacht, dass Strukturvoraussetzungen grundsätzlich zu erfüllen sind. Kliniken, die diese nicht erfüllen, dürfen entsprechende Leistungen nicht mehr abrechnen.
18. Juli 2013	Qualität	G-BA genehmigt freiwillige Veröffentlichung von Qualitätsdaten der Versorgung von Früh- und Neugeborenen	Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es nun Krankenhäusern, die zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen zugelassen sind, möglich, ihre Qualitätsdaten – wie z. B. Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen oder Sterblichkeitsrate – im Internet www.perinatalzentren.org zu veröffentlichen. Im Frühjahr 2014 soll dann ein Beschluss des G-BA zur Verpflichtung der Veröffentlichung dieser Daten folgen.
18. Juli 2013	Rechtsprechung	Arzneimittel-Nebenwirkungen rechtfertigen keine erneute Vergütung bei Wiederaufnahme	Machen Nebenwirkungen eines Arzneimittels eine Wiederaufnahme im Krankenhaus erforderlich, so kann das Krankenhaus keine neue Fallpauschale veranschlagen. Denn auch Arzneimittel-Nebenwirkungen gehören zu den „Komplikationen“, für die das Gesetz eine einheitliche Fallpauschale vorschreibt. Die „Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall“ ist im Krankenhausentgeltgesetz und ähnlich in der Fallpauschalenvereinbarung vorgesehen, wenn es „im Zusammenhang“ mit der ersten Behandlung zu Komplikationen kommt, so das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil (Az. B 3 KR 6/12).
9. Juli 2013	Politik	BMG gibt grünes Licht für ambulante spezialfachärztliche Versorgung	Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erhebt gegen die allgemeinen Regeln für die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) keine Einwände. Der G-BA hatte am 21. März einen Teil der ASV-Richtlinie beschlossen. Teilnehmen können demnach niedergelassene Fachärzte und Fachärzte in Kliniken, die in Teams schwere Verlaufsformen von Krankheiten und seltene Erkrankungen behandeln sollen. Die Veröffentlichung dieser Richtlinie erfolgt im Bundesanzeiger (BAnz) am 19. Juli 2013, in Kraft treten soll die Richtlinie somit am 20. Juli.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
8. Juli 2013	Selbstverwaltung	1,1 Mrd. Euro für mind. 13.600 Pflegekräfte – GKV-SV veröffentlicht Abschlussbericht zum Pflegesonderprogramm	Zwischen 2009 und 2011 stellten die Krankenkassen den Krankenhäusern 1,1 Mrd. Euro für neue Pflegestellen zur Verfügung. Aus diesen Mitteln finanzierten sie bis 2011 nachweislich 13 600 zusätzliche vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte. Durch das Pflegesonderprogramm konnten die Krankenhäuser in den Jahren 2009 bis 2011 0,48 % ihres Budgets zusätzlich von den Krankenkassen erhalten, um neue Pflegekräfte einzustellen oder vorhandene Teilzeitstellen aufzustocken bzw. moderne Arbeitszeitmodelle umzusetzen. Insgesamt 1 125 Häuser nutzen diese Fördermittel und schufen nach eigenen Angaben rund 15 300 zusätzliche Pflegestellen. Allerdings legten die Krankenhäuser nur für rund 13 600 Pflegekräfte einen testierten Nachweis vor.
5. Juli 2013	Politik	Bundesrat stimmt Krankenhausfinanzhilfe in Höhe von 1,1 Mrd. Euro zu	Durch die Zustimmung des Bundesrates zum „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ wird sichergestellt, dass die finanzielle Hilfe für die Krankenhäuser ab August 2013 erfolgen kann. Den Krankenhäusern stehen somit für die kommenden beiden Jahre rd. 1,1 Mrd. Euro zur Verfügung. Umgesetzt wird diese Hilfe u. a. durch einen Rechnungszuschlag, einen zusätzlichen Ausgleich von Tarifsteigerungen sowie ein Hygiene-Förderprogramm zur Neueinstellung bzw. Fort- und Weiterbildung von Hygienefachkräften.

This page intentionally left blank

Teil IV

Daten und Analysen

(Kapitel 19–22)

This page intentionally left blank

19 Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

Abstract

Der Beitrag untersucht die vereinbarte Budgetentwicklung für 1 387 Krankenhäuser der Jahre 2012 und 2013. Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets für diese Einrichtungen ausgleichsbereinigt um 4,5 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,6 Mrd. Euro entspricht. Verglichen mit den Vorjahren hatte die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 1,6 % eine geringere Bedeutung für die Budgetentwicklung von 2012 nach 2013. Der entscheidende Faktor war die Preisdeterminante, was insbesondere auf die Mittel aus dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) zurückzuführen ist. Inklusive der dort geregelten nachträglichen Tarifberichtigungen und dem Versorgungszuschlag resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,9 %. Aufgrund des späten Inkrafttretens des Gesetzes sind die Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene in dieser Betrachtung noch nicht enthalten; ihre Wirkungen können erst 2014 budgetwirksam abgebildet werden.

The paper examines the agreed budget development for 1 387 hospitals for 2012 and 2013. The analysis shows that hospital budgets increased by 4.5%, which corresponds to just over 2.6 billion euros. Compared with previous years, the agreed volume increase of 1.6% was less important for the budget development from 2012 to 2013. The decisive factor was the price determinant which is mainly due to funds from the Elimination of Social Overburdening by Contribution Liabilities in Health Insurance Act (Contribution Liabilities Act). Including subsequent tariff adjustments and provision surcharge regulated therein, the adjusted price effect amounts to 2.9%. Because of the late entry into force of the act, the payments for promoting hospital hygiene are not included in this analysis; their effect on the budget will only be visible in the 2014 budget.

19.1 Einführung

Der Beitrag stellt die Entwicklung der Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2012 und 2013 gegenüber. Die Analyse basiert auf den Vereinbarungen, wie sie nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) zu dokumentieren sind. Dabei gehen ausschließlich solche Häuser ein, die über den betrachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Leistungserbringer am Markt präsent waren, also nicht durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind. Für 1 387 Kliniken lagen die Daten

in dieser Form vor. Dies entspricht 87,6% derjenigen Häuser, die im Jahr 2013 DRGs abgerechnet haben, beziehungsweise 91,2% der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2013 fixiert worden ist.

Der Beitrag liefert in Abschnitt 19.2 einen Überblick über die allgemeine Budgetentwicklung mit der Darstellung der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 19.3 werden die Preis- und in Abschnitt 19.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

19.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget, das sich aus den Beträgen für DRGs, den sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG sowie den Zu- und Abschlägen zusammensetzt, stieg zwischen 2012 und 2013 um 4,5% von 57,6 auf 60,2 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 19–1). Damit fiel der Zuwachs deutlicher aus als in den Jahren 2012 und 2011, in denen er 4,0% bzw. 2,9% betrug (vgl. Mostert et al. 2014).

Da die Entgeltsummen aus den DRGs inklusive der Zusatzentgelte rund 96% des Gesamtbudgets ausmachen, ist deren Entwicklung mit einem Plus von rund 2,0 Mrd. Euro Hauptdeterminante der Entwicklung. Der Gesamtbetrag für die Zusatzentgelte stieg mit 7,0% zwar überdurchschnittlich, fiel aufgrund seines geringen Anteils am Gesamtbudget aber kaum ins Gewicht. Die Entwicklung der einzelnen Zusatzentgelte wird in Abschnitt 19.4.2 beschrieben.

Die Sonstigen Entgelte stiegen ab 2012 etwas schwächer als die Zusatzentgelte und hatten 2013 mit 3,3% einen nahezu gleich hohen Anteil wie diese am Gesamtbudget.

Die Zu- und Abschläge stellten nach wie vor den kleinsten Kostenblock dar. Es fällt folglich kaum ins Gewicht, dass ihre budgetsteigernde Wirkung 2013 fast doppelt so hoch war wie die budgetsenkende im Jahr 2012. Hauptursache für den Anstieg ist der 2013 eingeführte Versorgungszuschlag. Gleichzeitig gingen bspw. die vereinbarten Mehrleistungsabschläge zurück. In Abschnitt 19.3 werden die Veränderungen bei den Zu- und Abschlägen ausführlich dargestellt.

Wird das vereinbarte Budget über- oder unterschritten, werden Rückzahlungen der Krankenhäuser bzw. Nachzahlungen der Krankenkassen fällig. Diese werden in der Regel mit dem Erlösbudget des Folgejahres¹ verrechnet. Im Jahr 2013 hatten die Krankenkassen einen Betrag von 111,2 Mill. Euro auszugleichen. Unter Berücksichtigung der Ausgleichsbeträge steigt das Gesamtbudget mit 4,7% stärker.

Vereinbarte Preise² und Mengen determinieren das Budget. In den letzten Jahren war die Budgetentwicklung maßgeblich von der Leistungsmenge getrieben (vgl. Mostert et al. 2014; Kramer et al. 2012). Für die Entwicklung 2012 nach 2013 zeigt Abbildung 19–1 eine andere Gewichtung: Die Preisentwicklung ist für zwei Drittel

1 Auch eine Verrechnung mit dem Erlösbudget späterer Jahre ist zulässig.

2 Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Kataloges sind auf dieser Ebene nicht von Bedeutung (vgl. Abschnitt 19.4.1 und Heimig 2012).

des Gesamtbudgetanstiegs verantwortlich. Mehrmengen bedingen nur ein Drittel des Anstiegs.

Der Mengenentwicklung ist maßgeblich auf gestiegene Fallzahlen zurückzuführen, sie erklären etwa 1,0% des Gesamtbudgetanstiegs. Der Einfluss einer geänderten Leistungsstruktur ist nur knapp halb so hoch, bedingt durch eine gestiegene durchschnittliche Fallschwere und einem Budgetanstieg bei Zusatzentgelten.

Tabelle 19-1

Vereinbarte Budgets 2012 und 2013 (in Mio. Euro)

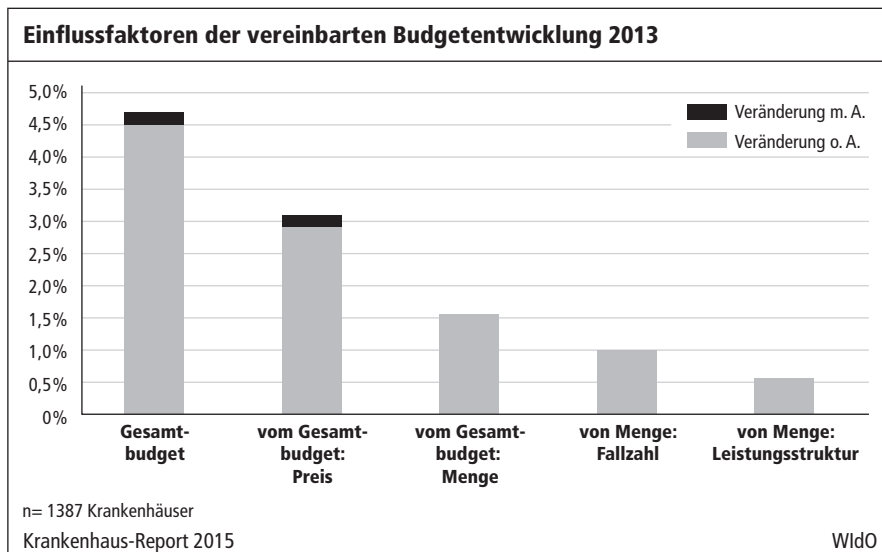
	2012	2013	Veränderung
DRG-Budget	55 858,3	57 886,9	3,6 %
davon: Zusatzentgelte:	1 849,0	1 979,1	7,0 %
Sonstige Entgelte	1 873,5	1 984,7	5,9 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	-158,6	314,2	-298,1 %
Gesamtbudget	57 573,1	60 185,9	4,5 %
<i>Ausgleiche</i>	<i>-0,9</i>	<i>111,2</i>	<i>-12 991,1 %</i>
<i>Gesamtbudget mA</i>	<i>57 572,3</i>	<i>60 297,1</i>	<i>4,7 %</i>

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 19-1



19.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Die Preisentwicklung für DRG-Leistungen ist maßgeblich vom Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich geprägt. Im Wechsel von 2012 nach 2013 brachten dabei die folgenden beiden Gesetze relevante Änderungen mit sich:

Zum einen beinhaltet das im August 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) auch für den somatischen Krankenhausbereich wesentliche Regelungen, die im Jahr 2013 wirkten. So wurde die Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V (Grundlohnrate) erstmals durch den Veränderungswert abgelöst. Zudem enthielt das Gesetz Änderungen zum Mehrleistungsabschluss.

Zum anderen ließ der Gesetzgeber im August 2013 das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) in Kraft treten, welches ebenfalls Änderungen für die Preisvereinbarungen im Jahr 2013 beinhaltet. Dazu gehörte die Einführung eines Versorgungszuschlags für die Jahre 2013 und 2014, die anteilige Tarifierfinanzierung für das Jahr 2013 sowie das Hygiene-Förderprogramm zur Neueinstellung bzw. Fort- und Weiterbildung von Hygienefachkräften.

Diese Änderungen werden im Folgenden inklusive ihrer Auswirkungen auf die Budgetentwicklung beschrieben, bevor anschließend die Preisentwicklung insgesamt thematisiert wird.

Obergrenze für die Preisentwicklung der Landesbasisfallwerte (Grundlohnrate/Veränderungswert)

Seit Einführung der Landesbasisfallwerte galt die sog. Grundlohnrate, die sich aus der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen ableitet, als Obergrenze für vereinbarte Preisveränderungen. Für das Jahr 2013 lag dieser Wert bei 2,03 %. Ab 2013 sollte sich diese Obergrenze stärker an den Kosten der Krankenhäuser orientieren. Dazu berechnet das Statistische Bundesamt mit dem sog. Orientierungswert die Kostenentwicklung der Inputfaktoren für Krankenhausleistungen, was einer krankenhausspezifischen Inflationsrate gleichkommt. Für 2013 wurde der Orientierungswert in Höhe von 2,00 % ermittelt.

Aufgrund der Unterschreitung der Grundlohnrate waren die Verhandlungen über den Veränderungswert hinfällig. Der volle Orientierungswert kam als Veränderungswert zur Anwendung. Für 2013 galten folglich die 2,00 % als Obergrenze für die Preisentwicklung in den Landesbasisfallwerten.

Nachträgliche Tarifberichtigung

Im Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde den Krankenhäusern – wie bereits im Vorjahr – eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Jahr 2013 zugestanden. Die anteilige Refinanzierung soll ein Drittel der Differenz aus Tarifraterate und Veränderungswert betragen.

Im August 2013 wurde in den Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausesellschaft und dem GKV-Spitzenverband die Tarifraterate von 2,64 % für 2013 geeint. Hieraus ergibt sich eine Erhöhungsrate von 0,64 %. Somit beträgt die anteilige Tarifierhöhungsrate für das Jahr 2013 0,21 %, bezogen auf die vereinbarten

Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser beläuft sich dieser Betrag in Summe auf 118,4 Mio. Euro.

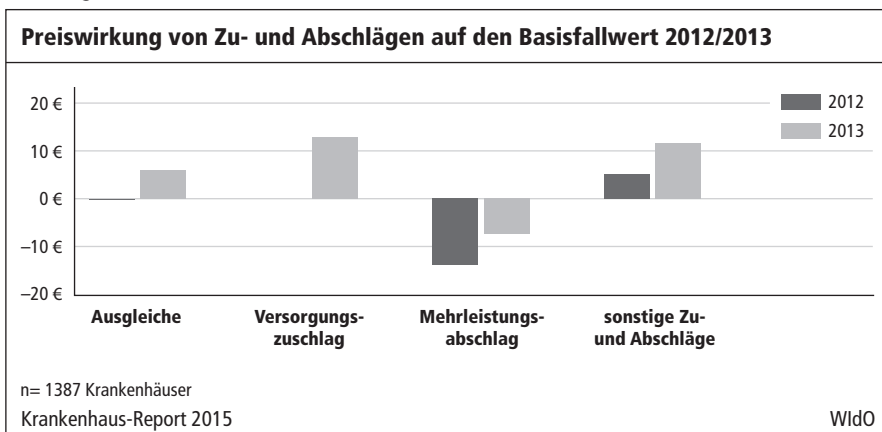
Hygiene-Förderprogramm

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG eingeführt. In den Jahren 2013 bis 2016 können Krankenhäuser Mittel für die Neueinstellung und Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal erhalten. Mit Inkrafttreten des gesetzlichen Rahmens im August 2013 war schon ein großer Anteil der Budgetvereinbarungen des Jahres geschlossen. I. d. R. liegen Absprachen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. auf Landesebene vor, die Förderungsbeträge aus 2013 im Rahmen der Budgetverhandlungen 2014 zu berücksichtigen. Daher sind die dokumentierten Budgets in den hier untersuchten Krankenhäusern mit 2,7 Mio. Euro deutlich unterzeichnet. Der GKV-Spitzenverband schätzt die zahlungswirksame Fördersumme unter Berücksichtigung von vorläufigen Abschlägen auf 24 Mio. Euro (GKV-SV 2014).

Mehrleistungsabschlag

Steigende Leistungsmengen führen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten, da lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben. Hinsichtlich der Vergütung von vereinbarten Leistungsänderungen auf Ebene eines einzelnen Krankenhauses bestehen seit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 unterschiedliche gesetzliche Auflagen. Mit dem GKV-FinG wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2011 mit einem festen Satz von 30% wieder eingeführt. Ab dem Jahr 2012 war die Höhe des Mehrleistungsabschlags krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Mit dem PsychEntgG wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 auf 25% geändert und auf die Jahre 2013 und 2014 befristet. Der für das Jahr 2013 ermittelte Abschlag hat eine Laufzeit über zwei Jahre und gilt auch im Jahr 2014, soweit die Leistungen dann noch vom Krankenhaus erbracht werden. Die für das Jahr 2014 erstmals vereinbarten Mehrleistungen fallen nur einmal unter den Ab-

Abbildung 19–2



schlag in Höhe von 25 %. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankenhausplanerischen Maßnahmen resultieren.

Der Mehrleistungsabschlag führte für die hier untersuchten Krankenhäuser isoliert betrachtet zu einer Budgetabsenkung im Jahr 2012 von $-0,46\%$ bzw. $-0,24\%$ im Jahr 2013 (vgl. Abbildung 19–2). 2013 vereinbarten 547 der hier betrachteten Krankenhäuser einen solchen Mehrleistungsabschlag mit einem Gesamtvolumen i. H. v. 137,7 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von $-7,48$ Euro. Im Jahr 2012 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 252,2 Mio. Euro noch $-13,90$ Euro. Maßgebliche Ursache für die rückläufigen Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag ist eine geringere vereinbarte Leistungssteigerung als in den Vorjahren.

Versorgungszuschlag

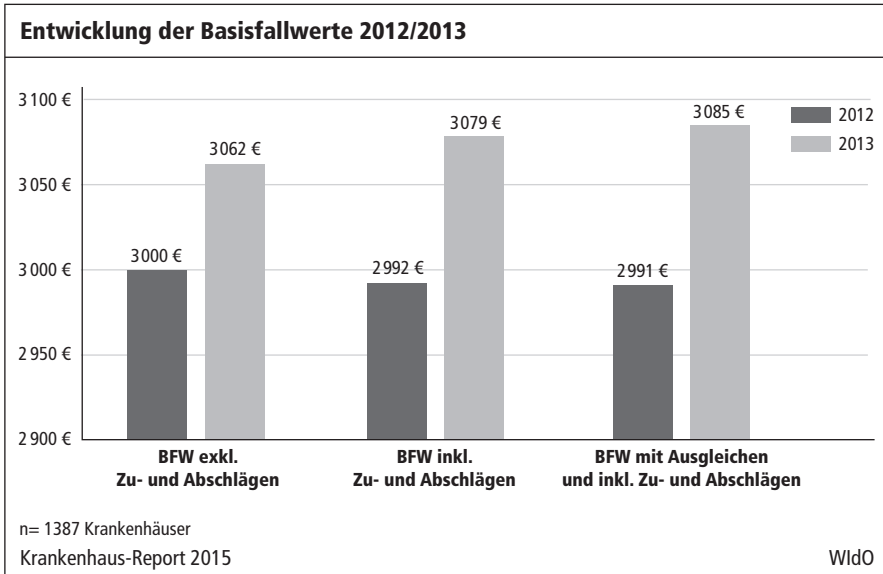
Ebenfalls mit Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes sollten somatische Krankenhäuser im Jahr 2013 einen Versorgungszuschlag erhalten, mit dem Ziel die sogenannte „doppelte Degression“ über die Krankenhäuser bundesweit insgesamt zu neutralisieren. Der Begriff „Doppelte Degression“ bezieht sich auf die Regelung, dass vereinbarte Mehrmengen sowohl in den Landesbasisfallwerten als auch über den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene degressiv wirken (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber in der praktischen Umsetzung nicht so konzipiert, dass er die bei einer Teilmenge der Krankenhäuser wirkenden Mehrleistungsabschläge an die Gesamtheit der Krankenhäuser wieder ausschüttet, sondern als ein prozentualer Aufschlag auf die DRG-Fallpauschalen. Ab dem 1. August 2013 galt dieser Zuschlag i. H. v. 1,0%. Bezogen auf die 2013 vereinbarten Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser beläuft sich der Versorgungszuschlag in der Summe auf 236,9 Mio. Euro, damit überkompensiert er die vereinbarten Mehrleistungsabschläge um ca. 100 Mio. Euro (vgl. Abbildung 19–2). Der Preiseffekt für 2013 beträgt $+12,86$ Euro.

Preisentwicklung im DRG-Bereich

Die DRG-Preiskomponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert, den Zu- und Abschlägen sowie den periodenfremden Ausgleichen für Budgetabweichungen aus den Vorjahren zusammen. Die sogenannten Sonstigen Entgelte, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Der Basisfallwert ist ein Resultat aus den vereinbarten Landesbasisfallwerten. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser 3 000,41 Euro im Jahr 2012 und steigt im Folgejahr um 2,06% auf 3 062,19 Euro an (vgl. Abbildung 19–3). Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,93%. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ergibt sich eine Veränderung um 3,13%.

Abbildung 19-3



19.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

In den nächsten beiden Abschnitten wird die vereinbarte Leistungsentwicklung zunächst im DRG- und anschließend im Zusatzentgeltbereich thematisiert. Zur Veranschaulichung der wesentlichen Determinanten der beobachteten Veränderungen wird die Methode der Komponentenzerlegung verwendet.

19.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Das Leistungsvolumen wird im DRG-Bereich über den Casemix (CM) ausgedrückt und aus der Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittliche Fallschwere (CMI) berechnet. Ein korrekter Vergleich des vereinbarten Leistungsvolumens zweier Jahre ist nur möglich, wenn die Veränderungen zwischen den jeweils gültigen DRG-Katalogen berücksichtigt werden.

Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2012/2013 (Katalogeffekt)

Der G-DRG-Katalog wird jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) neu kalkuliert. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im weiteren Katalogeffekt genannt. Neben der Neubewertung der jeweiligen Krankenhausleistungen werden in diesem Rahmen auch strukturelle Änderungen am G-DRG-Katalog vorgenommen.³ Die seit 2006 verwendete Normierungsmethode des

³ Wie z.B. die geänderte Einordnung von Eingriffen an der Wirbelsäule beim Katalogwechsel 2012/2013 (vgl. Heimig 2012).

Tabelle 19–2

Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als –0,58 %
2. Quintil	zwischen –0,58 % und –0,19 %
3. Quintil	zwischen –0,19 % und 0,07 %
4. Quintil	zwischen 0,07 % und 0,34 %
5. Quintil	positiver als 0,34 %

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

G-DRG-Katalogs soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen G-DRG-Systems gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zum gleichen CM-Volumen führt.

Auf tieferen Ebenen, wie MDCs und Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind z. T. deutliche Katalogeffekte nicht unüblich. Aus ihnen resultiert eine entsprechende Veränderung der Vergütungs- und damit Budgethöhe ohne reale Leistungsveränderung. Um diese Störgröße zu neutralisieren, werden für alle vergleichenden Darstellungen in den folgenden Kapiteln die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2012 in den Katalog des Jahres 2013 überführt.⁴

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2012 auf den G-DRG-Katalog 2013 reduziert sich der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um ca. 3016 BR, was einem Effekt von –0,02 % entspricht.⁵ Die Katalogeffekte der Krankenhäuser differieren zwischen –10,94 % und 4,24 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als –0,58 %. Die vereinbarte Budgetsumme sinkt für diese Einrichtung entsprechend. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,34 % (Tabelle 19–2). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene geringer aus als im Vorjahr (vgl. Mostert et al. 2013).

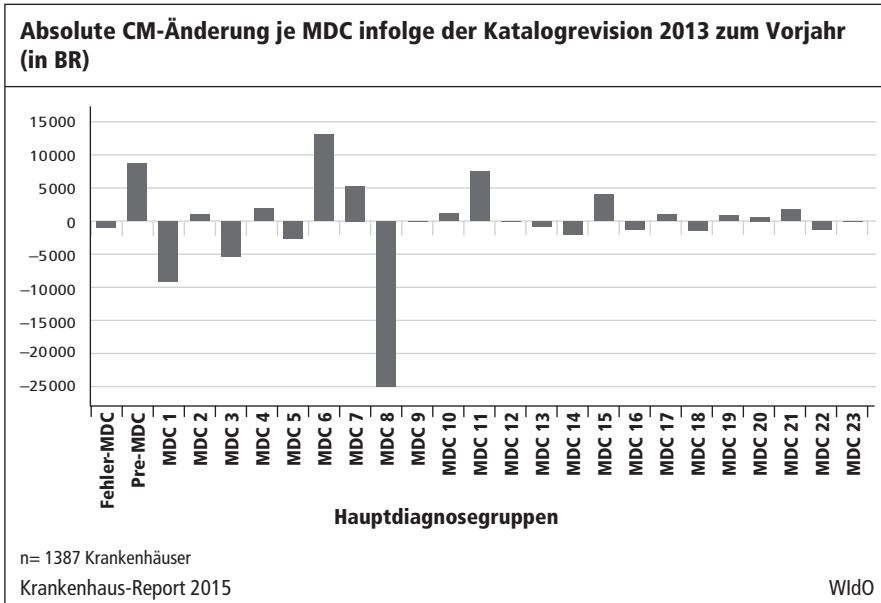
Unterschiede ergeben sich auch auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs) (Abbildung 19–4).⁶ Die in den vorangegangenen Jahren mengendynamische MDC 8 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) verliert aufgrund der Katalogrevision 25000 BR, was einem Effekt von –0,75 % entspricht. Anders als in den Jahren zuvor hat die MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit diesem Katalogwechsel keine nennenswerte Abwertung erfahren. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorga-

4 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2012 nach G-DRG-Katalog 2013 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2012 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (vgl. Friedrich und Paschen 2005).

5 Mögliche Erklärungen für die marginale Abweichung von der angestrebten Erlösneutralität im Rahmen der Katalognormierung, liegen mutmaßlich in der Abweichung des vereinbarten DRG-Spektrums des Jahres 2013 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2011, dem Datenjahr für die Katalogkalkulation.

6 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 19–3.

Abbildung 19–4



ne) wurde zeitgleich erneut aufgewertet. Für die hier untersuchten Einrichtungen summiert sich der Katalogeffekt auf zusätzliche 13 000 BR, was einem Effekt von +0,76 % gleichkommt.

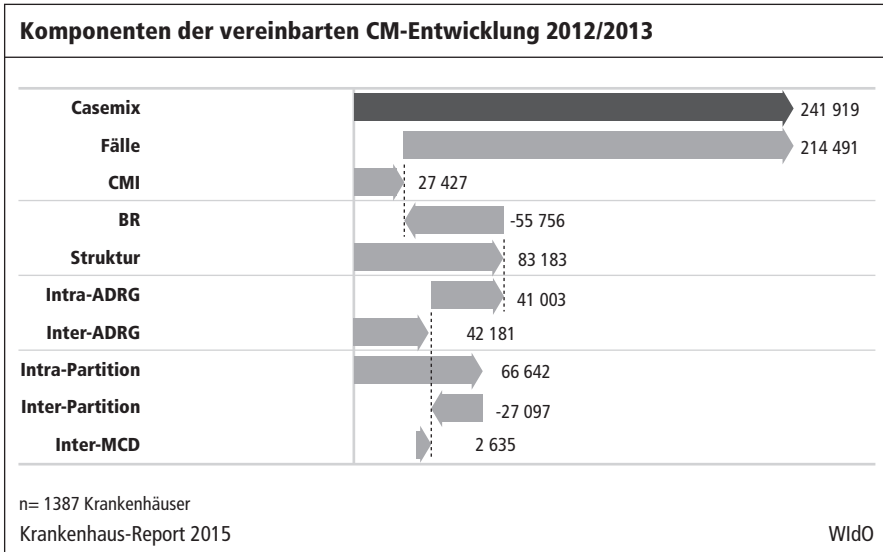
Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffekts ergibt sich von 2012 nach 2013 eine Erhöhung des vereinbarten Leistungsvolumens um knapp 242 000 CM-Punkte (1,4 %) (vgl. Abbildung 19–5). Zur detaillierten Analyse wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung⁷ angewendet. Durch seine Anwendung kann aufgezeigt werden, welche Einflusstärke der Fallzahl und der Fallschwere bei der Mengenentwicklung zukommen. Darüber hinaus es möglich, auch die CMI-Entwicklung in seine Teilkomponenten zu zerlegen und deren Relevanz zu bestimmen.

Knapp 89 % des CM-Anstieges wird von der Fallzahlkomponente determiniert (vgl. Abbildung 19–5). 2013 wurden im Vergleich zum Vorjahr rund 1,2 % mehr Fälle vereinbart, während der CMI nur um 0,2 % stieg. Von 2011 nach 2012 fiel die

⁷ Für die Anwendung der Komponentenzerlegung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: eine Produkthomogenität und eine ausgeprägte Produkthierarchie. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass die Vereinbarungen beider Jahre über den DRG-Katalog 2012 abgebildet werden. Die zweite Bedingung ist durch die natürlichen Eigenschaften des DRG-Systems erfüllt, da es die Ebenen DRG, Basis-DRG, Partition und MDC vorsieht. Für Analysen im DRG-System hat das Konzept bereits mehrmals Anwendung gefunden, wie bspw. bei Friedrich und Günster 2006, Fürstenberg et al. 2011, RWI 2012. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

Abbildung 19–5



CM-steigernde Wirkung der Fallzahlentwicklung noch um 1,3%-Punkte stärker aus, die Veränderungen bei der Fallschwere lagen hingegen auf einem ähnlichen Niveau (Mostert et al. 2014).

Die geringe Veränderung der Fallschwere ist durch die entgegengesetzte Wirkung der BR- und der Strukturkomponente zu begründen. Die **BR-Komponente** (–0,3%-Punkte) ergibt sich aus sinkenden effektiven Bewertungsrelationen je DRG, die aus der verkürzten durchschnittliche Verweildauer resultieren. Die positive **Struktur-Komponente**⁸ (+0,5%-Punkte) quantifiziert die Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen.

Etwa die Hälfte der höher bewerteten Leistungen sind durch Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG bedingt (**Intra-ADRG-Komponente**). In 59% der in Schweregrade unterteilten DRGs wurde ein höherer CMI vereinbart.

Die verbleibenden 0,2% des CM-Anstieges im Struktureffekt werden von der **Inter-ADRG-Komponente** bedingt. Im hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (Intra-Partition),
- innerhalb der gleichen MDC, aber unterschiedlichen Partitionen (Inter-Partition) und
- zwischen unterschiedlichen MDCs (Inter-MDC) stattfinden.

Aus der **Intra-Partitionskomponente** geht ein CM-Plus von knapp 67000 CM-Punkten (0,4%) hervor. Die negative **Inter-Partitionskomponente** (–0,2%)

⁸ Bei der Betrachtung der DRG-Leistungen auf nationaler Ebene spielt die Warenkorbbkomponente keine Rolle, da alle DRGs sowohl 2012 als auch 2013 vereinbart wurden (vgl. Günster 2008).

Tabelle 19-3
Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2012/2013 je MDC

	Casemix 2013	Fälle 2013 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										
			Casemix		Fälle		CMI		BR-Index		davon		
			davon	Fälle	davon	CMI	BR-Index	Strukturindex	davon	Intra-ADRG	Inter-ADRG	davon	Intra-Partition
Fehler-MDC	93 223	43	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%	-0,8%	0,8%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,1%
Pre-MDC	1 429 079	126	0,9%	1,6%	-0,7%	-0,7%	0,2%	-0,9%	-0,6%	-0,3%	0,0%	0,0%	-0,3%
MDC 1 Nervensystem	1 398 610	1 340	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	-0,4%	0,4%	0,6%	-0,2%	0,2%	0,2%	-0,4%
MDC 2 Auge	204 844	346	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	-0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,5%	0,5%	-0,2%
MDC 3 HNO	570 366	783	0,8%	1,3%	-0,5%	-0,5%	-0,1%	-0,4%	-0,1%	-0,2%	0,6%	0,6%	-0,9%
MDC 4 Atmung	1 161 047	1 270	7,7%	6,0%	1,6%	1,6%	-0,5%	2,1%	0,9%	1,2%	0,6%	0,6%	0,6%
MDC 5 Kreislauf	3 210 542	2 617	2,3%	1,8%	0,5%	0,5%	-0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	0,8%	0,8%	-0,2%
MDC 6 Verdauung	1 723 688	1 978	0,0%	0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	-0,2%
MDC 7 hepatobiliäres System	584 216	513	1,3%	1,7%	-0,4%	-0,4%	-0,5%	0,1%	0,3%	-0,2%	0,0%	0,0%	-0,2%
MDC 8 Muskel-Skelett-System	3 320 545	2 497	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,4%	0,4%	-0,3%
MDC 9 Haut	612 621	751	2,2%	2,8%	-0,6%	-0,6%	-0,5%	0,0%	0,3%	-0,3%	-0,2%	-0,2%	-0,1%
MDC 10 Stoffwechsel	391 253	434	0,9%	1,0%	-0,1%	-0,1%	-0,4%	0,3%	0,4%	-0,1%	0,6%	0,6%	-0,7%
MDC 11 Harnorgane	743 012	1 090	2,1%	-0,2%	2,3%	2,3%	0,1%	2,2%	0,3%	1,9%	1,7%	1,7%	0,1%
MDC 12 männl. Geschlechtsorgane	219 685	218	-5,1%	-4,5%	-0,6%	-0,6%	-0,1%	-0,4%	0,4%	-0,9%	-1,0%	-1,0%	0,1%
MDC 13 weibl. Geschlechtsorgane	401 708	401	-2,8%	-2,3%	-0,4%	-0,4%	-0,3%	-0,1%	0,2%	-0,3%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
MDC 14 Schwangerschaft	500 247	862	1,8%	1,9%	0,0%	0,0%	-0,2%	0,2%	0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%
MDC 15 Neugeborene	414 491	631	0,9%	1,4%	-0,5%	-0,5%	-0,1%	-0,4%	-0,6%	0,2%	0,7%	0,7%	-0,4%
MDC 16 Blut und Immunsystem	115 462	136	1,7%	1,8%	-0,1%	-0,1%	-0,6%	0,5%	0,6%	-0,1%	-0,2%	-0,2%	0,0%
MDC 17 Neubildungen	261 125	180	-2,2%	-0,8%	-1,4%	-1,4%	-0,5%	-0,8%	-0,2%	-0,6%	-0,6%	-0,6%	0,0%

Tabelle 19-3

Fortsetzung

	Casemix 2013	Fälle 2013 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)									
			Casemix		davon		davon		davon		davon	
			Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition		
MDC 18	248 539	202	9,1 %	7,7 %	1,3 %	-0,5 %	1,8 %	0,6 %	1,2 %	0,9 %	0,3 %	
MDC 19	41 615	76	-1,3 %	-0,8 %	-0,4 %	0,6 %	-1,0 %	-0,1 %	-0,9 %	-1,0 %	0,1 %	
MDC 20	52 162	152	1,2 %	1,7 %	-0,5 %	-0,5 %	0,0 %	-0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	
MDC 21	180 867	217	-4,4 %	-7,0 %	2,8 %	0,0 %	2,8 %	0,2 %	2,6 %	0,1 %	2,5 %	
MDC 22	16 483	12	6,6 %	2,5 %	4,0 %	-0,7 %	4,7 %	0,2 %	4,5 %	0,2 %	4,3 %	
MDC 23	44 372	92	2,1 %	1,1 %	0,9 %	-0,1 %	1,0 %	0,7 %	0,2 %	-0,2 %	0,4 %	

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

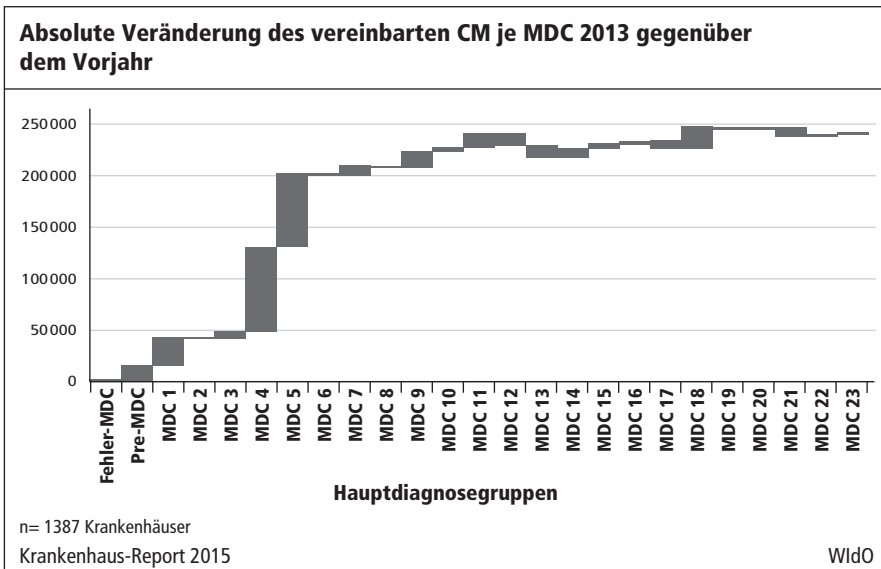
Wido

wirkt diesem Effekt auf globaler Ebene allerdings entgegen. Die Auswirkungen der beiden Effekte sind folglich eher gering, auf Ebene der einzelnen MDC gibt es jedoch durchaus dynamische Entwicklungen (vgl. Tabelle 19–3). Insgesamt ist bei 15 MDCs ein positiver Intra- und bei 11 MDCs ein positiver Inter-Partitionseffekt nachzuweisen. Besonders deutlich ist die CMI-steigernde Wirkung durch Verschiebungen innerhalb einer Partition in der medizinischen Partition der MDC 11 (Harnorgane). Durch Verschiebungen zwischen Partitionen kommt es bei der MDC 22 (Verbrennungen) zum deutlichsten CMI-Anstieg. Die Fallzahl in der operativen Partition steigt, die in der medizinischen sinkt. Dabei liegt in der operativen Partition mit 2,8 Punkten ein um das 7-fache höherer CMI vor als in der medizinischen Partition. Beispielsweise kommt es auch in der MDC 4 (Atmungsorgane), die im Jahr 2013 auch die fünfthöchste Gesamt-Fallzahl und die zweitdeutlichste Veränderungsrate beim CM ausweist, durch eine Fallzahlverschiebung zugunsten der CMI-stärksten operativen MDC zu einem Anstieg der Fallschwere.

Auch der fast nicht vorhandene Einfluss der **Inter-MDC-Komponente** bedeutet nicht, dass es keine CM- Zu- und Abnahmen auf Ebene der einzelnen MDCs gibt. Der CM der MDC 18 nimmt mit 9,1% am stärksten zu, der der MDC (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) mit –5,1% am deutlichsten ab (vergl. Tabelle 19–3). Von 2011 nach 2012 waren diese beiden MDCs ebenfalls an diesen beiden Positionen (vgl. Mostert et al. 2014).

Abbildung 19–6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamt-CM-Veränderung. An der Spitze steht hier die fallzahlstarke MDC 4. In den vergangenen Jahren haben noch die fallzahlstärksten MDCs 5 (Kreislauf) und 8 (Muskel-Skelett-System) die CM-Entwicklung hauptsächlich bestimmt (vgl. Mostert et al. 2013 und 2014).

Abbildung 19–6



19.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zusatzentgelte können ergänzend zu Fallpauschalen abgerechnet werden. Zwischen 2012 und 2013 hat das Volumen der Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 7,0% auf 1 979,1 Mio. Euro zugenommen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2013 3,3%.

Für einen kleineren Teil der Zusatzentgelte werden die Preise individuell mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart, weil noch keine ausreichende bzw. ausreichend homogene Datengrundlage zur Kalkulation bundeseinheitlicher Preise durch das InEK existiert.⁹ Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Da diese einheitlich vergüteten Zusatzentgelte im Formular E2 der Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) erfasst werden, werden sie im Folgenden als E2-Zusatzentgelte bezeichnet. Auf sie entfällt ein Budgetvolumen von rund 1 492,7 Mio. Euro im Jahr 2013; sie machen somit nahezu drei Viertel am gesamten Budget für Zusatzentgelte aus. Die weitere Darstellung beschränkt sich auf diesen Teil der Zusatzentgelte.

Wie bereits im Vorjahr ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2013 das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (Tabelle 19–4). Es wurde nach dem Auslaufen des Pflegesonderprogramms neu in den Katalog 2012 aufgenommen, gemeinsam mit dem Zusatzentgelt ZE131 „Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“. Das ZE130 hat allein ein Budgetvolumen von 212,4 Mio. Euro, was einem Anstieg von 11,2% entspricht, und macht damit 15,0% des gesamten Budgetvolumens der E2-Zusatzentgelte aus. Einen ähnlich hohen prozentualen Zuwachs zeigt das ZE82, die Gabe von Rituximab. Mit einem Budgetvolumen von 108,3 Mio. Euro ist es gegenüber dem Vorjahr von der vierten an die zweite Stelle gerückt, was wesentlich auf den Mengenanstieg um 9,5% zurückzuführen ist.

Ein Beispiel für deutliche Preissenkungen ist die Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten mit einem Rückgang um –9,3%. Die Medikamente-freisetzen-den Koronarstents (ZE101) sind ein Beispiel für erhebliche Mengensteigerungen bei gleichzeitigem Preiserückgang: Die Mengenanstieg um 18,4% wurde durch um 13,3% gesunkene Preise in weiten Teilen kompensiert. Eine vergleichbare Entwicklung hatte sich bereits im Vorjahr gezeigt. Es steht zu vermuten, dass die starke Mengenausweitung dieses Zusatzentgelts über Skaleneffekte zu einem Rückgang der Beschaffungspreise führt. Über die Neukalkulation findet sich dieser Effekt auch in der Vergütung wieder.

Im Rahmen der vorliegenden Analyse wird die Gesamtheit der E2-Zusatzentgelte in drei Segmente unterteilt, die so nicht im Katalog zu finden sind. Es handelt sich hierbei um die Zusatzentgelte für Dialyseverfahren, um Medikamentengaben sowie um die sonstigen Zusatzentgelte. Das letzte Segment ist heterogen und umfasst auch besondere Behandlungsverfahren, wie z. B. ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

⁹ Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Tabelle 19-4
Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2013

Zusatzentgelt	Segment ^{a)}	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2013 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2013	Budget- verände- rung zum Vorjahr	davon		
						Mengen- kompo- nente	Preis- kompo- nente	
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	S	159	214,3	15,0%	11,2%	6,6%	-7,6%	12,8%
Gabe von Rituximab, parenteral	M	36	108,3	7,6%	10,8%	9,5%	1,0%	0,2%
Medikamente-freisetzende Koronarstents	S	193	103,9	7,3%	4,1%	18,6%	-13,3%	1,3%
Hämodialyse, intermittierend	D	423	93,4	6,5%	-2,9%	-2,7%	-0,2%	0,0%
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	M	25	70,8	5,0%	5,9%	8,4%	-7,1%	5,3%
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	M	40	70,7	4,9%	-9,8%	-0,3%	-9,3%	-0,3%
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	42	66,0	4,6%	-2,7%	8,0%	-10,0%	0,1%
Gabe von Caspofungin, parenteral	M	13	55,4	3,9%	21,2%	19,5%	-0,2%	1,6%
Gabe von Pemetrexed, parenteral	M	14	42,0	2,9%	8,9%	9,8%	-0,3%	-0,5%
Gabe von Bevacizumab, parenteral	M	17	39,9	2,8%	28,3%	17,2%	-0,6%	10,1%
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	M	19	38,8	2,7%	-1,1%	-5,1%	3,1%	1,1%
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	D	23	32,0	2,2%	6,6%	5,3%	2,1%	-0,9%
Plasmapherese	S	5	28,9	2,0%	-5,4%	-0,4%	-0,1%	-4,9%
Hämodiafiltration, kontinuierlich	D	16	23,5	1,6%	4,0%	3,0%	4,9%	-3,8%
Extrakorporale Photopherese	S	17	21,4	1,5%	8,8%	8,5%	0,2%	0,0%
alle E2-Zusatzentgelte		1 324	1 429,9	100,0%	6,7%	6,3%	-3,9%	4,5%

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige
n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 19-5
Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2013

Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon			davon in der Warenkorbbkomponente:		
					Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	480	567	39,7 %	11,1 %	17,3 %	-7,6 %	2,5 %	2,1 %	-2,6 %	3,1 %
Dialyse	541	186	13,0 %	0,5 %	-0,9 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	302	676	47,3 %	5,1 %	4,2 %	-2,3 %	3,2 %	2,6 %	0,8 %	-0,3 %
alle EZ-Zusatzgelte	1 324	1 430	100,0 %	6,7 %	6,3 %	-3,9 %	4,5 %	4,1 %	-1,1 %	1,4 %

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

Wido

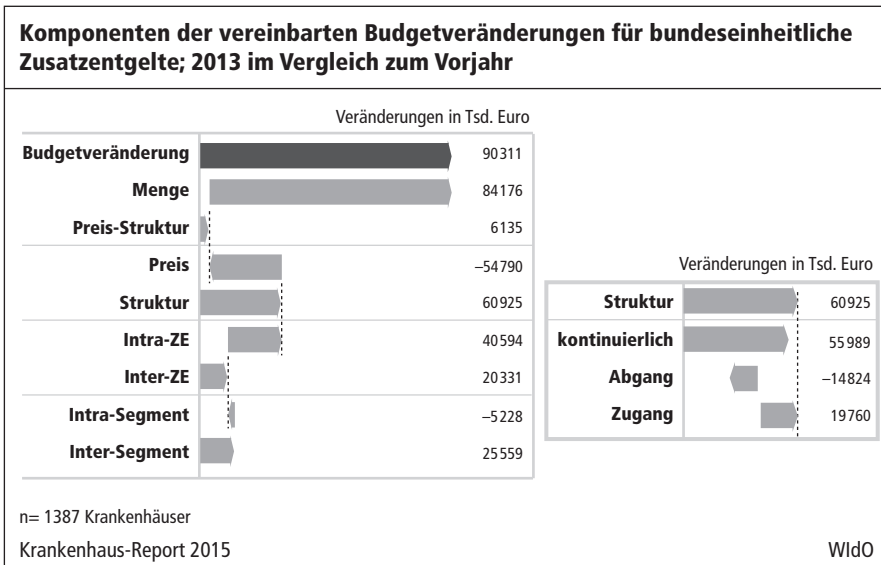
Gemessen an der Anzahl der vereinbarten Zusatzentgelte nimmt die Dialyse die Spitzenposition ein. Aufgrund einer vergleichsweise niedrigen Vergütung ist ihr Anteil von 13,0% am Gesamtbudget für E2-Zusatzentgelte jedoch eher gering. Zusatzentgelte für Medikamentengaben machen aufgrund hoher Preise mit einem Anteil von 47,3% fast die Hälfte des Gesamtbudgets aus. Das Budget für die Medikamentengabe ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 5,1% gestiegen, was zum einen auf eine Mengensteigerung zurückzuführen ist, zum anderen auf einen Struktureffekt, also auf einen Wechsel von niedriger zu höher vergüteten Zusatzentgelten innerhalb des Segments.

Die stärkste Dynamik besteht in dem Segment der „sonstigen“ Zusatzentgelte. Hier ist ein Budgetwachstum von 11,1% festzustellen, wobei die deutliche Mengenausweitung von 17,3% mit einer negativen Preiskomponente von -7,6% einhergeht. In diesem Segment haben Zu- und Abgängen eine vergleichsweise große Bedeutung. Es umfasst im Katalogwechsel von 2012 auf 2013 einige neue beziehungsweise neu gefasste Zusatzentgelte, wie beispielsweise die Medikamente-freisetzenden Ballons oder Neurostimulatoren. Nicht mehr im Katalog vorhandene Zusatzentgelte führten zu einem Budgetrückgang um 2,6%, während umgekehrt Zugänge das Budget um 3,1% ansteigen ließen. (Tabelle 19–5).

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden im Weiteren ebenfalls mit der Methode der Komponentenzerlegung gemessen.¹⁰

Der Anstieg des Budgets für bundeseinheitliche Zusatzentgelte von 2012 nach 2013 von 6,7% beläuft sich absolut betrachtet auf 90,3 Mio. Euro (Abbildung 19–7).

Abbildung 19–7



10 Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013, Fußnote 23 auf S. 38.

Insgesamt ist dieser Anstieg zum überwiegenden Teil auf den Mengenanstieg zurückzuführen: Die steigende Zahl vereinbarter Zusatzentgelte erklärt nahezu 84,1 Mio. Euro des Budgetzuwachses. Der restliche Anstieg um circa 6,1 Mio. Euro geht auf Preisveränderungen und Strukturverschiebungen zurück (**Preis-Struktur-Komponente**). Die isolierte **Preiskomponente** hat das Budget für Zusatzentgelte um 54,7 Mio. Euro reduziert, eine Folge der jährlichen Neukalkulation durch das InEK auf Basis von Erzeugerpreisen in einem sehr mengendynamischen Marktgeschehen. Sie wird allerdings mit einem Plus von 60,9 Mio. Euro aus der **Strukturkomponente**, also der Verschiebung in Richtung teurerer Zusatzentgelte, deutlich überkompensiert.

Die strukturellen Verschiebungen verteilen sich relativ gleichmäßig auf die Intra- und die Inter-ZE-Komponente. Bei der **Intra-ZE-Komponente** handelt es sich um strukturelle Veränderungen, die sich innerhalb ein und desselben Zusatzentgelts abspielen, z. B. durch Verschiebung hin zu höheren Dosierungsklassen bei Medikamenten. Die Intra-ZE-Komponente erklärt in der Summe 40,5 Mio. Euro Budgetzuwachs. Die **Inter-ZE-Komponente** besitzt mit 20,3 Mio. Euro einen vergleichsweise geringen Einfluss auf die Budgetentwicklung und beschreibt Veränderungen in den Anteilen zwischen den Zusatzentgelten.

Diese Veränderungen in der Inter-ZE-Komponente können sich innerhalb desselben Segments abspielen oder über die Segmentgrenzen hinweg. Die **Intra-Segment-Komponente** besitzt im Vergleich zwischen 2012 und 2013 nur einen geringen Einfluss von -5,2 Mio. Euro. Demgegenüber verursacht ein Wechsel zwischen verschiedenen Segmenten, also die **Inter-Segment-Komponente**, einen positiven Effekt in Höhe von 25,5 Mio. Euro.

Die **Warenkorbbkomponente** misst den Effekt aus dem Wegfall beziehungsweise dem erstmaligen Auftreten von Zusatzentgelten im ZE-Katalog 2013.¹¹ Der Wegfall von Zusatzentgelten führt zu einem Rückgang um 14,8 Mio. Euro, der jedoch von einer Zugangskomponente von etwa 19,7 Mio. Euro überkompensiert wird. Auch hier zeigt sich der Einfluss der oben angesprochenen neu hinzugekommenen Zusatzentgelte im „sonstigen“ Segment. Den weitaus größten Einfluss innerhalb des „Warenkorbes“ besitzen jedoch diejenigen strukturellen Verschiebungen, die sich innerhalb der bereits bestehenden und fortexistierenden Zusatzentgelte abspielen. Insgesamt beläuft sich das finanzielle Gewicht dieser kontinuierlichen Warenkorbbkomponente auf ein Budgetwachstum um 55,9 Mio. Euro.

19.5 Zusammenfassung und Diskussion

Im Jahr 2012 sind mit dem PsychEntgG Finanzierungshilfen in Höhe von 280 Mio. Euro in die Budgets des gleichen Jahres eingeflossen. Im Folgejahr hat das Beitragsschuldengesetz zu einer erneuten Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser geführt. Für die hier untersuchten Krankenhäuser summieren sich nachträgliche Tarifnachfinanzierung und Versorgungszuschläge auf 355,3 Mio.

¹¹ Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Warenkorbbkomponenten in der Komponentenzерlegung findet sich bei Günster 2008.

Euro. Letztere haben die Wirkungen aus dem Mehrleistungsabschlag um 100 Mio. deutlich überkompensiert, was in der Summe zu einem ausgleichsbereinigten Preiseffekt von 2,9% führte. Darin fehlen noch die Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene für 2013, die erst in den Budgetverhandlungen 2014 vollständig dokumentiert werden.

Die vereinbarte Mengenentwicklung hat mit einem Plus von 1,6% verglichen zu den Vorjahren einen geringeren Einfluss auf die Budgets. Entscheidender Treiber der Mengenkomponente bleibt jedoch die Fallzahlentwicklung mit +1,0%. Verglichen damit hat sich die vereinbarte Fallschwere auf globaler Ebene mit 0,6% moderater entwickelt, auch weil Verlagerungen in höher bewertete Leistungen deutlich durch eine geringere effektive BR je DRG, also einer rückläufigen Verweildauer, kompensiert werden. Auf Ebene der einzelnen Basis-DRGs, MDCs oder Partitionen lassen sich jedoch stärkere Veränderungen in der Fallschwere und im Leistungsvolumen erkennen.

Im Ergebnis sind die Budgets der untersuchten 1 387 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 4,5% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,6 Mrd. Euro entspricht.

Literatur

- Friedrich J, Günster C. Determinanten der CM Entwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 153–202.
- GKV-SV. Kurzbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 11 Satz 5 i. V. m. Abs. 10 Satz 12 KHEntgG. Berlin 2014.
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- Heimig F. Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013. Siegburg, September 2012.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 315–39.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg): Krankenhaus-Report 2013. Stuttgart: Schattauer 2013; 21–46.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2011 und 2012 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2014. Stuttgart: Schattauer 2014; 267–91.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung. WiDO-Materialien 31. Bonn 1988.

Anhang

Zusatzentgelte 2012 und 2013

ZE-Nr	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2012	2013
ZE 01	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE 02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE 09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	X	X
ZE 10	S	Künstlicher Blasenschließmuskel, Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	X	X
ZE 11	S	Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	X	X
ZE 13	M	Gabe von Alemtuzumab, parenteral	X	
ZE 17	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE 19	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE 27	M	Gabe von Trastuzumab, parenteral	X	X
ZE 30	M	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral	X	X
ZE 36	S	Plasmapherese	X	X
ZE 37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE 40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE 42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE 44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	
ZE 47	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE 48	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE 49	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE 50	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE 51	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE 52	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 53	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE 56	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE 58	S	Hydraulische Penisprothesen, Andere Operationen am Penis	X	X
ZE 60	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE 61	S	LDL-Apherese	X	X
ZE 62	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE 63	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral		X
ZE 64	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE 66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE 67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE 68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE 70	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE 71	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE 72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 73	M	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	X	
ZE 74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE 75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2012	2013
ZE 76	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X
ZE 78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE 79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
ZE 80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral		X
ZE 82	M	Gabe von Rituximab, parenteral	X	X
ZE 84	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	X
ZE 87	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	
ZE 92	M	Gabe von Imatinib, oral	X	X
ZE 93	M	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	X	X
ZE 94	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 95	M	Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
ZE 96	M	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
ZE 97	M	Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
ZE 98	M	Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
ZE 99	S	Distractionsmarknagel, nicht motorisiert	X	X
ZE100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, Andere Operationen an Lunge und Bronchien	X	X
ZE101	S	Medikamente-freisetzende Koronarstents	X	X
ZE102	S	Vagusnervstimulationssysteme	X	X
ZE105	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper	X	X
ZE106	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	X	X
ZE107	M	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	X	X
ZE108	M	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE109	M	Gabe von Caspofungin, parenteral	X	X
ZE110	M	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
ZE111	M	Gabe von Voriconazol, oral	X	X
ZE112	M	Gabe von Voriconazol, parenteral	X	X
ZE113	M	Gabe von Itraconazol, parenteral	X	X
ZE114	M	Gabe von Posaconazol, oral	X	X
ZE115	M	Gabe von Anidulafungin, parenteral	X	X
ZE116	M	Gabe von Panitumumab, parenteral	X	X
ZE117	M	Gabe von Trabectedin, parenteral	X	X
ZE118	M	Gabe von Abatacept, parenteral	X	X
ZE119	D	Hämofiltration, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X
ZE122	D	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	X	X
ZE123	D	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	X	X
ZE124	M	Gabe von Azacytidin, parenteral	X	X

Anhang
Fortsetzung

ZE-Nr	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2012	2013
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X
ZE126	S	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE127	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	
ZE128	M	Gabe von Micafungin, parenteral	X	X
ZE129	M	Gabe von Tocilizumab, parenteral	X	X
ZE130	S	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	X	X
ZE131	S	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	X	X
ZE132	S	Implantation eines Wachstumsstents	X	X
ZE133	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems	X	X
ZE134	S	Verschiedene Harnkontinenztherapien	X	X
ZE135	M	Gabe von Vinflunin, parenteral		X
ZE136	S	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		X
ZE137	S	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		X
ZE138	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation		X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation		X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation		X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation		X

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige

20 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2012

Ute Bölt

Abstract

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik zu den Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2012 zusammen. Er gibt einen Überblick über die sachlichen und personellen Ressourcen (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal) sowie die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (Patientenbewegungen) und beziffert die Aufwendungen für Personal- und Sachkosten. Die Krankenhausstatistik ist eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser. Die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten werden wie die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) jeweils in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 21–22).

The article presents the results of the hospital statistics for the year 2012 and provides an overview of the structural and financial situation of German hospitals, their organisational units, staff and equipment and the service rendered. The survey is carried out annually since 1991. The DRG statistics, just like the diagnosis statistics for hospital patients can be found in extra chapters (see chapters 21–22).

20.1 Vorbemerkung

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes liefert vielfältige Informationen über das Volumen und die Struktur des Leistungsangebots sowie über die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Seit 1991 umfasst die jährlich durchgeführte Vollerhebung die Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet. Das Erhebungsprogramm gliedert sich in die Grunddaten der Krankenhäuser, den Kostennachweis der Krankenhäuser und die Diagnosen der Krankenhauspatienten.¹ Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik – Diagnosis Related

¹ Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Krankenhausstatistik enthält die Fachserie 12 (Gesundheit) des Statistischen Bundesamtes. Entsprechend der Erhebungsbereiche werden die Ergebnisse in den Reihen 6.1.1 (Grunddaten der Krankenhäuser), 6.2.1 (Diagnosen der Krankenhauspatienten) und 6.3 (Kostennachweis der Krankenhäuser) jährlich publiziert; die Reihe 6.4 (Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik – DRG-Statistik) erweitert das Informationsangebot seit dem Berichtsjahr 2005. Die Publikationen sind auf der Themenseite Gesundheit des Statis-

Groups Statistics) ergänzt seit 2005 die Krankenhausdiagnosestatistik insbesondere um Angaben zu Operationen und medizinischen Prozeduren bei stationären Patienten. Gegenstand der folgenden Betrachtung sind die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser. Eine ausführliche Darstellung der Krankenhausdiagnosestatistik enthält Kapitel 21, Ergebnisse der DRG-Statistik werden in Kapitel 22 präsentiert.

Rechtsgrundlage ist die 1990 in Kraft getretene und im Jahr 2001 erstmals umfassend novellierte Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung war erforderlich geworden, um die Krankenhausstatistik an die Entwicklungen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung anzupassen.² Weitere wesentliche Änderungen gibt es ab 2007 bei der Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten (Wegfall der Ausbildungsstätten-Umlage) und der neu hinzugekommenen gesonderten Erfassung von Aufwendungen für den Ausbildungsfonds³ sowie ab 2009 bei der zusätzlichen Erhebung von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus und die hierauf entfallenden Sachkosten⁴. Der vorliegende Beitrag schließt sich an das Kapitel 19 im Krankenhaus-Report 2014 an. Die Struktur des Kapitels orientiert sich am Angebot und der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. An einen ersten Überblick über die Ergebnisse des Jahres 2012 anhand ausgewählter Kennzahlen der Krankenhäuser (Abschnitt 20.2) schließt sich eine detaillierte Betrachtung des Angebots von Krankenhausleistungen an (Abschnitt 20.3). Dabei wird auf die sachliche, personelle und fachlich-medizinische Ausstattung der Krankenhäuser eingegangen. Im Weiteren werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach unterschiedlichen Behandlungsformen präsentiert (Abschnitt 20.4). Abschließend wird auf die im Zusammenhang mit der Krankenhausleistung entstandenen Kosten (Abschnitt 20.5) eingegangen.

20.2 Kennzahlen der Krankenhäuser

Im Hinblick auf den Beitrag „Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz“ (Kapitel 22⁵), der sich ausschließlich mit dem Behand-

tischen Bundesamtes unter Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser in der Regel kostenfrei erhältlich. Weitere Informationen können unter gesundheit@destatis.de angefordert werden.

- 2 Zu inhaltlichen und methodischen Änderungen aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung siehe Rolland, Sebastian/Rosenow, Christiane: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002, In: Klauber J, Robra BP, Schell-schmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart: Schattauer 2005, S. 291–310.
- 3 Aufwendungen nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und -vergütungen).
- 4 Art. 4b des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 24. März 2009
- 5 Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen (hier: allgemeine Krankenhäuser) bilden die Datenbasis für die DRG-Statistik. Die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (hier: sonstige Krankenhäuser ohne reine Tages- und Nacht-kliniken) ist nach § 17d Abs. 1 KHG ab 1. Januar 2017 vorgesehen.

lungsgeschehen in allgemeinen Krankenhäusern befasst, werden vorab die Besonderheiten allgemeiner Krankenhäuser im Vergleich zu sonstigen Krankenhäusern anhand ausgewählter Kennzahlen dargestellt. Alle weiteren Ausführungen in diesem Kapitel zu den „Statistische(n) Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2012“ beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

20.2.1 Allgemeine und sonstige Krankenhäuser im Vergleich

Von 2017 Krankenhäusern insgesamt sind 1 692 allgemeine und 264 sonstige Krankenhäuser (ohne reine Tages- und Nachtkliniken). Allgemeine Krankenhäuser sind Einrichtungen mit einem in der Regel breiten Behandlungsspektrum. Sie verfügen deshalb über ein entsprechendes Angebot verschiedener Fachabteilungen. Davon zu unterscheiden sind Krankenhäuser, deren Schwerpunkt im psychiatrischen Bereich liegen. Da neben einem Angebot an psychiatrischen Fachabteilungen in diesen Einrichtungen oft auch noch neurologische oder geriatrische Behandlungsschwerpunkte kombiniert werden, versteht man unter den sonstigen Krankenhäusern Einrichtungen mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten, mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten, mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und geriatrischen Betten sowie mit psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten (Tabelle 20–1).

Der Anteil kleinerer Häuser mit weniger als 100 Betten liegt bei den sonstigen Krankenhäusern bei 43,2% (30,8% bei allgemeinen Krankenhäusern), lediglich 2,3% der Häuser verfügen über 500 und mehr Betten (14,7% bei allgemeinen Krankenhäusern). Von 18,6 Millionen stationär behandelten Patientinnen und Patienten wurden zwar nur 3,2% in einem sonstigen Krankenhaus behandelt; allerdings entfielen auf diese Patientinnen und Patienten 10,3% der insgesamt 142 Millionen Berechnungs- und Belegungstage des Jahres 2012. Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Verweildauer von 24,4 Tagen, die sich aus dem besonderen Behandlungsspektrum dieser Einrichtungen ergibt. Überwiegend werden dort psychische Erkrankungen behandelt. Demgegenüber dauerte der Aufenthalt für die Patientinnen und Patienten in allgemeinen Krankenhäusern lediglich 7,1 Tage. Die lange Verweildauer wirkt sich positiv auf die Bettenauslastung in sonstigen Krankenhäusern aus. Sie liegt mit 92,8% um 16,9 Prozentpunkte über der Bettenauslastung allgemeiner Krankenhäuser (75,9%).

In sonstigen Krankenhäusern sind lediglich 11% der beschäftigten Vollkräfte dem ärztlichen Personal zuzurechnen, in allgemeinen Krankenhäusern sind 17,5% der Vollkräfte Ärzte. Mehr als die Hälfte der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst (55,2%) gehört in den sonstigen Krankenhäusern zum Pflegedienst, in allgemeinen Krankenhäusern liegt der Anteil der Pflegevollkräfte an den nichtärztlichen Vollkräften bei 44,3%.

Alle weiteren Ausführungen in diesem Kapitel zu den Statistischen Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2012 beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

Tabelle 20–1

Eckdaten verschiedener Krankentypen: Allgemeine Krankenhäuser und Sonstige Krankenhäuser (OHNE reine Tages- und Nachtkliniken) im Vergleich

Gegenstand der Nachweisung	Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser ^{*)}
Anzahl der Krankenhäuser	2 017	1 692	264
Krankenhäuser mit ... Betten			
unter 100	696	521	114
100–199	443	377	66
200–499	624	546	78
500 und mehr	254	248	6
Aufgestellte Betten	501 475	458 374	43 101
Bettenauslastung	77,4	75,9	92,8
Stationär beh. Patienten	18 620 442	18 020 968	599 474
Berechnungs-/Belegungstage	142 024 009	127 389 304	14 634 705
Durchsch. Verweild. in Tagen	7,6	7,1	24,4
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	837 745	780 024	57 044
davon: Ärztliches Personal	142 874	136 479	6 264
Nichtärztliches Personal	694 872	643 545	50 781
davon: Pflegedienst	313 478	285 264	28 033
dar.: in der Psychiatrie tätig	42 772	16 687	25 916
Med.-tech. Dienst	137 722	128 835	8 717
Funktionsdienst	97 761	94 824	2 833
Übriges Personal	145 911	134 622	11 198

^{*)} Zu den Sonstigen Krankenhäusern (hier: OHNE reine Tages- und Nachtkliniken) zählen Krankenhäuser mit
 – ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten
 – psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten
 – psychiatrischen, psychotherapeutischen und geriatrischen Betten
 – psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

20.2.2 Krankenhäuser insgesamt

Einen Überblick über zentrale Ergebnisse des Jahres 2012, auf die in den folgenden Abschnitten intensiver eingegangen wird, gibt Tabelle 20–2⁶. Die kompletten Ergebnisse für die Jahre 2002 bis 2012 finden sich im Internetportal www.krankenhausreport-online.de (Zusatztabellen 20–a und 20–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 Krankenhaufälle und die durchschnittliche Verweildauer wesentliche Kennzahlen dar. Sie werden ergänzt um die

⁶ Die Veränderungsdaten in diesem Beitrag wurden auf Basis der exakten Ergebnisse errechnet.

Tabelle 20-2
Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2012 gegenüber	
	Anzahl				2011	2007
	2012	2011	2007	2002	2011	2007
Krankenhäuser	2017	2045	2087	2221	-1,4	-3,4
Aufgestellte Betten						
– Anzahl	501 475	502 029	506 954	547 284	-0,1	-1,1
– je 100 000 Einwohner*)	624	626	616	664	-0,4	1,2
Krankenhausauffälle						
– Anzahl	18620442	18344156	17178573	17432272	1,5	8,4
– je 100 000 Einwohner*)	23156	22870	20883	21135	1,3	10,9
Berechnungs- und Belegungstage in 1 000	142 024	141 676	142 893	159 937	0,2	-0,6
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	7,6	7,7	8,3	9,2	-1,2	-8,3
Durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	77,4	77,3	77,2	80,1	0,1	0,2
Personal						
– Beschäftigte am 31. 12. (Kopfzahl)	1146532	1128394	1067287	1112421	1,6	7,4
– Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente)	837 745	825 195	796097	833 541	1,5	5,2
darunter: – Ärztlicher Dienst	142 874	139 068	121 610	112 763	2,7	17,5
– Nichtärztlicher Dienst	694 872	686 127	674 488	720 778	1,3	3,0
darunter: – Pflegedienst	313 478	310 815	302 346	327 384	0,9	3,7
– med.-techn. Dienst	137 722	134 992	122 810	124 568	2,0	12,1
– Funktionsdienst	97 761	95 080	84 283	84 094	2,8	16,0
Bereinigte Kosten (einschl. Ausbildungsfonds) in 1 000 EUR	75 591 241	72 641 142	–	–	4,1	X
Bereinigte Kosten je Fall (einschl. Ausbildungsfonds) in EUR	4060	3960	–	–	2,5	X

Tabelle 20-2

Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr				Veränderung 2012 gegenüber	
	2012	2011	2007	2002	2011	2007
	Anzahl					
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) in 1000 EUR	74474179	71 564617	60440251	54 715 328	4,1	23,2
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall in EUR	4 000	3 901	3 518	3 139	2,5	13,7

*) Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.
 = Nicht vorhanden
 X̄ = Grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 20–1



Angabe der bereinigten, d. h. um die Aufwendungen für nicht stationäre Leistungen geminderten Kosten.

Um einen Eindruck von der kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklung der einzelnen Indikatoren zu gewinnen, wird der Überblick um einen Vorjahres-, 5- und 10-Jahres-Vergleich erweitert. Ergänzend stellt Abbildung 20–1 die zeitliche Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen grafisch dar.

20.3 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 der medizinisch-technischen Großgeräte (siehe 20.3.1) bestimmt. Das fachlich-medizinische Angebot der Krankenhäuser spiegelt sich in den Fachabteilungen wider (siehe 20.3.2). 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 20.3.3).

20.3.1 Sachliche Ausstattung

Im Jahr 2012 standen in insgesamt 2017 Krankenhäusern Deutschlands 501 475 Betten für die stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zur Verfügung; das Versorgungsangebot blieb gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (2011: 2 045 Krankenhäuser mit 502 029 Betten). Gegenüber 2002 ging die Zahl der Krankenhäuser infolge von Schließungen, aber auch durch die Fusion⁷ mehrerer ehemals eigenständiger Einrichtungen zu einem Krankenhaus um 204 (9,2%) zurück. Die Zahl der Krankenhausbetten sank von knapp 547 300 im Jahr 2002 um rund 45 800 oder 8,4%. Sinkende Bettenzahlen hatten zur Folge, dass sich auch die Bettendichte je 100 000 Einwohner⁸ verringerte. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands standen 2012 durchschnittlich 624 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung; das sind 40 Betten (6,0%) weniger als zehn Jahre zuvor.

Die Krankenhausedichte lag unverändert im Vergleich zum Vorjahr bei 2,5 Krankenhäusern je 100 000 Einwohner (Tabelle 20–3).

Knapp ein Fünftel (19,1%) aller Krankenhäuser Deutschlands hatte seinen Sitz in Nordrhein-Westfalen; außerdem verfügte das bevölkerungsreichste Bundesland über annähernd ein Viertel (24,1%) aller Krankenhausbetten. Die meisten Betten je 100 000 Einwohner gab es jedoch in Bremen (788 Betten), gefolgt von Thüringen (746 Betten) und Sachsen-Anhalt (719 Betten). Abbildung 20-2 verdeutlicht die regionalen Unterschiede und die Veränderung der Bettendichte im Vergleich zu 2002. Die stärksten Rückgänge innerhalb der vergangenen zehn Jahre verzeichneten Bremen und Berlin. Dort lag die Bettendichte im Jahr 2012 um 13,5% bzw. 10,2% unter der von 2002 (Abbildung 20–2).

Die Mitversorgungsfunktion, die die Krankenhäuser Bremens für das angrenzende Niedersachsen haben, wird nicht nur durch die Bettendichte, sondern auch durch die weit über dem Bundesdurchschnitt (23 156 Fälle je 100 000 Einwohner) liegende Anzahl der Krankenhausesfälle (31 302 je 100 000 Einwohner) deutlich. Aussagen über die Mitversorgungsfunktion einzelner Bundesländer können darüber hinaus anhand der Versorgungsquote⁹ getroffen werden (siehe Tabelle 20–3). 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 2012 mit 136,7% über die höchste Versorgungsquote, ge-

7 Zusammenschlüsse zwischen Unternehmen unterliegen unter bestimmten Voraussetzungen der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt, Internet: <http://www.bundeskartellamt.de/DE/Fusionskontrolle>.

8 Angaben je 100 000 Einwohner (Betten und Fälle) in den Krankenhausgrunddaten sind ab dem Berichtsjahr 2011 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 ermittelt; bis 2010 basieren die Angaben auf den Durchschnittsbevölkerungen früherer Zählungen.

9 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 20–3

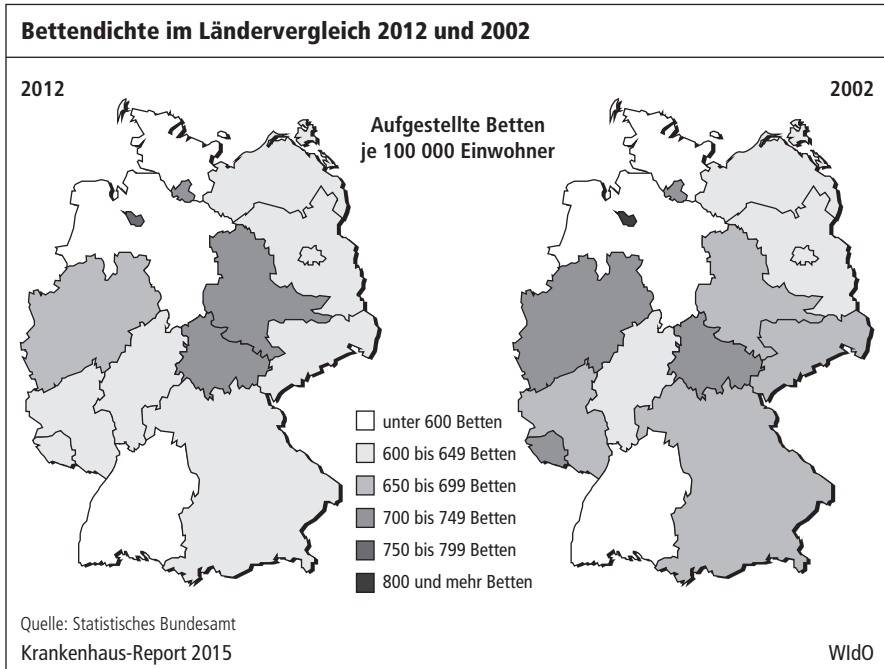
Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser 2012 nach Ländern

	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten		Fallzahl je 100 000 Einwohner ^{*)}	Durchschnittliche	
		Anzahl	je 100 000 Einwohner ^{*)}		Ver- weil- dauer in Tagen	Betten- aus- lastung in %
	Anzahl			je 100 000 Einwohner ^{*)}		
Deutschland	2017	501 475	624	23 156	7,6	77,4
Baden-Württemberg	276	56 674	538	19 675	7,7	76,8
Bayern	369	75 944	609	22 887	7,4	76,4
Berlin	81	20 133	601	23 378	7,7	81,9
Brandenburg	54	15 278	623	22 373	8,1	79,0
Bremen	14	5 140	788	31 202	7,2	78,4
Hamburg	51	12 128	703	27 288	7,9	84,2
Hessen	172	36 229	603	21 961	7,7	76,8
Mecklenburg-Vorpommern	38	10 385	648	25 477	7,2	77,8
Niedersachsen	198	42 084	541	21 061	7,6	80,3
Nordrhein-Westfalen	385	120 973	689	24 958	7,7	76,1
Rheinland-Pfalz	91	25 377	636	22 765	7,5	73,2
Saarland	21	6 464	649	26 996	7,7	87,0
Sachsen	78	26 178	647	24 669	7,6	79,5
Sachsen-Anhalt	49	16 294	719	26 587	7,5	75,3
Schleswig-Holstein	95	15 969	570	20 958	7,7	77,5
Thüringen	45	16 225	746	26 367	7,9	76,3
Veränderung gegenüber 2011 in %						
Deutschland	-1,4	-0,1	-0,4	1,3	-1,2	0,1
Baden-Württemberg	-3,2	-0,4	-0,9	0,2	-1,3	-0,4
Bayern	-0,3	0,2	-0,5	0,9	-1,5	-0,4
Berlin	2,5	1,1	-0,5	-0,2	-0,6	-0,5
Brandenburg	1,9	0,2	0,4	0,9	-0,9	-0,7
Bremen	0,0	0,1	-0,2	1,4	-1,1	0,1
Hamburg	8,5	0,5	-0,6	1,0	0,1	1,4
Hessen	-1,1	0,8	0,3	0,9	-0,4	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	-2,6	0,1	0,5	0,0	-0,6	-1,4
Niedersachsen	0,5	-0,3	-0,3	1,4	-1,2	0,2
Nordrhein-Westfalen	-4,0	-0,5	-0,5	2,1	-1,7	0,6
Rheinland-Pfalz	-4,2	0,0	0,0	2,0	-1,2	0,4
Saarland	-8,7	0,2	0,6	1,3	-0,3	0,1
Sachsen	-2,5	-1,1	-0,9	1,5	-1,7	0,4
Sachsen-Anhalt	0,0	-0,6	0,3	2,8	-2,0	0,2
Schleswig-Holstein	1,1	-0,1	-0,3	1,0	-0,6	0,4
Thüringen	0,0	0,2	0,8	1,5	-0,8	-0,4

^{*)} Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 20–2



folgt von Hamburg (131,8%) und Berlin (110,4%). Entsprechend niedrige Versorgungsquoten wiesen die Krankenhäuser der angrenzenden Flächenstaaten auf (Niedersachsen und Schleswig-Holstein: 93,7% und 93,8%, Brandenburg: 89,0%) (Tabelle 20–4).

Ergänzend zur Einzugsgebietsstatistik lässt sich der Anteil der Patienten ermitteln, die sich im eigenen Land behandeln ließen. Die Patienten aus Bayern und Nordrhein-Westfalen bevorzugten zu 96,5% bzw. 96,4% eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im eigenen Land. Demgegenüber ließen sich nur 81,8% der Brandenburger und 83,5% der Schleswig-Holsteiner im jeweils eigenen Bundesland behandeln.

Die anhand der Anzahl der aufgestellten Betten bestimmte Krankenhausgröße ist ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft. Im Jahr 2012 verfügte ein Krankenhaus über durchschnittlich 249 Betten; das sind drei Betten mehr als die durchschnittliche Krankenhausgröße zehn Jahre zuvor (246 Betten).

Der allgemeine Rückgang der Zahl der Krankenhäuser trifft nicht alle Krankentypen gleichermaßen. Die Anzahl sehr kleiner Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten (einschließlich reiner Tages- und Nachtkliniken ohne aufgestellte Betten) stieg sogar von 390 im Jahr 2002 auf 440 im Jahr 2012. Das entspricht einer Zunahme des Anteils von 17,6% im Jahr 2002 um 4,2 Prozentpunkte auf 21,8% im Jahr 2012. Mit durchschnittlich 20 Betten verfügte ein Krankenhaus in der Größenklasse 1 bis 49 Betten über ein Bett weniger als 2002. Der Anteil sehr großer Krankenhäuser

Tabelle 20–4

Versorgungsquote der Krankenhäuser nach Ländern 2012

Bundesland	Wohnort des Patienten	Behandlungs-ort des Patienten	Absolute Differenz	Versorgungs-quote	Anteil im eigenen Land behandelter Patienten
	Anzahl belegter Betten pro Tag ¹⁾			in %	
Deutschland	395 911	397 728	x	x	x
Baden-Württemberg	43 497	44 877	1 380	103,2	94,5
Bayern	57 807	59 758	1 952	103,4	96,5
Berlin	15 247	16 836	1 589	110,4	94,2
Brandenburg	13 895	12 373	-1 522	89,0	81,8
Bremen	3 001	4 103	1 102	136,7	88,4
Hamburg	8 143	10 736	2 593	131,8	90,1
Hessen	28 929	28 596	-332	98,9	89,7
Mecklenburg-Vorpommern	8 386	8 336	-50	99,4	93,3
Niedersachsen	37 092	34 756	-2 337	93,7	86,7
Nordrhein-Westfalen	93 441	93 119	-322	99,7	96,4
Rheinland-Pfalz	20 136	19 183	-953	95,3	84,5
Saarland	5 698	5 746	48	100,8	90,2
Sachsen	21 068	21 294	226	101,1	95,6
Sachsen-Anhalt	13 205	12 574	-632	95,2	89,7
Schleswig-Holstein	13 528	12 695	-833	93,8	83,5
Thüringen	12 838	12 746	-93	99,3	90,9

¹⁾ Durchschnittliche vollstationäre Bettenbelegung pro Tag. Berechnung: Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage dividiert durch Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr

X = Kombination nicht sinnvoll bzw. nicht möglich

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

ser (800 und mehr Betten) lag 2012 bei 4,6%; das sind 0,7 Prozentpunkte mehr als zehn Jahre zuvor (3,9%); die Durchschnittsgröße dieser Krankenhäuser lag bei 1 216 Betten (2002: 1 238). Trotz des geringen Anteils dieses Krankentyps an den Krankenhäusern insgesamt stand in den sehr großen Krankenhäusern mehr als ein Fünftel (22,5%) aller Betten, in den sehr kleinen Krankenhäusern jedoch nur 1,5% aller Betten. Tabelle 20–5 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen nach Krankenhausgröße und Art des Trägers und zeigt die Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr auf.

Die durchschnittliche Bettenauslastung¹⁰ bezogen auf alle Krankenhäuser lag 2012 bei 77,4% (2011: 77,3%). In zahlreichen Bundesländern wird für die Akut-

¹⁰ 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.

Tabelle 20-5
Ausgewählte Kennzahlen der Krankenhäuser nach Größenklassen und Art des Trägers 2012

Bettengrößenklasse/ Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Betten- auslastung		Fallzahl		Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	Anzahl	2 017	Anzahl	je 100 000 Einw.*)	in %	Anzahl	je 100 000 Einw.*)		
Krankenhäuser insgesamt		2 017	501 475	624	77,4	18 620 442	23 156	7,6	
KH mit 0 Betten ¹⁾	61	—	—	—	—	—	—	—	
KH mit 1 bis 49 Betten	379	7 718	7 718	10	63,2	21 7675	271	8,2	
KH mit 50 bis 99 Betten	256	18 621	18 621	23	74,1	5 444 14	677	9,3	
KH mit 100 bis 149 Betten	260	31 768	31 768	40	76,0	1 051 376	1 308	8,4	
KH mit 150 bis 199 Betten	183	31 707	31 707	39	75,5	1 166 039	1 450	7,5	
KH mit 200 bis 299 Betten	282	69 351	69 351	86	75,8	2 528 613	3 145	7,6	
KH mit 300 bis 399 Betten	203	69 665	69 665	87	78,3	2 578 459	3 207	7,7	
KH mit 400 bis 499 Betten	139	62 223	62 223	77	76,9	2 311 553	2 875	7,6	
KH mit 500 bis 599 Betten	90	48 998	48 998	61	77,9	1 991 547	2 477	7,0	
KH mit 600 bis 799 Betten	71	48 347	48 347	60	77,9	1 814 230	2 256	7,6	
KH mit 800 und mehr Betten	93	113 077	113 077	141	80	4 416 539	5 492	7,5	
Öffentliche Krankenhäuser	601	240 180	299	299	78,9	9 090 366	11 305	7,6	
in privatrechtlicher Form	354	136 344	136 344	170	77,2	5 342 369	6 644	7,2	
in öffentlich-rechtlicher Form	247	103 836	103 836	129	81,2	3 747 997	4 661	8,2	
– rechtlich unselbstständig	108	34 344	34 344	43	80,8	1 149 377	1 429	8,8	
– rechtlich selbstständig	139	69 492	69 492	86	81,3	2 598 620	3 232	8,0	
Freigemeinnützige Krankenhäuser	719	171 276	213	213	75,9	6 409 861	7 971	7,4	
Private Krankenhäuser	697	90 019	112	112	76,1	3 120 216	3 880	8,0	

Tabelle 20-5

Fortsetzung

Bettengrößenklasse/ Art des Trägers	Krankenhäuser insgesamt		Aufgestellte Betten		Betten- auslastung		Fallzahl		Durchschnittliche Verweildauer	
	Anzahl	je 100 000 Einw. *)	Anzahl	je 100 000 Einw. *)	in %	Anzahl	je 100 000 Einw. *)	Anzahl	je 100 000 Einw. *)	in Tagen
Veränderung gegenüber 2011 in %										
Krankenhäuser insgesamt	-1,4	-0,1	-0,4	0,1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	-1,2
KH mit 0 Betten ¹⁾	-1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH mit 1 bis 49 Betten	1,6	1,4	1,1	-0,8	-3,2	-3,2	-3,2	-3,2	-3,2	4,1
KH mit 50 bis 99 Betten	-4,8	-4,9	-5,1	-0,1	-5,3	-5,3	-5,3	-5,3	-5,3	0,6
KH mit 100 bis 149 Betten	-1,5	-1,7	-2,0	-0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	-2,9
KH mit 150 bis 199 Betten	-7,1	-7,1	-7,3	0,7	-6,5	-6,5	-6,5	-6,5	-6,5	0,3
KH mit 200 bis 299 Betten	-1,7	-1,5	-1,7	0,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	-2,2
KH mit 300 bis 399 Betten	-1,0	-0,8	-1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
KH mit 400 bis 499 Betten	0,7	1,6	1,4	-0,4	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	-2,8
KH mit 500 bis 599 Betten	0,0	0,3	0,0	-0,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	-2,5
KH mit 600 bis 799 Betten	2,9	3,1	2,9	0,2	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	-0,8
KH mit 800 und mehr Betten	2,2	2,1	1,8	-0,2	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	-0,7
Öffentliche Krankenhäuser	-3,2	-1,1	-1,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-0,9
in privatrechtlicher Form	-2,7	-1,1	-1,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-0,9
in öffentlich-rechtlicher Form	-3,9	-1,0	-1,2	0,1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-1,0
– rechtlich unselbstständig	-5,3	-3,8	-4,0	0,0	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	0,2
– rechtlich selbstständig	-2,8	0,4	0,2	0,2	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	-1,4
Freigemeinnützige Krankenhäuser	-3,6	-0,5	-0,8	0,3	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-1,5
Private Krankenhäuser	2,8	3,4	3,2	-0,9	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	-1,8

*) Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011

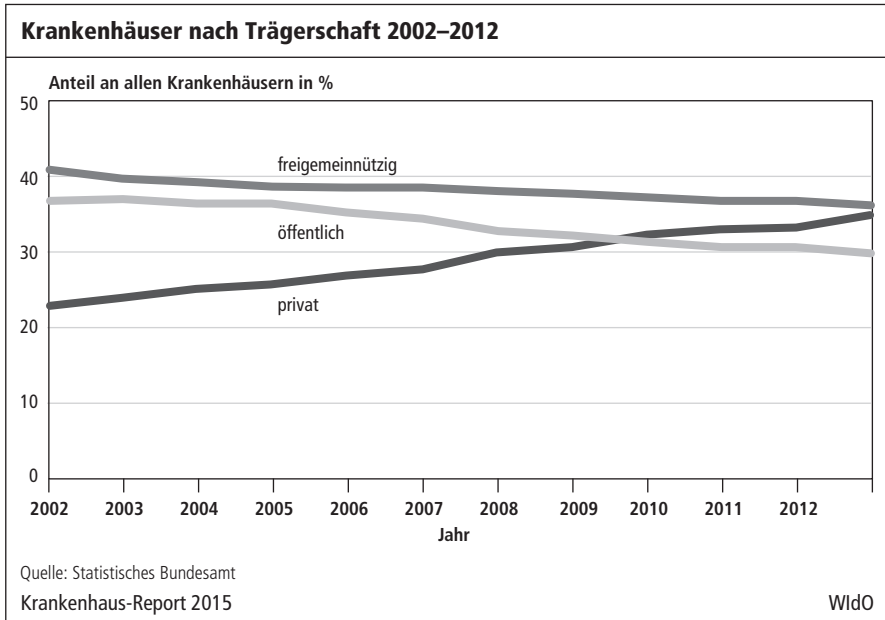
¹⁾ Reine Tages- und Nachtkliniken

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 20–3



versorgung von einem anzustrebenden „Bettennutzungsrichtwert“ von 85% als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ausgegangen¹¹. Die Abweichung von Soll und Ist im Jahr 2012 entspricht rund 45 000 Krankenhausbetten. Die geringste Bettenauslastung (63,2%) hatten Krankenhäuser mit 1 bis 49 Betten aufzuweisen, die höchste (80,0%) Einrichtungen mit 800 und mehr Betten. Allerdings differiert die Bettenauslastung nach Fachabteilungen erheblich (siehe 20.3.2).

Nicht nur bei der Größenstruktur, auch hinsichtlich der Krankenhausträger vollzog sich ein Strukturwandel. Während sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 2002 bis 2012 um 204 (–9,2%) Einrichtungen verringerte, stieg die Anzahl privater Kliniken um 170 (+32,3%) auf 697 Einrichtungen. Der allgemeine Rückgang der Zahl der Einrichtungen traf folglich die freigemeinnützigen (–18,0%) und in noch stärkerem Maße die öffentlichen Krankenhäuser (–26,4%). Abbildung 20–3 zeigt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die anteilige Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern (siehe auch Zusatztable 20–d im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

¹¹ Krankenhausplanung der Länder gem. § 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Vgl. hierzu zum Beispiel: Neununddreißigste Fortschreibung des Krankenhausplans des Freistaates Bayern, Stand 1. Januar 2014, Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Internet: <http://www.stmgp.bayern.de/krankenhaus/krankenhausplanung/doc/krankenhausplan.pdf>.

Die meisten Krankenhäuser (719 oder 35,6%) befanden sich 2012 in freigemeinnütziger Trägerschaft¹², gefolgt von den privaten Krankenhäusern (697 oder 34,6%) und den öffentlichen Krankenhäusern (601 oder 29,8%). Gemessen an der Zahl der verfügbaren Betten dominieren allerdings die öffentlichen Krankenhäuser nach wie vor die Krankenhauslandschaft. Annähernd jedes zweite Bett steht in einem öffentlichen Krankenhaus (240 180 oder 47,9%). In freigemeinnütziger Trägerschaft befindet sich jedes dritte Krankenhausbett (171 276 oder 34,2%) und nur jedes sechste Bett (90 019 oder 17,9%) steht in einem privaten Krankenhaus. Abbildung 20–4 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten nach Träger- und Rechtsformen im Jahr 2012.

Zwischen Träger- und Größenstruktur besteht offenbar ein enger Zusammenhang: Während sich z. B. sehr große Einrichtungen, zu denen in erster Linie die Universitätskliniken gehören, in öffentlicher Trägerschaft befinden, werden kleine Häuser eher von privaten Trägern betrieben. 2012 verfügte eine Privatklinik über durchschnittlich 129 Betten. Freigemeinnützige Krankenhäuser waren mit 238 Betten annähernd doppelt, öffentliche mit durchschnittlich 400 Betten sogar mehr als dreimal so groß. Allerdings zeigen die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit, dass private Betreiber in den Bereich der Universitätskliniken vorstoßen¹³. Im Einzelfall sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine mögliche künftige Privatisierung geschaffen worden¹⁴ bzw. es werden die rechtlichen Möglichkeiten einer Privatisierung geprüft¹⁵.

Vor dem Hintergrund geänderter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zu sparsamer Haushaltsführung haben gestiegene Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Einrichtungen dazu geführt, dass immer mehr öffentliche Träger auf diese Veränderungen durch eine rechtliche Verselbstständigung ihrer Einrichtungen reagieren. Seit 2002 wird die Rechtsform öffentlicher Krankenhäuser erfasst; dadurch ist es möglich, den Fortschritt der Überführung öffentlicher Krankenhäuser in eine privatrechtliche Rechtsform statistisch abzubilden und anhand der Ergebnisse tendenzielle Aussagen über die Entwicklungen in diesem Bereich zu machen.

-
- 12 Träger der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereine.
- 13 Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg, Umwandlung in eine GmbH mit Wirkung vom 2. Januar 2006 und Übernahme von 95 % der Geschäftsanteile durch die Rhön-Klinikum AG (Hessische Staatskanzlei: Initiativen/Verwaltungsreform/Privatisierung).
- 14 Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz – UMG) vom 10. September 2008 (GVBl. 2008, S. 205), zuletzt geändert durch § 142 Abs. 12 des Gesetzes vom 20. Oktober 2010 (GVBl. 2010, S. 319). Das am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetz enthält die Option, die rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Universitätsmedizin GmbH) umzuwandeln – ggf. auch mit Beteiligung privaten Kapitals an dieser GmbH. Einzelheiten zum Formwechsel regelt § 25.
- 15 www.schleswig-holstein.de, Staatskanzlei Schleswig-Holstein: Start > Schwerpunkte > Haushaltskonsolidierung > Die Vorschläge im Detail > Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH). „... Im Bereich von Forschung und Wissenschaft soll nach privaten Investoren für das UKSH gesucht werden. Vor dem Hintergrund der Vereinbarung zwischen dem UKSH, dem Land und den Gewerkschaften werden die rechtlichen Möglichkeiten geprüft und eine materielle Privatisierung des UKSH vorbereitet. ...“

Abbildung 20–4

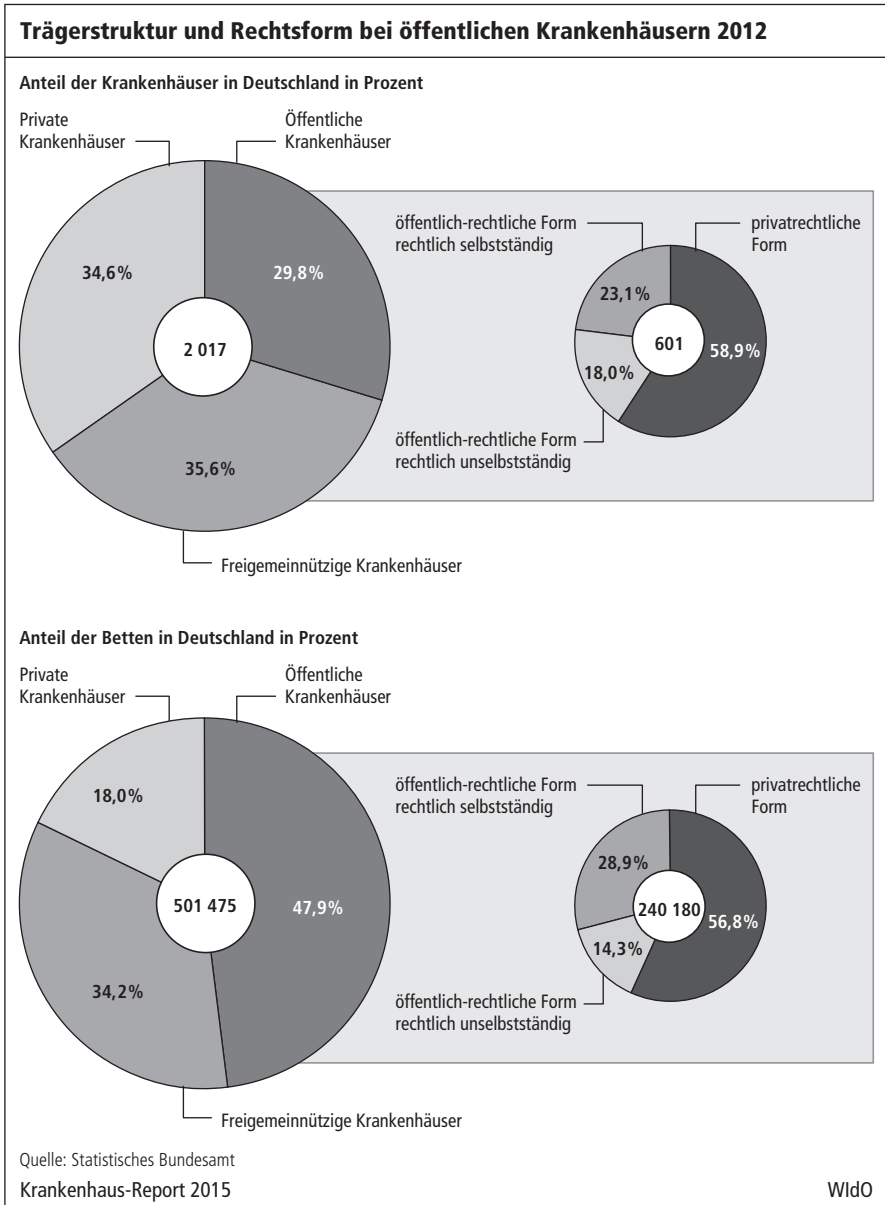


Tabelle 20–6

Medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen 2012

Medizinisch-technisches Großgerät/ Sondereinrichtung	2012	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	in %
Insgesamt	11 305	2,6
Computer-Tomographen	1 463	0,5
Dialysegeräte	5 404	3,5
Digitale Subtraktions-Angiographie-Geräte	804	1,9
Gamma-Kameras	542	-5,2
Herz-Lungen-Maschinen	447	3,5
Kernspin-Tomographen	891	3,8
Koronarangiographische Arbeitsplätze	893	5,7
Linearbeschleuniger/Kreisbeschleuniger	383	0,3
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	125	5,0
Stoßwellenlithotripter	333	3,7
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	20	-4,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Mit 354 von insgesamt 601 öffentlichen Krankenhäusern wurde im Jahr 2012 mehr als die Hälfte (58,9%) in privatrechtlicher Rechtsform geführt, z. B. als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH); 2002 war es nur gut ein Viertel (28,3%). Die Zahl der in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen öffentlichen Einrichtungen sank auf verbleibende 247 Einrichtungen (41,1%). Das entspricht einem Rückgang um 30,6 Prozentpunkte gegenüber 2002. Der Anteil der rechtlich selbstständigen Krankenhäuser, die 2012 als Zweckverband, Anstalt oder Stiftung betrieben wurden, lag bei 23,1%, der der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (z. B. Regie- oder Eigenbetriebe) bei 18,0%.

Zur sachlichen Ausstattung der Krankenhäuser gehören auch medizinisch-technische Großgeräte und Sondereinrichtungen, wie z. B. Dialysegeräte, Computer- und Kernspin-Tomographen sowie koronarangiographische Arbeitsplätze. Insgesamt wurden am 31.12.2012 in den deutschen Krankenhäusern 11 305 medizinisch-technische Großgeräte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Bestand um 287 Geräte (2,6%). Die höchsten Zuwachsraten sind bei Koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+5,7%) und Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (+5,0%) und zu verzeichnen. Zurückgegangen ist die Zahl der Gammakameras (-5,2%) und der Tele-Kobalt-Therapiegeräte (-4,8%). Tabelle 20–6 gibt einen Überblick über Art und Anzahl der in der Krankenhausstatistik erfassten Geräte und Sondereinrichtungen.

20.3.2 Angebot nach Fachabteilungen

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärztinnen und Ärzten ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen für das Jahr 2012 in Tabelle 20–7 vermitteln nicht nur einen Eindruck vom fachlich-medizinischen Versorgungsangebot, sondern zugleich auch vom Behandlungsspektrum der Krankenhäuser.

Allein in den Fachabteilungen Innere Medizin (153 000) und Chirurgie (105 000) waren mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten (51,4%) aufgestellt. Hier wurden 11,4 Millionen (61,5%) aller 18,6 Millionen vollstationären Behandlungsfälle versorgt. Die durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung variierte zwischen 3,2 Tagen in der Augenheilkunde und 16,0 Tagen in der Geriatrie. Ausgehend von einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,6 Tagen über alle Fachabteilungen dauerte eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik mit 41,2 Tagen gut fünfmal so lange. Sehr unterschiedlich fällt auch der Nutzungsgrad der Betten nach Fachabteilungen aus. Innerhalb der allgemeinen Fachabteilungen reichte er von 51,5% in der Nuklearmedizin bis zu 92,7% in der Geriatrie. In allen psychiatrischen Fachabteilungen (Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik) waren die Betten demgegenüber zu 91,3% und mehr ausgelastet.

In der Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik ist das Versorgungsangebot im Vergleich zum Vorjahr am stärksten ausgeweitet worden. Die Anzahl der Fachabteilungen stieg um 17 (+8,9%), die Zahl der verfügbaren Betten um gut 700 (+8,8%). Die Zahl der in diesem Fachbereich behandelten Patientinnen und Patienten nahm gegenüber 2011 um rund 4 300 (+6,2%) zu, die Bettenauslastung stieg um 0,5 Prozentpunkte. Deutliche Zuwächse gab es auch im Bereich Geriatrie. Neun zusätzliche Fachabteilungen (+3,6%) mit rund 500 weiteren Betten (+4,0%) standen 2012 für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung, deren Zahl gegenüber 2011 um 19 400 (+7,3%) stieg. Diesen Entwicklungen steht der Abbau von Überkapazitäten z. B. in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin gegenüber. Trotz einer Verringerung der Zahl der Fachabteilungen Chirurgie um 33 und der verfügbaren Betten um knapp 1 400 sank die Bettenauslastung um 0,3 Prozentpunkte auf nur noch 73,3%, obwohl 2012 6 700 Patienten mehr behandelt wurden als im Jahr zuvor. Auch in der Inneren Medizin wurde das Versorgungsangebot um 32 Fachabteilungen mit insgesamt knapp 200 Betten verringert, trotz einer Zunahme der Fallzahlen um 148 000. Hier führte der Abbau von Versorgungskapazitäten zu einer um 0,3 Prozentpunkte besseren Bettenauslastung.

Abbildung 20–2 zeigte bereits deutliche Unterschiede in der Bettendichte nach Bundesländern. Eine genauere Analyse der Unterschiede ermöglicht eine zusätzliche Betrachtung der Bettendichte nach Fachabteilungen. In sechzehn von einundzwanzig ausgewiesenen Fachabteilungen (ohne „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“) lag die Bettendichte in Bremen über dem Bundesdurchschnitt, in sieben dieser Fachabteilungen, darunter in der Psychiatrie und Psychotherapie, ver-

Tabelle 20–7

Ausgewählte Kennzahlen nach Fachabteilungen 2012

Fachabteilungsbezeichnung	Fachabteilungen insgesamt	Aufgestellte Betten	Nutzungsgrad der Betten	Fallzahl	durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl		in %	Anzahl	in Tagen
Fachabteilungen insgesamt					
– Allgemeine Fachabteilungen					
Augenheilkunde	315	4 712	64,2	350 843	3,2
Chirurgie	1 204	105 012	73,3	4 275 565	6,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	888	33 464	58,1	1 659 479	4,3
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	702	10 686	62,5	600 545	4,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	117	4 699	78,7	206 638	6,6
Herzchirurgie	73	4 730	84,7	135 227	10,8
Innere Medizin	1 242	152 890	80,0	7 173 771	6,2
Geriatrie	260	13 445	92,7	284 548	16,0
Kinderchirurgie	81	1 917	59,0	124 811	3,3
Kinderheilkunde	364	19 199	64,1	960 047	4,7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	188	2 169	65,0	108 211	4,8
Neurochirurgie	185	7 031	79,3	238 867	8,5
Neurologie	425	23 298	85,4	908 978	8,0
Nuklearmedizin	110	893	51,5	46 376	3,6
Orthopädie	419	24 123	69,7	816 654	7,5
Plastische Chirurgie	130	1 934	66,0	77 824	6,0
Strahlentherapie	163	3 049	68,2	80 224	9,5
Urologie	525	14 827	72,7	782 159	5,0
Sonstige Fachbereiche/ Allgemeinbetten	222	4 528	71,9	198 294	6,0
– Psychiatrische Fachabteilungen					
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	143	5 825	92,1	52 591	37,3
Psychiatrie und Psychotherapie	410	53 949	94,3	830 204	22,4
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	207	9 095	91,3	73 735	41,2

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WiDO

Tabelle 20-8

Bettendichte nach Ländern und Fachabteilungen 2012

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	624	538	609	601	623	788	703	603	648	541	689	636	649	647	719	570	746
– Allgemeine Fachabteilungen	538	454	520	525	541	686	609	519	564	464	602	558	577	563	629	461	655
Augenheilkunde	6	6	6	8	4	11	10	5	7	4	6	6	11	6	7	6	7
Chirurgie	131	113	134	114	118	142	157	128	112	121	147	141	116	126	140	107	144
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42	39	39	37	37	56	37	41	40	35	51	47	33	41	45	31	45
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13	12	12	11	12	30	16	14	16	12	15	15	13	12	17	7	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	5	7	7	4	8	5	5	6	5	6	2	5	8	8	6	11
Herzchirurgie	6	6	6	4	5	8	12	5	7	5	6	6	6	8	7	6	7
Innere Medizin	190	161	187	184	182	208	173	173	210	170	214	200	207	213	226	155	235
Geriatrie	17	4	7	40	36	37	52	28	2	6	24	8	16	5	18	31	25
Kinderchirurgie	2	2	3	4	–	7	5	2	5	2	2	1	3	3	4	1	3
Kinderheilkunde	24	22	22	22	24	33	28	19	32	20	27	21	26	30	37	16	30
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	3	2	2	4	2	6	4	2	5	3	3	2	3	2	2	3	4
Neurochirurgie	9	7	9	11	9	17	17	7	13	9	8	7	11	7	10	10	12
Neurologie	29	25	27	25	44	29	37	32	48	26	26	27	50	32	31	29	42
Nuklearmedizin	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2
Orthopädie	30	27	33	24	32	50	9	30	29	23	32	32	36	30	33	32	41
Plastische Chirurgie	2	2	2	3	1	2	2	3	0	3	3	4	2	1	4	1	–

Tabelle 20–8

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
Strahlentherapie	4	4	3	4	5	4	4	3	6	3	5	3	3	5	4	1	7
Urologie	18	15	17	15	17	12	21	18	18	16	22	22	20	21	23	13	23
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	6	3	3	7	9	25	21	5	7	1	4	13	17	13	11	7	1
– Psychiatrische Fachabteilungen	86	84	89	77	82	102	93	85	83	77	88	78	72	83	90	109	91
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	7	6	5	6	9	8	8	9	11	8	7	7	5	9	14	9	13
Psychiatrie und Psychotherapie	67	65	53	66	73	90	76	64	69	61	78	63	61	69	68	74	76
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	11	14	31	6	–	–	9	11	4	8	3	8	6	5	8	25	2

– = Nicht vorhanden

0 = Wert kleiner 0,5 aber größer Null

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlDfO

fügte Bremen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern über die meisten Betten je 100 000 Einwohner (Tabelle 20–8).

Im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen insgesamt hatten Schleswig-Holstein und Bremen 2012 eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte. Während im Bundesdurchschnitt 86 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung zur Verfügung standen, waren es in Schleswig-Holstein 109 und in Bremen 102 Betten je 100 000 Einwohner. Demgegenüber gab es im Saarland lediglich 72 Betten je 100 000 Einwohner in einer psychiatrischen Fachabteilung. In einzelnen Fachbereichen (Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik) gibt es nicht in allen Bundesländern ein stationäres Versorgungsangebot.

20.3.3 Personal der Krankenhäuser

Am 31.12.2012 wurden gut 1,1 Millionen Beschäftigte in den Krankenhäusern gezählt, 18 100 Personen bzw. 1,6% mehr als am 31.12.2011. 159 800 Beschäftigte waren als hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen tätig; 986 800 Beschäftigte (darunter gut 79 200 Schüler und Auszubildende) waren dem nichtärztlichen Dienst zuzurechnen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen um 5 500 (+3,6%) Beschäftigte, die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen nahm um 12 600 (+1,3%) Beschäftigte zu. 19,2% des ärztlichen und 45,9% des nichtärztlichen Personals sind teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Um den Auswirkungen unterschiedlicher Beschäftigungsmodelle (Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung sowie kurzfristige Beschäftigung) angemessen Rechnung zu tragen, wird zusätzlich zur Zahl der Beschäftigten am Erhebungsstichtag 31. Dezember des Jahres die Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt¹⁶ (Vollzeitäquivalente) erhoben. Die Gesamtzahl der Vollkräfte erhöhte sich gegenüber 2011 um rund 12 600 bzw. 1,5% auf gut 837 700 Vollkräfte, von denen knapp 142 900 (17,1%) im ärztlichen Dienst und 694 900 (82,9%) im nichtärztlichen Dienst arbeiteten; 313 500 nichtärztliche Vollkräfte wurden allein im Pflegedienst gezählt.

Die Krankenhausstatistik liefert zudem Informationen über das Geschlecht und den Beschäftigungsumfang der Beschäftigten. 45,1% der hauptamtlichen Ärzte waren im Jahr 2012 Frauen (siehe Tabelle 20–9). Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine weitere Zunahme des Frauenanteils um 0,7 Prozentpunkte, gegenüber 2002 sogar um 10,3 Prozentpunkte. Mit steigender Hierarchiestufe nimmt der Frauenanteil an den Krankenhausärzten deutlich ab. Während zu Beginn der ärztlichen Laufbahn jede zweite Assistenzarztstelle (55,5%) von einer Frau besetzt wurde, war es bei den Oberärzten nur noch jede vierte Stelle (27,4%). Der Frauenanteil an den leitenden Ärzten lag bei nur noch 10,0%.

Deutlich verändert hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch der Beschäftigungsumfang. 2002 waren 22,9% der hauptamtlichen Ärztinnen teilzeit- oder ge-

¹⁶ Zur Ermittlung der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt werden die unterschiedlichen Beschäftigungsmodelle auf die volle jährliche tarifliche Arbeitszeit umgerechnet. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Tabelle 20-9
Frauen- und Teilzeitanteil 2002 bis 2012

Jahr	Hauptamtliche Ärzte ¹⁾						Nichtärztliches Personal ²⁾					
	darunter Frauen			Teilzeitbeschäftigte insgesamt			darunter Frauen			Teilzeitbeschäftigte insgesamt		
	Insgesamt	Teilzeitanteil	in %	Anzahl	Teilzeitanteil	in %	Insgesamt	Teilzeitanteil	in %	Anzahl	Teilzeitanteil	in %
2002	116 061	40 334	34,8	12 301	9 217	75,7	907 871	723 794	79,7	36,9	335 262	313 873
2003	118 486	42 170	35,6	14 502	10 926	75,3	890 122	711 320	79,9	38,6	343 725	320 928
2004	129 817	48 609	37,4	15 998	11 987	75,0	868 048	694 980	80,1	40,3	349 404	326 318
2005	131 115	50 004	38,1	17 139	12 829	74,9	859 709	688 666	80,1	41,8	359 248	334 826
2006	133 649	52 598	39,4	18 352	13 867	75,6	858 088	687 692	80,1	42,9	367 694	342 565
2007	136 267	54 963	40,3	18 596	14 118	75,9	858 151	687 236	80,1	43,3	371 767	345 554
2008	139 294	58 035	41,7	20 678	15 481	74,9	865 027	693 884	80,2	44,0	380 687	352 995
2009	143 967	61 411	42,7	23 407	17 328	74,0	877 878	703 295	80,1	44,4	389 459	360 404
2010	148 696	65 030	43,7	25 361	18 937	74,7	888 314	712 899	80,3	44,8	397 822	367 596
2011	154 248	68 545	44,4	27 758	20 376	73,4	896 288	726 576	81,1	45,6	408 280	376 087
2012	159 764	72 068	45,1	30 667	22 230	72,5	907 522	736 368	81,1	45,9	416 369	383 593

¹⁾ Ohne Zahnärzte

²⁾ Ohne Auszubildende und Personal der Ausbildungsstätten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WiDo

ringfügig beschäftigt; 2012 war es bereits fast jede dritte Frau (30,8%). Bei ihren männlichen Kollegen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten von 4,1% auf 9,6%. Insgesamt gab es knapp 30 700 (19,2%) hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen, die 2012 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis standen oder geringfügig beschäftigt waren.

Mit 907 500 Beschäftigten (ohne Schüler/Schülerinnen und Auszubildende) lag die Zahl der im nichtärztlichen Dienst tätigen Krankenhausmitarbeiter gut fünfmal so hoch wie die der Beschäftigten im ärztlichen Dienst. Die mit Abstand meisten nichtärztlichen Beschäftigten (rund 414 900) waren im Pflegedienst tätig (45,7%). An zweiter Stelle folgten der medizinisch-technische Dienst (z. B. Laboratoriums- und Radiologieassistentinnen und -assistenten, Krankengymnastinnen und -gymnasten) mit 19,9% und der Funktionsdienst (z. B. Personal im Operationsdienst, in der Ambulanz und in Polikliniken) mit 13,6%.

Der Frauenanteil beim nichtärztlichen Personal war 2012 mit 81,1% annähernd doppelt so hoch wie der Anteil weiblicher Beschäftigter beim ärztlichen Personal (45,1%). Während Frauen vorwiegend im Pflegedienst beschäftigt waren (85,9%), dominierten beim Personal des technischen Dienstes und des Krankentransportdienstes Männer mit 92,2% und 80,6%. Der Anteil teilzeit- und geringfügig Beschäftigter ist im nichtärztlichen Bereich im Vergleich zu den hauptamtlichen Ärzten und Ärztinnen gut zweieinhalbmal so hoch: 45,9% im Jahr 2012. Zehn Jahre zuvor waren es gerade mal 36,9%.

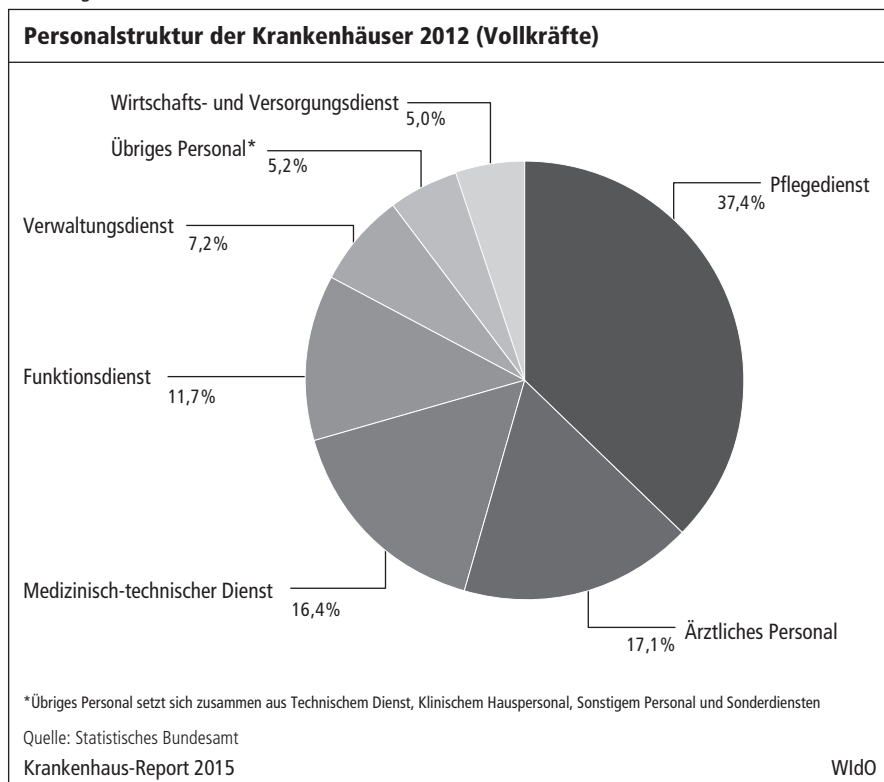
Zusammenfassend gibt Abbildung 20–5 einen Überblick über die Personalstruktur der Krankenhäuser auf der Grundlage der für 2012 ermittelten gut 837 700 Vollkräfte nach Beschäftigtengruppen.

Die Personalstruktur variierte je nach Krankenhausträger. Bei den Krankenhäusern privater Träger gehörten 17,3% aller Vollkräfte dem ärztlichen Personal an, bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren dies lediglich 16,6%. Der Anteil der im Pflegedienst tätigen Vollkräfte ist am höchsten bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (40,2%) und am niedrigsten bei den öffentlichen Krankenhäusern mit 35,3% (siehe auch Zusatztabelle 20–c im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de).

Seit 2011 wird zusätzlich zu den Vollkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus die Zahl der Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus erhoben. Hierbei handelte es sich um knapp 20 600 Vollkräfte, 3 400 im ärztlichen Dienst und 17 200 im nichtärztlichen Dienst Beschäftigte, die z. B. im Personalleasing-Verfahren eingesetzt wurden. Entscheidend ist, dass die Leistung vom Krankenhaus erbracht wird¹⁷ und dazu das Personal etwa durch Zeitarbeitnehmer und -arbeitnehmerinnen verstärkt wird. Beim ärztlichen Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis kann es sich um Honorarkräfte oder um Ärzte und Ärztinnen handeln, die über (konzerninterne) Personalgesellschaften im Krankenhaus eingesetzt werden. Beim nichtärztlichen Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis spielen sowohl konzerninterne Personalgesellschaften als auch Zeitarbeit eine Rolle.

¹⁷ Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung übernommen hat, wird nicht erfasst; hier gehört die („outsourcete“) Reinigung nicht mehr zu den Leistungen des Krankenhauses.

Abbildung 20–5



Der Vergleich der Personalausstattung der Krankenhäuser in Deutschland nach Ländern basiert auf der Personalbelastungszahl¹⁸, bezogen auf belegte Betten. Die Personalbelastungszahl ergibt sich als Quotient aus der Anzahl der Stunden, die die Krankenhausbetten im Jahr belegt waren (= Belegungsstunden der Krankenhausbetten im Jahr) und der Anzahl der Stunden, die die Vollkräfte für die Betreuung der Krankenhausbetten im Jahr zur Verfügung standen (= Jahresarbeitsstunden der Vollkräfte). Die so ermittelte Kennziffer gibt an, wie viele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich pro Arbeitstag zu versorgen hat. Tabelle 20–10 zeigt die Ergebnisse des Jahres 2012 für die unmittelbar mit der vollstationären Behandlung von Patienten betrauten Personalgruppen.

Die Personalbelastung für die einzelnen Beschäftigtengruppen ist unterschiedlich hoch. Im Vergleich zu einer Pflegevollkraft versorgte eine ärztliche Vollkraft täglich mehr als doppelt so viele belegte Betten. Allerdings erfordern die betreuungsintensiven Aufgaben einer Pflegevollkraft einen wesentlich höheren Zeitauf-

18 Ab 2009 neue Berechnungsmethode auf der Basis der Jahresarbeitszeit einer Vollkraft. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ein belegtes Krankenhausbett täglich 24 Stunden Betreuung erfordert, eine Vollkraft jedoch an 220 Arbeitstagen im Jahr (nur) acht Stunden täglich zur Verfügung steht.

Tabelle 20–10

Vollkräfte und Personalbelastungszahl¹⁾ 2012 nach Bundesländern

Bundesland	Vollkräfte insgesamt ²⁾	darunter		
		ärztlicher Dienst	Pflege- Dienst ³⁾	med.-techn. Dienst
Deutschland	837 745	142 874	313 478	137 722
Baden-Württemberg	106 563	17 686	37 108	18 430
Bayern	133 112	22 039	47 825	22 704
Berlin	36 107	7 240	12 771	6 234
Brandenburg	20 913	3 738	8 870	2 874
Bremen	8 326	1 527	3 465	1 315
Hamburg	22 349	4 629	8 466	3 766
Hessen	57 371	9 528	22 495	9 036
Mecklenburg-Vorpommern	18 340	3 243	6 883	3 293
Niedersachsen	72 818	11 761	26 631	12 332
Nordrhein-Westfalen	190 101	32 876	72 525	30 338
Rheinland-Pfalz	40 927	6 356	15 463	6 142
Saarland	12 772	1 981	4 824	1 937
Sachsen	41 266	7 321	16 693	6 093
Sachsen-Anhalt	25 468	4 152	10 044	4 581
Schleswig-Holstein	26 369	4 634	9 732	4 577
Thüringen	24 944	4 164	9 684	4 070
Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft pro Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten⁴⁾				
Deutschland	2,3	13,6	6,2	14,1
Baden-Württemberg	2,0	12,3	5,9	11,8
Bayern	2,2	13,1	6,1	12,7
Berlin	2,3	11,4	6,4	13,2
Brandenburg	2,9	16,1	6,8	21,0
Bremen	2,4	13,2	5,8	15,3
Hamburg	2,3	11,0	6,0	13,5
Hessen	2,4	14,6	6,2	15,4
Mecklenburg-Vorpommern	2,2	12,4	5,9	12,2
Niedersachsen	2,3	14,3	6,3	13,7
Nordrhein-Westfalen	2,4	14,0	6,3	15,1
Rheinland-Pfalz	2,3	14,6	6,0	15,1
Saarland	2,2	14,2	5,8	14,5
Sachsen	2,5	14,2	6,2	17,0
Sachsen-Anhalt	2,4	14,8	6,1	13,4
Schleswig-Holstein	2,3	13,3	6,3	13,5
Thüringen	2,5	14,8	6,4	15,2

¹⁾ Die Personalbelastungszahl bezieht sich nur auf das vollstationäre Leistungsgeschehen. Ambulante und teilstationäre Leistungen fließen nicht in diese Maßzahl ein.

²⁾ Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen, ohne Personal der Ausbildungsstätten

³⁾ Ohne nicht hauptamtliche Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen

⁴⁾ Berechnung auf der Grundlage der Jahresarbeitszeit:

(Berechnungs-/Belegungstage * 24 h)/(Vollkräfte * 220 [Arbeitstage im Jahr] * 8 h)

Quelle: Statistisches Bundesamt

wand; deshalb kann in der gleichen Zeit nur knapp die Hälfte der von einer ärztlichen Vollkraft betreuten Betten versorgt werden. Für den Pflegedienst ist deshalb eine im Vergleich zum ärztlichen Dienst oder zum medizinisch-technischen Dienst niedrige Kennzahl charakteristisch. Während eine Pflegevollkraft im Bundesdurchschnitt täglich 6,2 Betten betreute, waren andere Vollkräfte für mehr als doppelt so viele Betten zuständig (ärztlicher Dienst: 13,6 Betten, medizinisch-technischer Dienst: 14,1 Betten). Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der ärztlichen Vollkräfte in allen Bundesländern zu; dadurch sank die Personalbelastung für diese Beschäftigtengruppe bundesweit. Demgegenüber ging die Zahl der Pflegevollkräfte in einzelnen Bundesländern (Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) zurück. Dies führte selbst in Ländern, in denen zugleich die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage abnahm (Baden-Württemberg, Brandenburg und Sachsen-Anhalt), zu einer steigenden Personalbelastung.

Auch regional gab es erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Personalbelastung einzelner Beschäftigtengruppen. Mit durchschnittlich 11 belegten Betten pro Tag hatte eine ärztliche Vollkraft in Hamburg die geringste Belastungszahl, gefolgt von Berlin mit 11,4 Betten. Ein Krankenhausarzt in Brandenburg hingegen hatte die mit Abstand meisten Betten (16,1) täglich zu betreuen, gefolgt von Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 14,8 Betten). Die Pflegevollkräfte in Brandenburg hatten täglich 6,8 belegte Betten zu versorgen, gefolgt von Pflegevollkräften in den Krankenhäusern Berlins und Thüringens mit jeweils 6,4 Betten. Die im regionalen Vergleich geringste Bettenzahl (5,8) hatte eine Pflegevollkraft in Bremen und im Saarland pro Tag zu betreuen.

20.4 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.

20.4.1 Vollstationäre Behandlungen

18,6 Millionen vollstationär behandelte Patienten¹⁹ wurden im Berichtsjahr 2012 gezählt. Das sind 276 300 oder 1,5 % mehr gegenüber dem Vorjahr und zugleich die höchste seit Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991 ermittelte Fallzahl. Möglicherweise ist dieser Trend durch die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Weil Alter und Geschlecht bei vielen Gesundheitsproblemen

¹⁹ Die Fallzahl in den Grunddaten der Krankenhäuser ermittelt sich aus der Summe der vollstationären Aufnahmen (Patientenzugang) und der Summe der Entlassungen aus vollstationärer Behandlung einschließlich der Sterbefälle (Patientenabgang) im Berichtsjahr, dividiert durch 2.

eine Rolle spielen, haben Veränderungen im Bevölkerungsaufbau auch Auswirkungen auf die Entwicklung der Zahl der Krankenhausfälle²⁰. Um solche Effekte zu kontrollieren, wird die absolute Fallzahl üblicherweise standardisiert. Hierbei wird eine einheitliche Altersstruktur für alle Vergleichsjahre bzw. -regionen angenommen. Standardisierte Fallzahlen lassen sich in der Krankenhausstatistik nur mit Hilfe der Diagnosedaten ermitteln, die Angaben zum Alter und Geschlecht der Patienten enthalten. Für 2012 ergab sich eine altersstandardisierte Rate von 20 993 Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner²¹. Damit lag die standardisierte Fallzahl um 0,7 % über der des Vorjahres (20 854). Entsprechende Ergebnisse werden im Kapitel 21 ausführlich dargestellt.

Die Summe der 2012 erbrachten vollstationären Berechnungs- und Belegungstage²² stieg gegenüber 2011 um 348 000 oder 0,2 %. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2012 durchschnittlich 7,6 Tage²³. Dies waren 0,1 Tage weniger als im Vorjahr und 1,6 Tage weniger als 2002 (9,2 Tage).

20.4.2 Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen

Um der zunehmenden Bedeutung von nicht rein vollstationären Behandlungsformen in Krankenhäusern gerecht zu werden, werden seit 2002 neben den vollstationären Behandlungen auch einzelne Merkmale im Bereich der teil-, vor- und nachstationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik detaillierter erfasst.²⁴

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden erfordert. Sie wird vorwiegend in einer von insgesamt 61 reinen Tages- oder Nachtkliniken angeboten. Die Patientinnen und Patienten verbringen dabei nur den entsprechenden Tagesabschnitt mit der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. 2012 wurden in den Krankenhäusern gut 734 000 teilstationäre Behandlungen²⁵ durchgeführt, 7 % mehr als im Jahr zuvor. Knapp die

20 Vgl. die ausführliche Darstellung der Modellrechnungen der Krankenhausfälle für 2020 und 2030 in „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige 2010“ im Publikationsangebot des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de, Thema „Gesundheit“.

21 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“.

22 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.

23 Die durchschnittliche Verweildauer ergibt sich als Quotient aus der Summe der Berechnungs- bzw. Belegungstage und der Fallzahl.

24 Vor Inkrafttreten der Ersten Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

25 Die Fallzählung (Anzahl der Behandlungen) hängt von der Art der Abrechnung teilstationärer Leistungen ab: Sind für teilstationäre Leistungen, die über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) abgerechnet werden, fallbezogene Entgelte vereinbart worden, zählt jede abgerechnete Patientin/jeder abgerechnete Patient als ein Fall; sind dagegen tagesbezogene

Hälfte (48,2%) aller teilstationären Behandlungen erfolgte in der Inneren Medizin. Innerhalb dieses Fachbereichs entfielen alleine 44,5% aller Behandlungen auf das Teilgebiet Nephrologie (z. B. Dialyse), weitere 15% auf das Teilgebiet Hämatologie und internistische Onkologie (z. B. Chemotherapie).

Vorstationäre Behandlungen werden im Vorfeld einer anstehenden vollstationären Behandlung, z. B. für Voruntersuchungen, erbracht. In diesem Bereich wurden knapp 4,1 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2012 gezählt, rund 270 000 bzw. 7,1% mehr als 2011. Im Vergleich zu 2002 hat sich die Zahl der vorstationären Behandlungen mehr als verdreifacht. Jede dritte Behandlung dieser Art (34,4%) wurde 2012 in der Fachabteilung Chirurgie durchgeführt, gefolgt von der Inneren Medizin mit 22,9% aller vorstationären Behandlungen.

Nachstationäre Behandlungen finden im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt statt. Mit rund 988 000 Behandlungen stieg ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 3,1%. Die meisten nachstationären Behandlungen erfolgten in der Chirurgie (38,8%), weitere 14,2% in der Inneren Medizin.

Zusammengenommen erweiterten die genannten Behandlungsformen das Leistungsvolumen der Krankenhäuser im Jahr 2012 um gut 5,8 Millionen Fälle.

20.4.3 Ambulante Operationen

Seit 2002 wird in der Krankenhausstatistik darüber hinaus auch die Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus erfasst. Nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen, und zwar in dem Umfang, der in einem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe festgelegt ist.

Knapp zwei Drittel aller Krankenhäuser (60,6%) führten im Jahr 2012 rund 1,87 Millionen ambulante Operationen durch. Im Vergleich zu 2002 hat sich die Zahl der ambulanten Operationen mehr als verdreifacht. Dabei entwickelte sich dieser Leistungsbereich mit anfänglichen jährlichen Steigerungsraten von bis zu 60% äußerst dynamisch. Seit 2007 blieben die jährlichen Steigerungsraten unter 10%; im Vergleich zu 2011 stieg die Zahl ambulanter Operationen nur noch um 0,1%. Das Potenzial der Krankenhäuser auf dem Gebiet ambulanter Gesundheitsversorgung scheint ausgeschöpft (Tabelle 20–11).

Entgelte vereinbart worden, werden Patientinnen und Patienten, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt wurden, je Quartal als ein Fall gezählt. Die Quartalszählung ist auch anzuwenden bei teilstationären Leistungen nach § 13 Abs. 1 BPfIV (Bundespflegegesetzverordnung), die mit einem gesonderten Pflegesatz abgerechnet werden.

Tabelle 20–11

Behandlungsformen in Krankenhäusern

Jahr	Behandlungsfälle ¹⁾				Ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
Anzahl					
2002	17 432 272	376 473	1 169 529	747 206	575 613
2003	17 295 910	502 470	1 417 411	755 096	724 310
2004	16 801 649	511 137	1 670 652	661 274	1 160 573
2005	16 539 398	527 213	1 965 027	654 277	1 371 708
2006	16 832 883	623 657	2 266 670	703 488	1 513 716
2007	17 178 573	675 082	2 714 169	781 197	1 638 911
2008	17 519 579	702 649	2 991 986	820 371	1 758 305
2009	17 817 180	667 093	3 298 544	875 259	1 813 727
2010	18 032 903	673 080	3 510 861	905 602	1 854 125
2011	18 344 156	686 364	3 820 969	958 163	1 865 319
2012	18 620 442	734 263	4 092 333	988 307	1 867 934
Vergleichsjahr	Veränderung in %				
2011	1,5	7,0	7,1	3,1	0,1
2002	6,8	95,0	249,9	32,3	224,5

¹⁾ Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

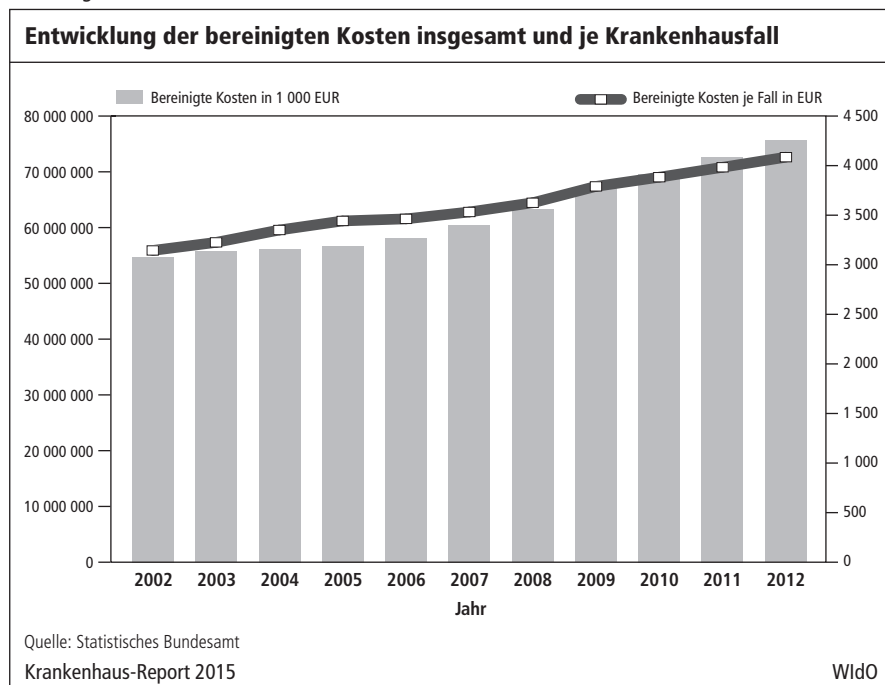
WIdO

20.5 Kosten der Krankenhäuser

Der mehrfache Wechsel des Kostenermittlungsprinzips²⁶ seit 1991 hat zur Folge, dass ein Vergleich der Krankenhauskosten über einen längeren Zeitraum nur auf der Basis der bereinigten Kosten²⁷ möglich ist. Diese Vergleichbarkeit wird durch die ab 2007 geänderte Erhebung der Kosten der Ausbildungsstätten²⁸, mit der den

- 26 Seit 2002 werden die Kosten der Krankenhäuser (wie schon in den Jahren 1991 bis 1995) wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Bei dieser Art der Kostenermittlung werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die Kosten für nichtstationäre Leistungen (= Abzüge, z. B. für Ambulanz, Forschung und Lehre, wahlärztliche Leistungen) bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Demgegenüber wurden in den Jahren 1996 bis 2001 die Kosten nach dem Nettoprinzip ermittelt, wodurch ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z. B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich ist. Der 10-Jahres-Vergleich (Ergebnisse des Berichtsjahres 2001) ist deshalb nur in Bezug auf bereinigte Kosten möglich.
- 27 Die bereinigten Kosten (= stationäre Kosten) ergeben sich als Differenz aus den Gesamtkosten und den Abzügen für nichtstationäre Leistungen bspw. wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz etc.
- 28 Die Erhebung der Ausbildungsstätten-Umlage ist weggefallen; die Kosten der Ausbildungsstätten setzen sich nur noch aus Personal- und Sachkosten zusammen. Neu hinzugekommen ist ab 2007 die gesonderte Erhebung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.

Abbildung 20–6



tatsächlichen Gegebenheiten in Bezug auf die Ausbildungskosten im Krankenhaus Rechnung getragen wird, weiter eingeschränkt. So führt die neu hinzu gekommene gesonderte Erhebung der „Aufwendungen für den Ausbildungsfonds“²⁹ zu einer Erhöhung sowohl der Brutto-Gesamtkosten als auch der bereinigten Kosten der Krankenhäuser. Bei der Betrachtung der langfristigen Entwicklung der Krankenhauskosten bleiben die erstmals im Jahr 2007 erhobenen Aufwendungen für den Ausbildungsfonds unberücksichtigt.

Die Entwicklung der bereinigten Kosten insgesamt und je Fall seit 2002 ist in Abbildung 20–6 dargestellt. Die zugrunde liegenden bereinigten Kosten des Jahres 2012 i. H. v. 75,6 Mrd. Euro setzen sich zusammen aus den Kosten der Krankenhäuser insgesamt (85,1 Mrd. Euro) zuzüglich der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten i. H. v. 0,6 Mrd. Euro) und abzüglich der Abzüge (11,2 Mrd. Euro). Ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds ergeben sich bei 18,6 Millionen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten durchschnittliche Kosten von 4 000 Euro je Behandlungsfall.

Einen detaillierten Überblick über die Krankenhauskosten des Jahres 2012 nach Kostenarten gibt Tabelle 20–12. Die Brutto-Gesamtkosten (einschl. Kosten der

²⁹ Die in zahlreichen Bundesländern eingerichteten Ausbildungsfonds werden durch Einzahlungen aller Krankenhäuser gebildet; die in den Fonds angesammelten Mittel dienen der Finanzierung der Ausbildungsbudgets der Krankenhäuser.

Tabelle 20-12

Brutto-Gesamtkosten nach Kostenarten 2012

Kostenart	Insgesamt	Anteil an den Brutto- Gesamtkosten	Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr	Brutto-Kosten je vollstationärer Fall
	in 1 000 EUR			
Personalkosten insgesamt	51860879	59,7	4,8	2785
Ärztlicher Dienst	15768032	18,2	7,1	847
Pflegedienst	16181227	18,6	3,0	869
Medizinisch-technischer Dienst	7004698	8,1	4,9	376
Funktionsdienst	5115804	5,9	5,0	275
Klinisches Hauspersonal	354225	0,4	-1,3	19
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1612818	1,9	0,4	87
Technischer Dienst	897828	1,0	2,6	48
Verwaltungsdienst	3341223	3,8	5,7	179
Sonderdienste	255044	0,3	5,6	14
Sonstiges Personal	374841	0,4	10,9	20
Nicht zurechenbare Personalkosten	955140	1,1	3,9	51
Sachkosten insgesamt	32557940	37,5	2,9	1749
Lebensmittel	2055526	2,4	1,1	110
Medizinischer Bedarf	16005092	18,4	3,5	860
dar.: Arzneimittel	3427457	3,9	3,3	184
Blut, Blutkonserven und -plasma	872353	1,0	1,9	47
Verband-, Heil-, Hilfsmittel	290291	0,3	3,0	16
Ärztli. u. pfleger. Verbrauchsmaterial, Instrumente	1871708	2,2	5,2	101
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1824744	2,1	2,3	98
Laborbedarf	1042088	1,2	2,6	56
Wasser, Energie, Brennstoffe	2135957	2,5	3,8	115
Wirtschaftsbedarf	3057246	3,5	6,0	164

Tabelle 20-12
Fortsetzung

Kostenart	Insgesamt	Anteil an den Brutto- Gesamtkosten	Veränderung der absoluten Werte zum Vorjahr	Brutto-Kosten je vollstationärer Fall
	in 1 000 EUR			
Verwaltungsbedarf	2 165 882	2,5	2,6	116
Zentrale Verwaltungsdienste	716 838	0,8	1,1	39
Zentrale Gemeinschaftsdienste	366 650	0,4	0,5	20
Versicherungen und sonstige Abgaben	762 782	0,9	4,9	41
Pflegesatzfähige Instandhaltung	3 174 945	3,7	1,0	171
Wiederbeschaffte Verbrauchsgüter	50 871	0,1	8,4	3
Sonstiges	2 066 153	2,4	-2,2	111
nachrichtlich:				
Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes nichtärztliches Personal	637 593	0,7	X	34
Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen	681 027	0,8	X	37
Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen („outsourcing“)	2 417 744	2,8	X	130
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	523 719	0,6	10,7	28
Steuern	150 347	0,2	-0,3	8
Kosten der Krankenhäuser insgesamt	85 092 885	98,0	4,1	4 570
Kosten der Ausbildungsstätten	616 040	0,7	5,9	33
Aufwendungen für den Ausbildungsfonds	1 117 062	1,3	3,8	60
Brutto-Gesamtkosten	86 825 988	100,0	4,1	4 663
Abzüge insgesamt	11 234 746	12,9	4,3	603
Ambulanz	3 969 012	4,6	6,0	213
Wissenschaftliche Forschung und Lehre	2 737 296	3,2	2,0	147
Sonstige Abzüge	4 528 439	5,2	4,2	243
Bereinigte Kosten	75 591 241	87,1	4,1	4 060

 Quelle: Statistisches Bundesamt
 Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 20–13

Kosten der Krankenhäuser 2012 nach Bundesländern

Bundesland	Kranken- häuser	Fallzahl	Personal- kosten	Sach- kosten	Brutto- Kosten ¹⁾	Bereinigte Kosten ²⁾	Kosten je Fall ³⁾
	Anzahl		in Mill. Euro			in Euro	
Deutschland	2017	18 620 442	51 861	32 558	86 826	75 591	4 060
Baden-Württemberg	276	2 074 015	6 701	3 868	10 896	9 022	4 350
Bayern	369	2 856 218	8 049	4 894	13 300	11 825	4 140
Berlin	81	782 745	2 254	1 702	4 059	3 455	4 413
Brandenburg	54	548 334	1 216	838	2 087	1 983	3 617
Bremen	14	203 629	546	401	979	927	4 550
Hamburg	51	470 915	1 460	1 180	2 712	2 222	4 718
Hessen	172	1 318 641	3 499	2 410	6 094	5 517	4 184
Mecklenburg-Vorpommern	38	408 442	1 057	697	1 780	1 539	3 767
Niedersachsen	198	1 638 213	4 582	2 786	7 618	6 466	3 947
Nordrhein-Westfalen	385	4 379 355	12 303	7 460	20 421	17 424	3 979
Rheinland-Pfalz	91	908 228	2 517	1 348	3 982	3 558	3 917
Saarland	21	268 867	776	451	1 271	1 145	4 257
Sachsen	78	998 855	2 315	1 653	4 013	3 747	3 751
Sachsen-Anhalt	49	602 741	1 504	913	2 443	2 224	3 689
Schleswig-Holstein	95	587 710	1 628	1 090	2 809	2 411	4 102
Thüringen	45	573 536	1 455	866	2 363	2 130	3 714
Veränderung gegenüber 2011 in %							
Deutschland	-1,4	1,5	4,8	2,9	4,1	4,1	2,5
Baden-Württemberg	-3,2	0,7	3,9	4,7	4,1	3,9	3,1
Bayern	-0,3	1,6	5,3	2,4	4,3	4,1	2,4
Berlin	2,5	1,5	5,4	3,9	4,8	4,7	3,2
Brandenburg	1,9	0,7	3,9	0,0	2,0	2,1	1,4
Bremen	0,0	1,7	3,3	6,7	4,7	4,6	2,8
Hamburg	8,5	2,1	5,5	3,8	4,5	4,1	1,9
Hessen	-1,1	1,5	4,6	2,9	3,9	4,6	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	-2,6	-0,4	9,8	3,4	7,1	4,9	5,4
Niedersachsen	0,5	1,4	3,8	1,7	3,1	2,9	1,5
Nordrhein-Westfalen	-4,0	2,2	5,5	2,9	4,6	4,9	2,7
Rheinland-Pfalz	-4,2	2,0	4,5	3,8	4,4	4,9	2,9
Saarland	-8,7	0,9	2,8	2,0	2,5	2,4	1,5
Sachsen	-2,5	1,3	4,3	0,9	2,8	2,8	1,5
Sachsen-Anhalt	0,0	1,9	4,5	1,8	3,3	3,2	1,2
Schleswig-Holstein	1,1	1,2	4,3	3,0	3,8	3,9	2,7
Thüringen	0,0	0,8	3,7	2,6	3,5	3,2	2,3

¹⁾ Summe aus Krankenhauskosten (Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern), Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

²⁾ Brutto-Kosten abzüglich nichtstationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre)

³⁾ Einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

Quelle: Statistisches Bundesamt

Ausbildungsstätten und der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds³⁰) der Krankenhäuser insgesamt lagen bei 86,8 Mrd. Euro. Hieran hatten die Personalkosten in Höhe von 51,9 Mrd. Euro einen Anteil von 59,7%. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst allein machten mit zusammen 31,9 Mrd. Euro einen Anteil von 61,6% an den gesamten Personalkosten aus. Die Sachkosten in Höhe von 32,6 Mrd. Euro entsprachen einem Anteil von 37,5% an den Brutto-Gesamtkosten. Knapp die Hälfte der Sachkosten (16 Mrd. Euro) entfiel auf Kosten für den medizinischen Bedarf. Innerhalb dieser Kostenart hatten Arzneimittel mit 3,4 Mrd. Euro (21,4%) den größten Anteil. Die übrigen Kosten verteilten sich auf Steuern und Zinsen.

Im Vergleich zum Vorjahr sind sowohl die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser als auch die bereinigten Kosten um 4,1% gestiegen. Setzt man die bereinigten Kosten in Relation zur Zahl der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten, so entstanden den Krankenhäusern 2012 im Durchschnitt Kosten in Höhe von 4060 Euro je Fall; gegenüber 2011 (3960 Euro) nahmen sie um 2,5% zu.

Mehr als die Hälfte (54,8%) der Krankenhauskosten insgesamt (86,8 Mrd. Brutto-Gesamtkosten) entfiel auf Häuser in öffentlicher, 30% auf solche in freigemeinnütziger und lediglich 15,2% auf Häuser in privater Trägerschaft. Der Anteil der Personalkosten an den Krankenhauskosten insgesamt war in öffentlichen Krankenhäusern am höchsten (60,3%), in privaten Krankenhäusern am niedrigsten (57%). Auf die Sachkosten entfielen in öffentlichen Krankenhäusern 37,2% der Gesamtkosten, in privaten Einrichtungen waren es 39,9%.

Die um den nichtstationären Anteil, das heißt die Abzüge in Höhe von 12,9 Mrd. Euro bereinigten Kosten (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) betragen 75,6 Mrd. Euro.

Einen Kostenvergleich auf Länderebene für einzelne Kostenarten ermöglicht Tabelle 20–13. Die Krankenhäuser Brandenburgs hatten mit durchschnittlich 2217 Euro die geringsten Personalkosten insgesamt je Fall; die höchsten Personalkosten je Behandlungsfall hatten Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit 3231 Euro. Die geringsten Sachkosten je Fall fielen mit 1484 Euro in Rheinland-Pfalz an. Im Vergleich dazu waren die Sachkosten in Hamburger Krankenhäusern mit 2506 Euro um gut 1000 Euro höher. Im regionalen Vergleich waren die stationären (= bereinigten) Kosten in Brandenburg am niedrigsten (3617 Euro). In allen neuen Bundesländern sowie in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz lagen die stationären Krankenhauskosten je Behandlungsfall unter dem Bundesdurchschnitt. Die höchsten Kosten je Fall hatte – wie im Vorjahr – Hamburg mit 4718 Euro, gefolgt von Bremen mit durchschnittlich 4550 Euro je Fall. Das Versorgungsangebot einerseits sowie Art und Schwere der behandelten Erkrankungen andererseits beeinflussen das Niveau der Kosten je Behandlungsfall.

30 Die fehlerhaften Angaben zu den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt seit 2007 wurden berichtigt.

This page intentionally left blank

21 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhäuser 2012

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 2012. 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 2012 waren dies knapp 19,1 Millionen Patienten, damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich erneut angestiegen. Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht und Verweildauer dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demografischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

The hospital diagnosis statistics reflect all inpatient cases in Germany. This article describes the 2012 results. These official statistics have been carried out annually since 1993 and include all hospitals in Germany. Hospitals are required to disclose information. The data cover all inpatients discharged from hospital in the respective year. In 2012, this applied to almost 19.1 million patients. Compared to the previous year, the number of patients has again increased. The diagnosis data are described using key indicators such as main diagnosis, age, sex and average length of stay. Due to gender and age specific morbidity frequencies, some data are standardised and thus adjusted for demographic effects which allows statements independent of the actual age and sex structure of the population.

21.1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik des Berichtsjahres 2012 vorgestellt. Die Diagnosestatistik ist ein Baustein der mittlerweile vierteiligen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Über diese Statistik hinaus werden auch die Grunddaten der Krankenhäuser (Betten, Personal, Ausstattung etc.), die Kosten (Personal-, Sachkosten, etc.) sowie die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) erfasst. Zusätzlich werden seit 2003

auch die Diagnosedaten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten erhoben.

Im Rahmen der Diagnosestatistik werden alle im Laufe des Berichtsjahres aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten¹ sowie die im Krankenhaus Verstorbenen erfasst. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Patienten wird jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall nachgewiesen (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Angaben zur Diagnosestatistik entnehmen die Krankenhäuser der vorhandenen Patientendokumentation.

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche anstellen zu können, werden die Ergebnisse der Diagnosestatistik teilweise alters- und geschlechtsstandardisiert. Mit Hilfe der Standardisierung werden die Ergebnisse um den demografischen 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 Krankheitsfälle 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.

21.2 Kennzahlen der Krankenhauspatienten

Für das Berichtsjahr 2012 wurden insgesamt knapp 19,1 Millionen vollstationäre Krankenhausfälle in der Krankenhausdiagnosestatistik erfasst. Es handelt sich hierbei um alle Krankenhausfälle inklusive Sterbe- und Stundenfälle einschließlich gesunder Neugeborener. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle kontinuierlich zugenommen hat.

Nach einer deutlichen Steigerung um gut 400 000 Fälle zwischen 2006 und 2007 liegt der Anstieg nun bei über 284 000 Fällen über dem Vorjahresniveau. Diese Entwicklung betrifft sowohl Männer als auch Frauen. Bezogen auf die Fälle je 100 000 Einwohner bedeutet dies einen Anstieg um 299 Fälle auf 23 184 Fälle je 100 000 Einwohner, wobei es im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern und Frauen einen Anstieg um 1,3 % gab.

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 demografischen Entwicklung handelt, zeigen die standardisierten Raten³. Zwischen 2008 und 2012 ist die standardisierte Zahl der Behandlungsfälle insgesamt um 702 Fälle (3,5 %) angestiegen. Die standardisierte Rate der männlichen Patienten stieg in diesem Zeitraum um 3,3 % an, bei den Frauen ist sie um 3,4 % gestiegen.

Zu beachten ist hierbei, dass ein direkter Vergleich zwischen Männern und Frauen nur bedingt möglich ist, da Frauen von Natur aus wegen Schwangerschaft und Geburt häufiger im Krankenhaus behandelt werden.

Ein weiterer wichtiger Indikator für Aspekte wie mögliche Einsparpotenziale und Effizienz in Krankenhäusern ist die Verweildauer. Sie wird gleichermaßen als Ansatzpunkt für die Qualität der stationären Versorgung genutzt. Viele Datennutzer erwarten wie auch in den Jahren zuvor einen Rückgang der Verweildauer in den Krankenhäusern. Insbesondere die Notwendigkeit, die Kosten zu reduzieren, hat in den Vorjahren dazu geführt, dass die Patienten immer kürzer in den Krankenhäusern verweilen. Waren es im Jahr 2000 noch fast 10 Tage (9,7 Tage), ist diese Zahl kontinuierlich auf 8,1 Tage im Jahr 2008 bis auf zuletzt durchschnittlich 7,6 Tage im Jahr 2012 gesunken. Für den Berichtszeitraum 2008 bis 2012 bedeutet dies, dass sich immer noch kein Sättigungseffekt eingestellt hat und der Wert von durchschnittlich 7,6 Tagen Verweildauer im Jahr 2012 den geringsten Wert seit Erstellung der Statistik darstellt. Inwieweit diese Entwicklung weiter anhält, bleibt abzuwarten. Diesem Aspekt muss bei künftigen Datenanalysen eine besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, ein weiteres Indiz für die Bestätigung der These, dass weitere Einsparpotenziale zu erwarten sind, heranzuziehen. Die Entwicklung der Anzahl der Kurzlieger (1 bis 3 Tage im Krankenhaus) ist eng mit der Entwicklung der Verweildauer verknüpft, da sie einen konträren Verlauf aufweist. Das bedeutet, dass die Anzahl der Kurzlieger automatisch steigt, wenn die Verweildauer sinkt. Diese Entwicklung ist deutlich innerhalb der letzten Jahre zu sehen. Dies ist auch beim Vergleich der Jahre 2012 und 2011 zu beobachten: Die Zahl der Kurzlieger ist parallel zur Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer um 3,9 % auf über 7,4 Millionen gestiegen (Tabelle 21–1).

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich somit folgendes Bild: Die Anzahl der Behandlungsfälle steigt, die Verweildauer hingegen konnte wieder gesenkt werden, parallel dazu ist die Zahl der Kurzlieger angestiegen. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklungen direkte Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben, beispielsweise in Form einer Verschiebung dorthin. In welchem Maße dies geschehen ist, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden (vgl. Abbildung 21–1).

³ Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“, ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

Tabelle 21-1
Kennzahlen der Patienten im Überblick

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr					Veränderung 2012 zu				
	2012	2011	2010	2009	2008	2011	2010	2009	2008	2000
	Anzahl					in %				
Behandlungsfälle insgesamt¹⁾	19082321	18797989	18489998	18231569	17937101	1,5	3,2	4,7	6,4	11,0
– Männer	9029838	8885990	8705679	8569023	8392426	1,6	3,7	5,4	7,6	16,4
– Frauen	10052395	9911945	9784155	9662423	9544617	1,4	2,7	4,0	5,3	6,6
Behandlungsfälle ohne Personen mit ausländischem/unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter	18991497	18714863	18412117	18161404	17869372	1,5	3,1	4,6	6,3	11,0
– Männer	8978837	8839431	8662490	8530096	8354296	1,6	3,7	5,3	7,5	16,4
– Frauen	10012660	9875432	9749627	9631308	9515076	1,4	2,7	4,0	5,2	6,6
Behandlungsfälle je 100000 Einwohner²⁾	23184	22885	22520	22182	21760	1,3	2,9	4,5	6,5	11,4
– Männer	22294	22014	21602	21254	20762	1,3	3,2	4,9	7,4	15,9
– Frauen	24044	23724	23404	23074	22719	1,3	2,7	4,2	5,8	7,7
Behandlungsfälle je 100000 Einwohner (standardisiert)²⁾³⁾	20993	20854	20684	20513	20291	0,7	1,5	2,3	3,5	3,5
– Männer	18871	18802	18618	18496	18263	0,4	1,4	2,0	3,3	4,1
– Frauen	22637	22439	22287	22082	21883	0,9	1,6	2,5	3,4	2,3
Durchschnittsalter der Patienten (in Jahren)	54,4	54,1	53,8	53,6	53,2	0,5	1,1	1,5	2,3	-⁴⁾
– Männer	53,9	53,5	53,1	52,9	52,4	0,7	1,4	2,0	2,9	- ⁴⁾
– Frauen	54,8	54,6	54,3	54,2	53,9	0,3	0,9	1,1	1,7	- ⁴⁾
Alterspezifische Rate je 100000 Einwohner²⁾										
– unter 15 Jahre	16214	16085	16171	15867	16052	0,8	0,3	2,2	1,0	38,0
– 15 bis unter 45 Jahre	13839	13634	13395	13197	12891	1,5	3,3	4,9	7,4	-2,2
– 45 bis unter 65 Jahre	20220	20218	19872	19710	19544	0,0	1,8	2,6	3,5	-7,6

Tabelle 21-1

Fortsetzung

Gegenstand der Nachweisung	Berichtsjahr			Veränderung 2012 zu						
	2012	2011	2010	2009	2008	2011	2010	2009	2008	2000
			Anzahl							
			in %							
- 65 bis unter 85 Jahre	45 549	44 994	44 458	44 033	43 336	1,2	2,5	3,4	5,1	6,5
- 85 Jahre und mehr	68 849	67 575	66 364	66 124	65 415	1,9	3,7	4,1	5,2	14,8
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	7,6	7,7	7,9	8,0	8,1	-1,8	-3,6	-5,2	-6,3	-21,8
Stundenfälle innerhalb eines Tages	549 046	540 722	528 461	516 298	504 116	1,5	3,9	6,3	8,9	-29,4
Kurzlieger (1 bis 3 Tage)	7 429 866	7 149 083	6 828 023	6 568 703	6 279 504	3,9	8,8	13,1	18,3	57,7
Sterbefälle	404 842	401 865	407 473	408 310	400 943	0,7	-0,6	-0,8	1,0	1,4
Erfassungsgrad (in %)	99,9	99,9	99,8	99,7	99,6	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3

¹⁾ Behandlungsfälle einschließlich der Patienten mit unbekanntem Geschlecht

²⁾ Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“

³⁾ Ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorlag

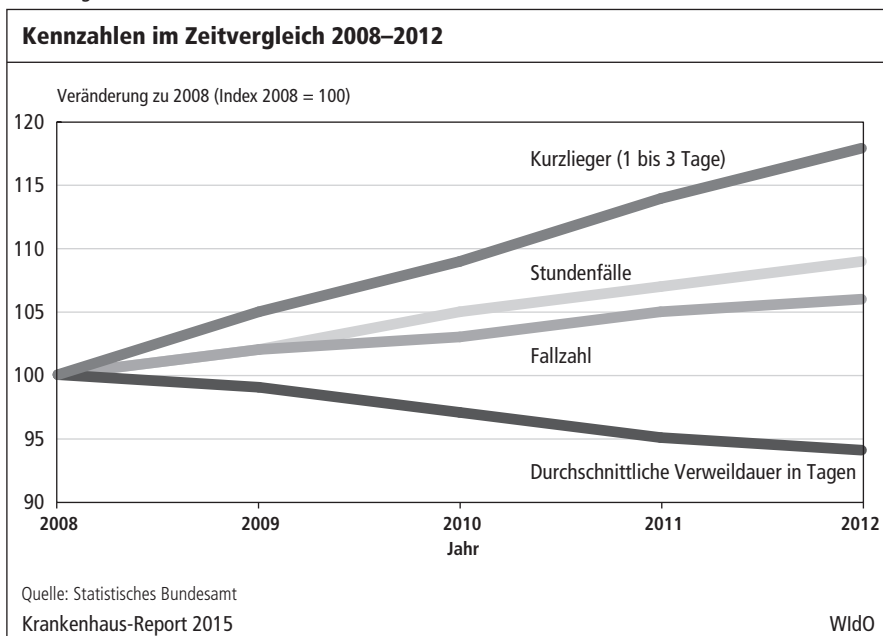
⁴⁾ Im Berichtsjahr 2000 lag keine Angabe zum durchschnittlichen Alter vor

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 21-1



21.3 Strukturdaten der Krankenhauspatienten

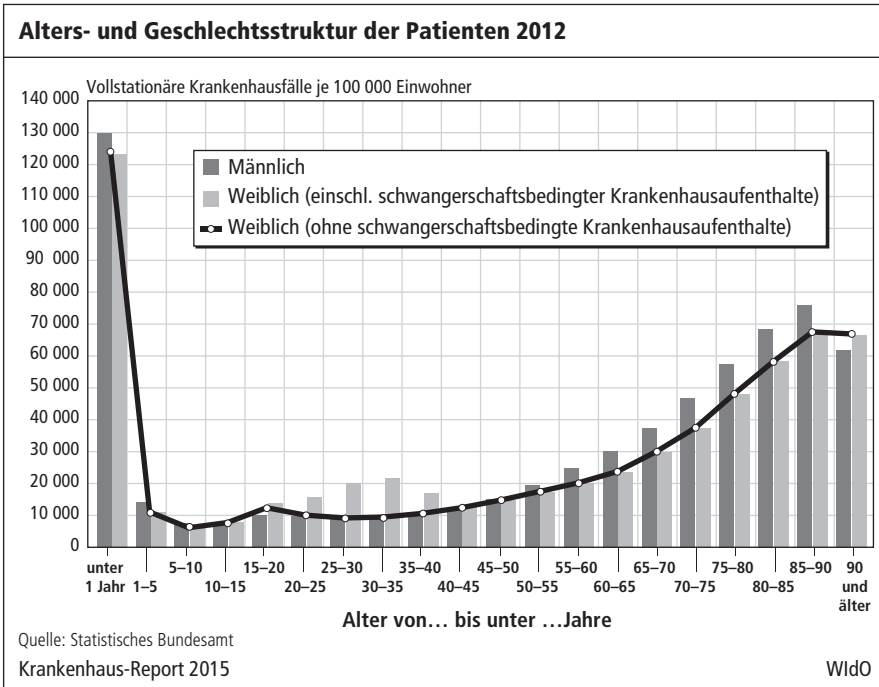
Sowohl in den Grunddaten und der DRG-Statistik als auch in der Diagnosestatistik wird die Anzahl der entlassenen Patienten ermittelt. Alle Statistiken werden unabhängig voneinander erhoben. Im direkten Vergleich der Diagnosestatistik mit den Grunddaten hat sich gezeigt, dass es eine leichte Untererfassung in der Diagnosestatistik gibt (2012: 99,9%).

21.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

Im Jahr 2012 waren von den rund 19,1 Millionen Behandlungsfällen 9,0 Millionen männlichen und rund 10,1 Millionen weiblichen Geschlechts. Die Männer haben demnach einen Anteil von 47,3% und die Frauen von 52,7%. Bezogen auf die standardisierte Bevölkerung der jeweiligen Geschlechtsgruppe wurden durchschnittlich 18 871 Männer und 22 637 Frauen je 100 000 Einwohner stationär in den Krankenhäusern behandelt. Zusammengenommen wurden 20 993 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus als Behandlungsfall gezählt. Dies sind 139 Fälle je 100 000 Einwohner bzw. 0,7% mehr als noch im Vorjahr.

Das Durchschnittsalter der Patienten hat sich weiter erhöht. Im Jahr 2012 lag es bei 54,4 Jahren, wobei die Frauen mit durchschnittlich 54,8 Jahren um 0,9 Jahre älter waren als die Männer. Der Grund hierfür ist der höhere Anteil der Frauen in den hohen Altersgruppen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Behandlungshäufigkeit mit dem Alter steigt. So wurden bspw. in der Gruppe der 15- bis 45-Jäh-

Abbildung 21–2



rigen 13 839 Personen je 100 000 Einwohner im Krankenhaus behandelt, während es in der letzten ausgewiesenen Altersgruppe der über 85-Jährigen 68 849 Personen waren, also fast fünfmal so viel.

Die Entwicklung der altersspezifischen Rate je 100 000 Einwohner ist seit dem Jahre 2008 bei den unter 15-Jährigen um 1,0% angestiegen, in der Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen sogar um 7,4%. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen hingegen ist die Zahl von 2008 auf 2012 um 3,5% angestiegen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten im Jahr 2012 zeigt sich, dass in fast allen Altersgruppen mehr Männer je 100 000 Einwohner als Frauen stationär im Krankenhaus behandelt wurden (vgl. Abbildung 21–2). 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 den Altersgruppen der 15- bis 20-Jährigen (12 569 Frauen zu 10 277 Männern), der 20- bis 25-Jährigen (10 230 Frauen zu 10 032 Männern) und der über 90-Jährigen (67 140 Frauen zu 62 472 Männern) mehr Frauen als Männer 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 47,3% der Patienten aus, in den Altersgruppen der unter 15-Jährigen und der 45- bis 75-Jährigen liegen die Zahlen hingegen bei 53,9% und 53,4%. Lediglich in den Altersgruppen der 15- bis 45-jäh-

rigen (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.

21.3.2 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.

2012 lag die Verweildauer der Krankenhauspatienten inklusive der oben beschriebenen Stundenfälle bei durchschnittlich 7,6 Tagen. Dies entspricht einem Rückgang um 0,1 Tag (-1,8%) im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt ist die Verweildauer seit dem Jahr 2008 um 6,3% gesunken.

Bezogen auf das Geschlecht gibt es nur leichte Unterschiede, Männer lagen mit durchschnittlich 7,6 Tagen etwas kürzer im Krankenhaus als Frauen mit durchschnittlich 7,7 Tagen. Der niedrigere Wert bei den Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren ist wiederum auf schwangerschaftsbedingte Behandlungen zurückzuführen. Mit zunehmendem Alter (ab 45 Jahren) liegen Frauen länger als Männer in den Krankenhäusern. Am größten sind die Unterschiede bei der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre und 85 bis 90 Jahre; hier lagen Frauen 0,6 Tage länger im Krankenhaus als Männer.

Insgesamt kann man festhalten, dass ungeachtet des Geschlechts die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern bis zur Altersgruppe der 85- bis unter 90-Jährigen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt und nur bei den Hochbetagten leicht abnimmt. Zudem ist ein weiterer Rückgang der Verweildauer zu beobachten.

2012 verbrachten insgesamt 7,4 Millionen Patienten zwischen einem und drei Tagen im Krankenhaus. Diese so genannten Kurzlieger hatten damit einen Anteil von 38,9% an allen Behandlungsfällen. Im Jahr davor waren es noch 38,0%; damit hat sich die Zahl der Kurzlieger um 0,9 Prozentpunkte erhöht. Vergleicht man die letzten Berichtsjahre miteinander wird deutlich, dass immer mehr Patienten innerhalb von einem bis drei Tagen entlassen werden: Waren es im Jahr 2008 nur 6,3 Millionen Fälle, ist diese Zahl bis zum Jahr 2012 um 18,3% gestiegen. Die Zahlen zeigen, dass es nach wie vor Ziel der Behandlungen ist, die Patienten früher als in den Vorjahren zu entlassen. Auf der einen Seite wird damit die Effektivität erhöht. Auf der anderen Seite aber steigt dadurch auch die Belastung des Personals, da es heute keine oder kaum Patienten in Krankenhäusern geben wird, die ohne oder nur mit wenig Betreuung (Pflege und ärztliche Versorgung) auskommen.

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. 2012 gab es insgesamt 549 046 Stundenfälle, dies sind 8 324 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor. Verglichen mit dem Jahr 2008 ist die Zahl der Stundenfälle damit um 8,9% gestiegen (Tabelle 21-2).

Insgesamt 404 842 Personen sind 2012 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen in Deutschland insgesamt (869 582) beträgt der Anteil 46,6%. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung

Tabelle 21–2

Verweildauer der Patienten 2012

Verweildauer in Tagen	Patienten			Berechnungs- und Belegungstage		
	Anzahl	Anteil	kumuliert	Anzahl	Anteil	kumuliert
Insgesamt	19 082 321	100,0	–	145 568 352	100,0	–
Stundenfall	549 046	2,9	2,9	549 046	0,4	0,4
1	2 511 098	13,2	16,0	2 511 098	1,7	2,1
2	2 645 051	13,9	29,9	5 290 102	3,6	5,7
3	2 273 717	11,9	41,8	6 821 151	4,7	10,4
4	1 845 223	9,7	51,5	7 380 892	5,1	15,5
5	1 398 248	7,3	58,8	6 991 240	4,8	20,3
6	1 115 407	5,8	64,7	6 692 442	4,6	24,9
7	1 002 370	5,3	69,9	7 016 590	4,8	29,7
8–9	1 451 198	7,6	77,5	12 252 090	8,4	38,1
10–12	1 326 681	7,0	84,5	14 437 891	9,9	48,0
13–14	644 756	3,4	87,8	8 699 348	6,0	54,0
15–21	1 114 110	5,8	93,7	19 477 612	13,4	67,4
22–28	484 034	2,5	96,2	11 918 165	8,2	75,6
29–35	244 717	1,3	97,5	7 757 611	5,3	80,9
36–42	152 008	0,8	98,3	5 921 213	4,1	85,0
43–70	231 319	1,2	99,5	12 355 489	8,5	93,5
71–182	89 901	0,5	100,0	8 542 936	5,9	99,3
183–365	3 193	0,0	100,0	739 728	0,5	99,9
366 u. länger	244	0,0	100,0	213 708	0,1	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

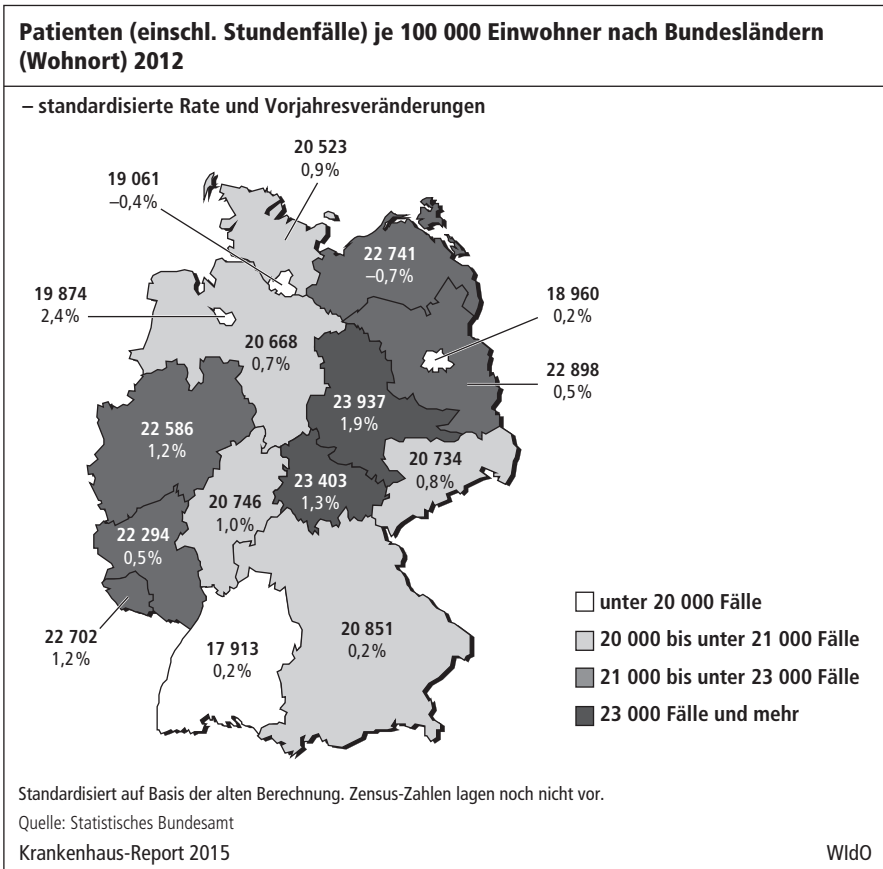
WIdO

darstellt, da beiden Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik), unterschiedliche Grundgesamtheiten zugrunde liegen. Die Todesursachenstatistik erfasst alle im Berichtsjahr Verstorbenen mit Wohnsitz in Deutschland und damit auch Staatenlose und Ausländer, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben (so genanntes Inländerprinzip). Demgegenüber erfasst die Krankenhausdiagnosestatistik alle Patienten, die im Berichtsjahr in einem deutschen Krankenhaus verstarben, also auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).

21.3.3 Regionale Verteilung der Patienten

Beim Vergleich der Krankenhausfälle nach dem Wohnort der Patienten wird die standardisierte Rate herangezogen, um einen direkten Vergleich der Zahlen zu ermöglichen. Dies geschieht, indem die Fallzahl in eine Rate je 100 000 Einwohner umgerechnet wird. Anschließend wird die Fallzahl alters- und geschlechtsstandardisiert. Eine solche Standardisierung ist notwendig, da sich die Bevölkerung der

Abbildung 21–3



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 21–3 und Tabelle 21–3).

Im Vergleich zu 2008 verringerten sich die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Verweildauer weiter. Im Gegensatz dazu stieg die standardisierte Fallzahl je 100 000 Einwohner in Deutschland nach Wohnort von 2008 zu 2012 um 3,5 % an. Bei dem überwiegenden Teil der Länder sind die Veränderungsraten entsprechend, lediglich in Hamburg ist ein leichter Anstieg bei den Berechnungs- und Belegungstagen zu verzeichnen. Insgesamt ist die Spannweite der Änderungsraten unterschiedlich groß.

Die größten Zuwächse bei der standardisierten Fallzahl sind in Hamburg (6,6%), Schleswig-Holstein (4,6%) und Hessen (4,5%) zu beobachten.

Tabelle 21–3

Patienten nach Wohnort 2008 und 2012

Wohnort des Patienten	Patienten ¹⁾	Berechnungs- und Belegungstage ¹⁾	Durchschnittliche Verweildauer
		Veränderung 2012/2008 in %	
Deutschland	3,5	-3,5	-6,1
Baden-Württemberg	1,9	-5,8	-7,1
Bayern	2,8	-5,3	-7,3
Berlin	3,2	-2,5	-4,9
Brandenburg	2,3	-4,8	-5,4
Bremen	3,9	-2,2	-5,9
Hamburg	6,6	4,8	-1,6
Hessen	4,5	-2,3	-5,8
Mecklenburg-Vorpommern	1,8	-4,3	-5,1
Niedersachsen	4,0	-2,4	-5,8
Nordrhein-Westfalen	4,3	-3,7	-6,8
Rheinland-Pfalz	3,2	-2,4	-4,8
Saarland	2,7	-2,9	-4,8
Sachsen	3,2	-2,6	-5,5
Sachsen-Anhalt	4,1	-2,5	-5,8
Schleswig-Holstein	4,6	-2,0	-5,4
Thüringen	4,4	-1,5	-4,9

¹⁾ Ohne Patienten mit ausländischem oder unbekanntem Wohnort, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter
 Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“
 Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorlag

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Noch stärkere Veränderungen ergeben sich, wenn man die Berechnungs- und Belegungstage betrachtet. Die Rückgänge betragen 5,8% in Baden-Württemberg und 5,3% in Bayern. Alle anderen Länder, ausgenommen Hamburg (+4,8%), weisen ebenfalls Rückgänge auf. Dies hat auch Auswirkungen auf die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Ländern. Wie zuvor schon gezeigt ist sie insgesamt in Deutschland in den letzten Jahren zurückgegangen. Die Veränderungsraten der Verweildauer der Patienten nach dem Wohnortprinzip zwischen den Bundesländern variieren hierbei zwischen -7,3% in Bayern und -1,6% in Hamburg.

Bezogen auf die Standardbevölkerung von 1987 hat Sachsen-Anhalt mit 23 937 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten Behandlungsfälle aufzuweisen, gefolgt von Thüringen mit 23 403 und Brandenburg mit 22 898 Fällen. Diese drei Länder liegen somit deutlich über dem standardisierten Wert für Deutschland (20 993 Fälle je 100 000 Einwohner). Die hinteren drei Plätze belegen Baden-Württemberg (17 913 Fälle), Berlin (18 960 Fälle) und Hamburg (19 061 Fälle).

Der Vergleich der Berichtsjahre 2012 zu 2011 zeigt unterschiedliche Veränderungsraten der standardisierten Rate der Krankenhausfälle zwischen den einzelnen Bundesländern. Grundsätzlich ist diese Zahl in allen Ländern bis auf Mecklenburg-Vorpommern (-0,7%) und Hamburg (-0,4%) angestiegen. In Bremen (+2,4%), Sachsen-Anhalt (+1,9%) und Thüringen (+1,3%) liegt sie am höchsten.

21.4 Struktur der Hauptdiagnosen der Krankenhauspatienten

In der Krankenhausstatistik wird die Hauptdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten kodiert. Im Berichtsjahr 2012 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 für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war. Daher ist diese genaue Definition wichtig, da die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss (Tabelle 21–4).

21.4.1 Diagnosen der Patienten

Die in Abschnitt 21.3.1 erläuterte Entwicklung der Behandlungsfälle durchzieht nicht jedes Diagnosekapitel. Die Zahlen zwischen den Kapiteln variieren zum Teil erheblich.

Doch zunächst ist es hilfreich, eine Art Rangliste der Kapitel der ICD nach Behandlungsfällen zu erstellen. Wie im vorherigen Berichtsjahr auch waren die „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (I00 bis I99) die bedeutendsten Krankheiten in Deutschland. Knapp 2,9 Millionen Fälle sind diesem Kapitel zuzuordnen, was einem Anteil von rund 15,0% an allen Kapiteln entspricht. Im Vergleich zu 2008 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 6,9% erhöht.

An zweiter Stelle liegen die „Verletzungen und Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (S00 bis T98). Sie stellen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems mit über 1,9 Millionen Fällen (10,0% an allen Behandlungsfällen) die wichtigsten Diagnosen dar. Im Vergleich zu 2008 ist die Zahl um 8,9% gestiegen. An dritter Stelle folgen Krankheiten des Kapitels K00 bis K93 (Krankheiten des Verdauungssystems) mit fast 1,9 Millionen Fällen und einem Anteil von 9,7% an allen Diagnosen (Tabelle 21–5).

Weitere hier beobachtbare Veränderungen stellen die Raten anderer Kapitel dar: Den höchsten Zuwachs findet man im Kapitel „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert“ (R00 bis R99), er beträgt 19,6% (2008: 751 836 Fälle und 2012: 899 288 Fälle). An diesen Wert kommt keine Steigerungsrate der anderen ICD-Kapitel heran. Die „Infektiösen und parasitären Krankheiten“ (A00 bis B99) haben sich innerhalb dieser Zeit um 14,0% erhöht und

Tabelle 21–4

Patienten nach Diagnosekapiteln 2012

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Patientinnen und Patienten		
		Insgesamt ¹⁾	Männlich	Weiblich
		je 100 000 Einwohner ²⁾		
	Insgesamt	23 184	22 294	24 044
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	688	678	698
C00-D48	Neubildungen	2 233	2 290	2 178
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	160	138	181
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	606	521	687
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 483	1 609	1 360
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	909	973	848
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	408	373	442
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	187	177	197
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 479	3 760	3 207
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 424	1 589	1 265
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2 256	2 339	2 176
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	337	368	307
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2 149	1 897	2 392
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 242	1 132	1 348
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 231	–	2 231
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	217	241	193
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	125	139	111
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1 092	1 028	1 154
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 317	2 287	2 345
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	737	754	720

¹⁾ Altersspezifische Rate. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

²⁾ Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorlag

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 21–5

Hauptdiagnose nach Diagnosekapiteln 2012, 2011 und 2008

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	2012	2011	2008
	Insgesamt	19 082 321	18 797 989	17 937 101
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	566 633	559 091	497 236
C00-D48	Neubildungen	1 842 469	1 856 272	1 861 651
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	131 465	128 755	124 128
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	497 895	494 089	483 972
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 219 754	1 191 886	1 127 971
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	748 328	738 055	697 242
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	335 965	330 587	317 711
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	153 966	152 979	148 215
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 860 496	2 798 015	2 675 770
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 170 559	1 157 502	1 086 070
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 855 222	1 824 317	1 777 641
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	277 517	267 829	246 942
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 768 145	1 751 745	1 589 775
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 022 114	1 000 550	948 869
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	932 047	914 928	936 854
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	178 125	174 966	182 212
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	104 534	106 744	108 505
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.	899 288	830 221	751 836
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1 910 967	1 918 027	1 755 071
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	606 004	595 802	611 456
Z38	darunter: gesunde Neugeborene	474 246	461 427	482 162

a.n.k. = andernorts nicht klassifiziert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

auch die „Krankheiten der Haut und Unterhaut“ (L00-L99) stiegen im Vergleich zum Jahr 2008 um 12,4 % an.

Wichtiges Indiz für die Qualität der Krankenhausdiagnosestatistik ist die Anzahl und der Anteil derjenigen Fälle, die keine Diagnoseangabe beinhalten. Im ersten Jahr der Erhebung (1994) wurden noch 95 860 Behandlungsfälle ohne Diagnoseangaben gezählt, was einem Anteil von 0,6 % entspricht. Mit einem Anteil von 0,004 % im Jahr 2012 liegt dieser Wert aktuell auf einem kaum messbaren Niveau. Vor allem die Entwicklung der letzten Jahre zeigt deutlich, dass die Datenqualität der Kran-

Tabelle 21–6

**Veränderungsraten der Patienten je 100 000 Einwohner 2008 zu 2012 – standardisiert^{*)}
 mit der Standardbevölkerung Deutschland 1987 –¹⁾**

Diagnoseklasse/Behandlungsanlass		Veränderung 2008/2012 in %
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,8
C00-D48	Neubildungen	-4,9
D50-D90	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-0,3
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-1,6
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	9,1
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	4,8
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,3
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,6
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	0,7
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	4,2
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1,5
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	11,1
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,2
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	4,9
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ^{*)}	0,7
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	-1,4
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a. n. k.	17,6
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	5,6
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0,7

^{*)} Standardisiert anhand der weiblichen Bevölkerung

¹⁾ Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorlag

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

kenhausdiagnosestatistik erheblich verbessert werden konnte und nun auf ein Niveau gestiegen ist, bei dem man von vollständiger Erfassung aller Fälle und deren Zuordnung zu einer Diagnose sprechen kann. Dies beweist auch, dass die Dokumentation in den Krankenhäusern optimiert wurde.

Um den demografischen Effekt bereinigt (standardisierte Rate) haben sich bezogen auf 100 000 Einwohner in den Jahren 2008 und 2012 die „Symptome und abnormen klinischen und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert“ (R00 bis R99), um 17,6% erhöht. Die Fälle der „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ (L00-L99) haben in dieser Zeit um 11,1% zugenommen. Rückgänge sind bei den Neubildungen (C00 bis D48) festzustellen (Tabelle 21–6).

21.4.2 Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungsfällen insgesamt war im Jahre 2012 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38), sie wurde insgesamt 474 246 Mal gezählt. Mit 386 548 Behandlungsfällen war die Herzinsuffizienz (I50) der zweithäufigste Anlass für eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Dies sind 6 257 Fälle mehr als noch im Jahr zuvor (380 291 Behandlungsfälle).

Bei den Frauen war die Position „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ (Z38) die häufigste Diagnose. Auf sie entfallen 235 737 Fälle. An zweiter Stelle folgt die Herzinsuffizienz (I50), die in über 199 167 Fällen der Grund für einen stationären Aufenthalt war. Bei dieser Diagnose lag das Durchschnittsalter der Patientinnen bei 80 Jahren. Essentielle (primäre) Hypertonie (I10) war in 154 901 Fällen der Behandlungsgrund, das Durchschnittsalter betrug 71 Jahre. Die Cholelithiasis (K80) folgte mit 140 645 Fällen. Die Patientinnen, die daran erkrankten, waren durchschnittlich 57 Jahre alt (Tabelle 21–7).

Bei den Männern ergibt sich ein etwas anderes Bild. Wie schon im Vorjahr liegen die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) mit 250 112 Fällen an erster Stelle, noch vor den Lebendgeborenen nach dem Geburtsort mit 238 508 Fällen. Dies bedeutet einen Anstieg um 1,5%. Die Herzinsuffizienz war der dritthäufigste Anlass für Männer, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen. Hier wurden 187 377 Fälle behandelt.

Über alle Diagnosen hinweg lag das Durchschnittsalter der Frauen bei 54,8 und das der Männer bei 53,9 Jahren (vgl. Tabelle 21–7).

Beim Vergleich der Anzahl der Behandlungsfälle nach den Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass beide Geschlechter unterschiedlich von Krankheiten betroffen sind und nur bei wenigen Kapiteln eine annähernde Übereinstimmung entsprechend der Verteilung der Frauen und Männer in der Bevölkerung festzustellen ist. Grundsätzlich zeigt der Aufbau der Bevölkerung, dass von den knapp 82 Millionen Einwohnern ca. 50,8% Frauen und ca. 49,2% Männer sind.

Die größten Übereinstimmungen anhand der absoluten Zahl der Behandlungsfälle ergeben sich demnach in den Kapiteln „Neubildungen“ (C00 bis D48) und „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Z00 bis Z99). Männer sind überdurchschnittlich häufig in den Kapiteln „Krankheiten des Atmungssystems“ (J00 bis J99) und „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (Q00-Q99) vertreten. Hier liegt der Anteil mit 54,9% bzw. 54,7% deutlich über dem eigentlichen Bevölkerungsanteil. Ausgenommen das Kapitel „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ dominieren Frauen in den Diagnosekapiteln E00 bis E90 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) und D50 bis D90 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Störungen mit Beteiligung des Immunsystems). Hier liegt ihr Anteil mit jeweils 57,6% insgesamt 6,8 Prozentpunkte über dem eigentlichen Anteil in der Bevölkerung. Aber auch die Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (M00 bis M99) sowie „Krankheiten des Urogenitalsystems“ (N00 bis N99) betreffen mit einem Anteil von 56,5% bis 55,1% eher Frauen als Männer (Abbildung 21–4).

Tabelle 21–7

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der männlichen und weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2012

Rang	ICD-Pos.	Hauptdiagnose	Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	Durchschnittliches Alter
			Anzahl	in Tagen	in Jahren
Männer					
		Insgesamt	9029 838	7,6	54
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	250 112	7,5	44
2	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	238 508	3,4	0
3	I50	Herzinsuffizienz	187 377	10,7	75
4	I20	Angina pectoris	159 155	4,5	66
5	K40	Hernia inguinalis	152 487	2,7	57
6	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	145 032	4,8	67
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	144 374	8,2	67
8	S06	Intrakranielle Verletzung	138 351	4,3	37
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	137 962	5,4	67
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	126 807	9,2	62
Frauen					
		Insgesamt	10052 395	7,7	55
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	235 737	3,4	0
2	I50	Herzinsuffizienz	199 167	10,7	80
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	154 901	5,0	71
4	K80	Cholelithiasis	140 645	6,0	57
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	135 503	6,4	61
6	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	132 583	6,0	73
7	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	122 217	10,6	68
8	I63	Hirninfarkt	120 368	12,5	77
9	S06	Intrakranielle Verletzung	116 243	3,8	45
10	S72	Fraktur des Femurs	115 853	15,7	80

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 21–4



Zum Abschluss werden die Hauptdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet. Dabei wird nach folgenden Altersgruppen differenziert: unter 15-Jährige, 15- bis 45-Jährige, 45- bis 65-Jährige und über 65-Jährige.

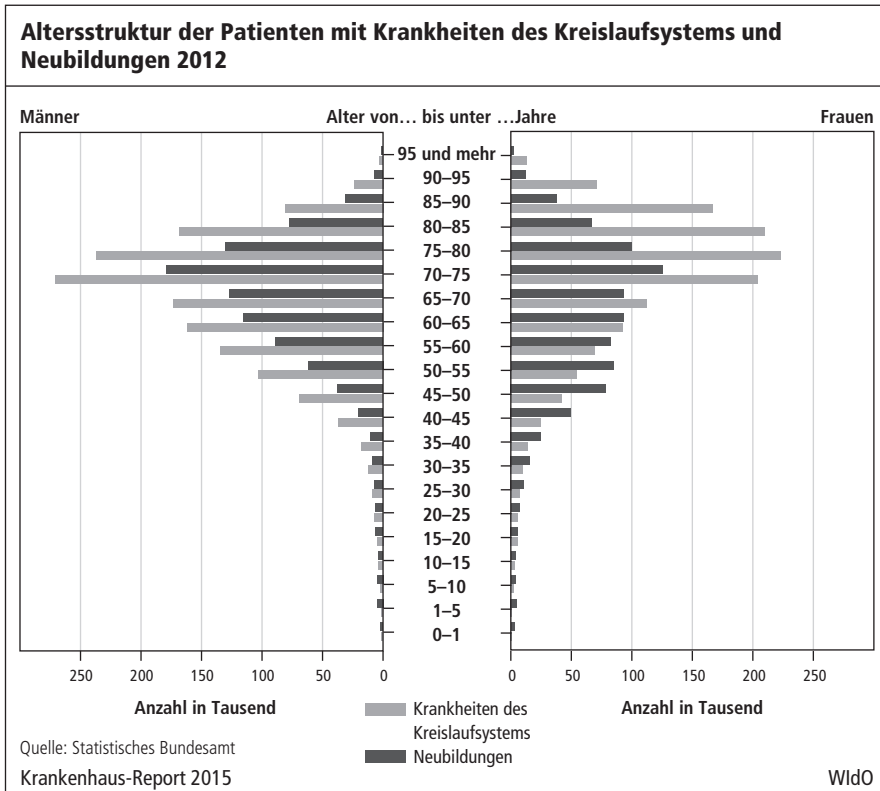
Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen im Alter unter 15 Jahren wurde 2012 als häufigste Diagnose die Geburt gezählt (235 737 Fälle bei Mädchen und 238 508 bei Jungen). Mit weitem Abstand rangieren dahinter die Intrakraniellen Verletzungen (31 859 Fälle bei Mädchen und 41 348 bei Jungen) und die Chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (26 503 Fälle bei Mädchen und 32 269 bei Jungen).

In der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen unterscheidet sich das Bild. Bei den Frauen dominieren deutlich die Diagnosen mit Bezug auf das gebärfähige Alter: Mit 107 317 Fällen steht hier der Dammriss unter der Geburt an erster Stelle. Dahinter liegen die Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Fetalen Distress (74 048 Fälle) und der Vorzeitige Blasensprung (66 489 Fälle). Bei den Männern hingegen sind die Krankenhausaufenthalte hauptsächlich durch Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (109 868 Fälle), Intrakranielle Verletzungen (42 408 Fälle) sowie Schizophrenie (34 168 Fälle) bedingt.

Die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (123 128 Fälle) sind es auch, die Männer im Alter zwischen 45 und 65 Jahren ins Krankenhaus bringen. Die Angina pectoris liegt an zweiter Stelle (59 361 Fälle), gefolgt von der Hernia inguinalis mit 56 395 Fällen. Bei den Frauen sind die Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse in 63 063 Fällen verantwortlich für eine stationäre Behandlung. Die Cholelithiasis (48 473 Fälle) und die Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (43 787 Fälle) liegen dahinter.

In der letzten hier erwähnten Altersgruppe (65 und älter) ist es die Herzinsuffizienz, die sowohl bei den Männern (157 398 Fälle) als auch bei den Frauen (185 991 Fälle) die am meisten verbreitete Hauptdiagnose darstellt. Bei den Frauen liegen die

Abbildung 21–5



Essentielle (primäre) Hypertonie mit 109 762 Fällen und das Vorhofflattern und Vorhofflimmern mit 108 673 Fällen dahinter. Bei den Männern sind es weitere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, die einen Krankenhausaufenthalt vonnöten machen: Angina Pectoris (93 050 Fälle) sowie Vorhofflattern und Vorhofflimmern (88 818 Fälle) (Abbildung 21–5).

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 (vgl. Abbildung 21–2).

21.4.3 Verweildauer bei ausgewählten Diagnosen

Der Trend der letzten Jahre hält weiter an – die Verweildauer der stationär in den Krankenhäusern Behandelten sinkt (vgl. Tabelle 21–8). Insgesamt betrug sie im Jahr 2012 im Schnitt 7,6 Tage und liegt damit um 0,1 Tage unter dem Vorjahr. Verglichen mit dem Jahr 2008 beträgt der Rückgang 0,5 Tage.

Die Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer über die Kapitel hinweg ist unterschiedlich. Die längste Verweildauer weist nach wie vor das Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ auf (F00 bis F99), hier betrug sie 20,1 Tage. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand die Diagnosen aus dem Bereich „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00 bis P96), mit 9,3 Tagen durchschnittlicher Verweildauer. Am kürzesten mussten Patienten im Krankenhaus liegen, die wegen Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde (H00 bis H59) und wegen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00 bis Z99), behandelt wurden. Sie konnten im Schnitt schon nach weniger als vier Tagen (3,3 bzw. 3,4) nach Hause gehen. Mit 4,1 Tagen liegt die Diagnose „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ (R00 bis R99), an dritter Stelle, gefolgt von Behandlungsfällen aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 bis O99) mit 4,2 Tagen.

Bei der Untersuchung der Veränderungsdaten bieten sich zwei Vergleiche an, zum einen der Vergleich zum Vorjahr (2012 zu 2011), zum anderen der längerfristige Vergleich zum Jahr 2008. Bezogen auf den Vergleich mit dem Vorjahr ergibt sich folgendes Bild: Grundsätzlich sind die Veränderungsdaten moderat ausgefallen. Die größte Veränderung betrifft das Kapitel „Krankheiten der Haut und Unterhaut“ (L00-L99). Die Verweildauer ist hier um 4,2 % auf 7,4 Tage gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Bei einem Vergleich über die letzten Jahre (2012 zu 2008) ergibt sich folgendes Bild: Bei allen Diagnosekapiteln der ICD zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu 2008 gesunken ist. Den größten Rückgang verzeichnen hier die Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 bis H96): Hier konnte die Verweildauer um 13,9 % gesenkt werden. Der Rückgang bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes betrug 11,2 %.

Den geringsten Rückgang verzeichnen mit 0,9 % die Psychischen und Verhaltensstörungen“ (F00 bis F99) und mit 1,2 % die Infektösen und parasitären Krankheiten (A00-B99).

Insgesamt wurden 69,9 % der Patienten (13,3 Millionen Fälle) innerhalb von sieben Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Gegenüber dem Vorjahr er-

Tabelle 21–8

Verweildauer der Patienten nach Diagnosekapiteln 2012–2011 und 2008 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	Durchschnittliche Verweildauer			Veränderungsrate	
		2012	2011	2008	2012 zu 2011	2012 zu 2008
	Insgesamt	7,6	7,7	8,1	-1,3	-6,1
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,5	7,4	7,6	1,8	-1,2
C00-D48	Neubildungen	8,1	8,1	8,5	-1,0	-5,5
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	6,9	7,2	7,6	-3,1	-8,5
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,0	8,2	8,7	-2,0	-8,4
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	20,1	20,2	20,3	-0,5	-0,9
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	6,9	6,8	7,1	0,5	-3,8
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augen-anhangsgebilde	3,3	3,4	3,6	-2,2	-9,3
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4,4	4,6	5,2	-3,3	-13,9
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	8,0	8,1	8,6	-1,6	-7,2
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	7,1	7,2	7,5	-0,7	-5,2
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	6,3	6,4	6,9	-2,4	-9,1
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	7,4	7,8	8,3	-4,2	-10,4
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,8	7,9	8,7	-2,3	-11,2
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	5,6	5,6	5,9	-1,4	-5,9
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,2	4,3	4,5	-2,3	-7,9
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	9,3	9,5	9,6	-1,5	-2,5
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5,8	5,9	6,2	-1,6	-6,9
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,1	4,2	4,5	-1,2	-8,2
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,3	7,4	7,9	-0,8	-7,4
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	3,4	3,4	3,7	-2,2	-9,2

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

höhte sich dieser Anteil um 2,6 Prozentpunkte. Diese Patientengruppe verursachte 29,7% aller Berechnungs- und Belegungstage. Innerhalb von 14 Tagen wurden insgesamt 87,8% der Patienten aus der vollstationären Behandlung entlassen. Mit 54,0% fiel somit über die Hälfte aller Berechnungs- und Belegungstage in dieser Verweildauer an. Die Anzahl der Langlieger (mit einer Verweildauer von über einem Jahr) lag 2012 bei 244 Fällen (2011: 231 Fälle) und ist damit leicht gestiegen. (vgl. Tabelle 21–2).

21.4.4 Regionale Verteilung der Diagnosen

Im Folgenden werden die in den Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose auf Länderebene analysiert. Die Auswertung der Daten nach dem Wohnort und nicht nach dem Behandlungsort der Patienten gibt Aufschluss über die Anzahl der Einwohner eines Bundeslandes, die wegen bestimmter Erkrankungen vollstationär behandelt wurden. Sie ist damit wichtig für epidemiologische Aussagen. Der Wohnort der Patienten lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Behandlungsort zu, denn es ist gängige Praxis, dass sich Patienten auch in anderen Bundesländern einer vollstationären Krankenhausbehandlung unterziehen.

Um den demografischen Effekt auszuschließen werden auch hier die standardisierten Daten herangezogen. Demnach ließen sich die meisten Patienten je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt behandeln (23 937 Fälle je 100 000 Einwohner), auf den Plätzen zwei und drei folgen Thüringen mit 23 403 Fällen und Brandenburg mit 22 898 Fällen (vgl. Tabelle 21–9). Bezogen auf diese Quote weist Baden-Württemberg mit 17 913 Fällen je 100 000 Einwohner den niedrigsten Wert auf und lag somit um 14,7% unter dem Bundesdurchschnitt (20 993 Fälle je 100 000 Einwohner).

Auch bei den standardisierten Raten bezogen auf die einzelnen Diagnosekapitel ergeben sich Unterschiede auf regionaler Ebene. Demnach wiesen die Sachsen-Anhalter mit 3 109 Fällen je 100 000 Einwohner die meisten stationär versorgten Krankheiten des Kreislaufsystems auf und lagen damit um 16,4% über dem Bundesdurchschnitt (2 671 Fälle). An zweiter Stelle liegt Thüringen mit 3 061 Patienten je 100 000 Einwohner.

Der standardisierte Bundesdurchschnitt bei den Neubildungen betrug 1 823 Fälle je 100 000 Einwohner. Baden-Württemberg (1 536 Fälle) und Hamburg (1 603 Fälle) lagen um 15,7% und 12,1% unter dem Bundesdurchschnitt und wiesen damit im Bundesvergleich die geringste Quote an vollstationären Behandlungsfällen auf. Über dem Bundesdurchschnitt liegen insbesondere Brandenburg mit 2 186 Fällen und Thüringen mit 2 099 Fällen je 100 000 Einwohner.

Rund 2 231 Patienten je 100 000 Einwohner mussten sich im Jahr 2012 wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Thüringen behandeln lassen. Sachsen-Anhalt liegt mit 2 227 Patienten auf dem dahinter liegenden Platz. Der Bundesdurchschnitt von 1 983 Fällen wird insbesondere von den Ländern Baden-Württemberg (1 647 Fälle) und Hamburg (1 691 Fälle) unterboten.

Die letzte hier erwähnte Diagnosegruppe ist „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00 bis F99). Insgesamt elf Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt von 1 482 Patienten. Mit 1 769 Fällen je 100 000 Einwohner liegt das Saarland an der Spitze und damit 19,4% über dem Bundesdurchschnitt. Auch Schleswig-Holstein (1 752 Fälle) und Bremen (1 704 Fälle) liegen weit über dem Bundesdurch-

Tabelle 21–9
Patienten nach Krankheitsklassen und Wohnort je 100.000 Einwohner 2012 – standardisierte Rate

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100.000 Einwohner ⁽¹²⁾																
		Deutschland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
	Insgesamt (standard. Rate)	20 993	17 913	20 851	18 960	22 898	19 874	19 061	20 746	22 741	20 668	22 586	22 294	22 702	20 734	23 937	20 523	23 403
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	648	537	662	496	710	541	587	602	784	628	693	768	745	658	863	583	800
C00-D48	Neubildungen	1 823	1 536	1 767	1 867	2 186	1 878	1 603	1 792	1 945	1 645	1 983	1 910	1 926	1 963	1 910	1 639	2 099
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	130	112	114	125	154	134	113	125	164	130	142	128	124	142	158	116	157
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	495	418	500	450	568	454	412	510	673	477	513	452	504	517	610	451	604
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	1 482	1 256	1 434	1 427	1 544	1 704	1 532	1 379	1 661	1 462	1 597	1 482	1 769	1 485	1 602	1 752	1 596
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	799	616	757	671	814	617	750	787	969	764	936	914	987	754	807	788	978
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	328	267	279	382	340	247	471	297	376	301	347	319	393	369	377	439	413
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	172	155	149	143	215	169	170	192	201	177	176	186	196	152	260	150	185
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 671	2 230	2 590	2 522	3 004	2 274	2 445	2 622	2 908	2 617	2 921	2 857	2 989	2 457	3 109	2 572	3 061
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	1 330	1 110	1 252	1 194	1 448	1 371	1 367	1 326	1 495	1 358	1 470	1 395	1 471	1 197	1 770	1 242	1 393
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1 983	1 647	1 917	1 865	2 093	1 876	1 691	1 980	2 083	2 002	2 202	2 143	2 159	1 911	2 227	1 825	2 231
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	328	248	315	333	374	358	310	344	366	317	356	338	275	340	444	300	391
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 829	1 490	1 992	1 483	1 938	1 678	1 566	1 745	1 693	1 822	2 022	1 995	1 842	1 657	1 911	1 931	1 933
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1 095	921	1 041	1 036	1 222	953	900	1 101	1 091	1 060	1 212	1 159	1 171	1 149	1 273	1 076	1 139
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2 710	2 503	2 576	2 346	2 992	2 586	2 304	2 809	3 082	2 791	2 822	2 825	2 510	2 895	3 132	2 713	3 168
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	289	291	285	262	314	217	289	272	327	282	289	314	290	327	277	292	286
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	151	139	146	149	168	132	118	143	170	142	164	148	151	161	171	135	171
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	998	817	1 066	591	1 030	864	742	1 069	1 045	1 026	1 038	1 203	1 333	958	1 298	986	1 056

Tabelle 21–9

Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnosekapitel	je 100 000 Einwohner ¹⁾²⁾																
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2 105	1 901	2 310	1 798	2 307	2 040	1 874	2 027	2 298	2 058	2 082	2 207	2 120	2 197	2 393	2 110	2 372
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	923	905	923	924	962	1 012	880	944	949	943	953	882	950	886	918	701	960

¹⁾ Standardisiert anhand der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“. Ohne Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter

²⁾ Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorlag

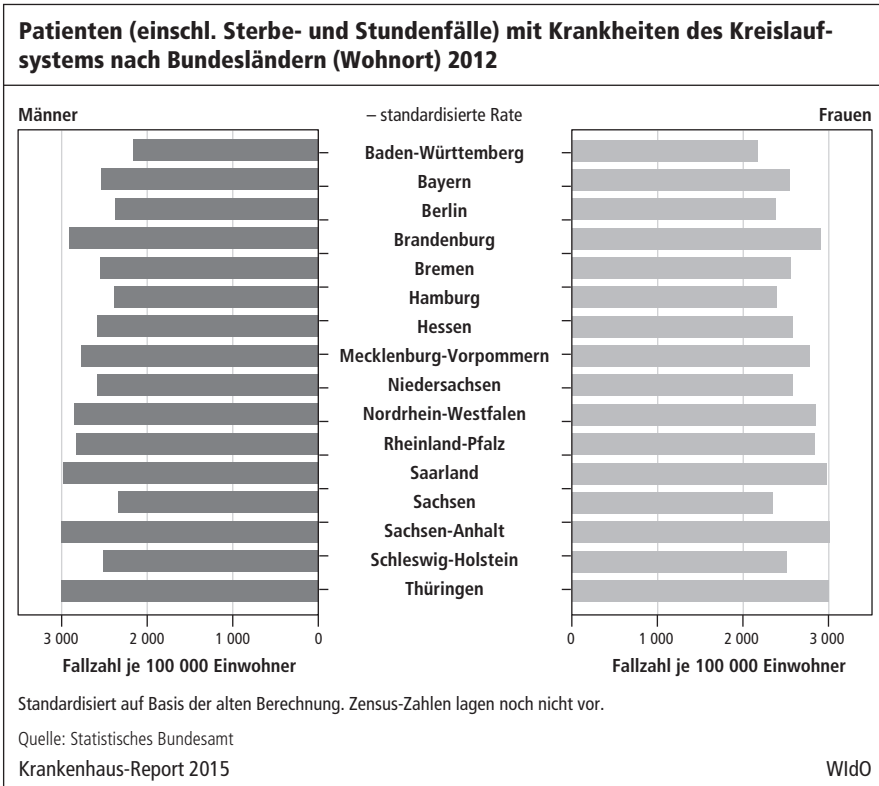
³⁾ Das Kapitel 000-099 wurde anhand der weiblichen Bevölkerung standardisiert

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Abbildung 21–6



schnitt. Demgegenüber liegen Baden-Württemberg und Hessen mit 15,2% und 6,9% unter dem standardisierten Durchschnitt für Deutschland (Abbildung 21–6).

21.5 Entwicklung ausgewählter Diagnosen 2008 bis 2012

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 2008 bis 2012 dargestellt. Es werden alle Diagnosen in die Analyse einbezogen, die im Jahr 2012 mindestens 10 000 Fälle aufwiesen. Dargestellt werden die zehn Diagnosen mit den größten prozentualen Veränderungsdaten vom Jahr 2012 gegenüber 2008. Bei Interesse an allen Positionen auf drei- oder vierstelliger Ebene finden Sie im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes auf der Themenseite Gesundheit (www.destatis.de) entsprechende Informationen. Diese können auch als Sonderauswertung beim Statistischen Bundesamt angefordert werden (gesundheits@destatis.de).

In Tabelle 21–10 werden die zehn Diagnosen mit den größten Veränderungsraten dargestellt. Auffällig dabei ist, dass sich besonders unter den Diagnosen mit dem stärksten Rückgang mehrere „sonstige“ Positionen und Diagnosen aus dem Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett finden. Ursächlich für einen Rückgang bei diesen Diagnosen kann unter anderem ein besseres Kodieren sein, wie es vor allem das DRG-Patientenklassifikationssystem erfordert. Methodische Hintergründe darüber findet man im Krankenhaus-Report 2006, Kapitel 8.

Die Hauptdiagnose R40 (Somnolenz, Sopor und Koma) verzeichnete im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 die größten Zuwächse: Ihre Zahl ist um 131,1% angestiegen. Den zweiten Platz belegt die Diagnose J22 (Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet). Sie ist in diesem Zeitraum um 108,4% angestiegen, gefolgt von der Position A49 (Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation) mit einem Zuwachs von 79,6%.

Diese Parallelität der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass es nicht zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation bei einzelnen Diagnosen gekommen ist, sondern lediglich zu einer Verlagerung und genaueren Dokumentation. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der DRG-Statistik, die in einem gesonderten Kapitel aufgezeigt werden. Inwieweit ökonomische Anreize zu einer anderen Kodierung beitragen, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden.

21.6 Ausblick

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Durch die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Ergebnisse dient die Diagnosestatistik auch der epidemiologischen Forschung.

Durch die zusätzlichen Angaben aus der DRG-Statistik (Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) wird die traditionelle Krankenhausdiagnosestatistik komplettiert und stellt einen wichtigen Mehrwert für den gesamten Bereich der Krankenhausstatistik dar. Beide Statistiken zusammen ermöglichen nun einen umfangreichen Überblick über Struktur- und Leistungsdaten der stationären Einrichtungen. Darüber hinaus sind Auswertungen auf der allgemeinen Diagnoseseite einerseits und über weitere Merkmale wie Operationenschlüssel, Nebendiagnosen und Entgelten andererseits möglich. Auf sie wird im folgenden Kapitel gesondert eingegangen.

Tabelle 21-10
Die 10 Hauptdiagnosen mit den größten relativen Zuwächsen und Rückgängen 2012/2008¹⁾

Die 10 größten relativen Zuwächse 2012/2008		Anzahl				Veränderung in Prozent					
Rang	ICD-Pos.	2012	2011	2010	2009	2008	12/11	11/10	10/09	09/08	12/08
1	R40	13858	7395	7025	6617	5997	87,4	5,3	6,2	10,3	131,1
2	J22	16807	14464	11582	14172	8066	16,2	24,9	-18,3	75,7	108,4
3	A49	11426	9633	8244	7605	6362	18,6	16,8	8,4	19,5	79,6
4	E66	12838	11522	10470	8991	7506	11,4	10,0	16,4	19,8	71,0
5	F12	10142	9099	8145	7251	6297	11,5	11,7	12,3	15,2	61,1
6	R20	19939	17910	14664	13600	12416	11,3	22,1	7,8	9,5	60,6
7	R26	22592	18585	16609	15361	14093	21,6	11,9	8,1	9,0	60,3
8	R42	52666	47649	42955	38257	34428	10,5	10,9	12,3	11,1	53,0
9	R00	29389	26410	24364	22343	19521	11,3	8,4	9,0	14,5	50,6
10	M62	11909	9864	9832	9202	7917	20,7	0,3	6,8	16,2	50,4
Die 10 größten relativen Rückgänge 2012/2008		Anzahl				Veränderung in Prozent					
Rang	ICD-Pos.	2012	2011	2010	2009	2008	12/11	11/10	10/09	09/08	12/08
1	O82	15741	18519	20958	24214	26496	-15,0	-11,6	-13,4	-8,6	-40,6
2	P59	16789	16950	18989	19767	24930	-0,9	-10,7	-3,9	-20,7	-32,7
3	J40	11476	11371	11400	15391	16689	0,9	-0,3	-25,9	-7,8	-31,2
4	K52	71362	75507	77719	100713	101921	-5,5	-2,8	-22,8	-1,2	-30,0
5	C85	12169	13790	17339	17192	17186	-11,8	-20,5	0,9	0,0	-29,2
6	D48	12485	13091	14938	16002	17588	-4,6	-12,4	-6,6	-9,0	-29,0

Tabelle 21-10

Fortsetzung**Die 10 größten relativen Rückgänge 2012/2008**

Rang	ICD-Pos.	Anzahl										Veränderung in Prozent			
		2012	2011	2010	2009	2008	12/11	11/10	10/09	09/08	12/08				
7	O80	45475	45293	50356	53759	59138	0,4	-10,1	-6,3	-9,1	-23,1				
8	I67	24216	24886	25791	27908	30927	-2,7	-3,5	-7,6	-9,8	-21,7				
9	O47	17890	18195	20344	21272	22446	-1,7	-10,6	-4,4	-5,2	-20,3				
10	A08	62105	68038	74517	66087	77798	-8,7	-8,7	12,8	-15,1	-20,2				

^{*)} nur Diagnosen mit mindestens 10 000 Fällen im Jahr 2012

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

Wido

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2012, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen, ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten. Ausgewählte Ergebnisse zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser, insbesondere zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs), den Hauptdiagnosegruppen (MDCs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI), werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

With the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (KHEntgG), the Federal Statistical Office provides an important data source in addition to the basic, cost data and diagnostic data of German hospitals. This article presents key findings for inpatient care in 2012, thus complementing and expanding the range of information of the conventional official hospital statistics. The focus is on the nature and frequency of surgical and medical procedures as well as on important inpatient main diagnoses, supplemented by their respective secondary diagnoses under department-specific aspects. Additionally, the paper presents selected data on the range of services provided in hospitals, in particular the nature and extent of the DRGs, the major diagnostic categories (MDCs), the case mix (CM) and case mix index (CMI).

22.1 Vorbemerkung

Im Rahmen der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 führte der Gesetzgeber zur Vergütung der Leistungen von Krankenhäusern das auf Fallpauschalen basierende DRG-Entgeltsystem (DRG für Diagnosis Related Groups) ein. Seit dem 1. Januar 2004 ist die Anwendung dieses Abrechnungssystems für allgemeine Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, verpflichtend. Ausnahmen gelten bislang weitestgehend nur für psychiatrische Krankenhäuser oder einzelne Spezialkliniken mit seltenen bzw. wenig standardisierbaren Indikationsbereichen und Verfahren.¹

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

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Informationen zum Beispiel zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden. Je nach Berichtsjahr kann darüber hinaus ebenfalls auf Ergebnisse beispielsweise zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs), zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2012 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 20 und 21 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, ist die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einer entsprechenden budgetneutralen Umsetzung ab 2013 festgelegt. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 eingeführt.

2 Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Sie sind kostenfrei unter www.destatis.de auf der Themenseite Gesundheit bei den Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser erhältlich. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage an gesundheit@destatis.de (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) möglich.

22.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Darüber hinaus bleiben Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 KHG unberücksichtigt.

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2012 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 566 Krankenhäusern und umfassen knapp 18 Millionen vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2012 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 20 und 21) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet werden und außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

³ Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Einrichtungen dieser Art ist ab 2013 festgelegt (siehe hierzu Fußnote 1 in diesem Beitrag).

22.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2012 knapp 18 Millionen Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 267 500 Fällen 1,5 % mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 %. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,6 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,1 Tage ab. 53 % der Behandlungsfälle waren weiblich und 47 % männlich. Durchschnittlich waren die behandelten Frauen und Männer 55 Jahre alt. Je 100 000 Einwohner wurden 21 800 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 (128 100) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 58 500 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (26 100), in Thüringen (25 500) und im Saarland (24 600). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (18 200 Fälle), Berlin (18 900 Fälle) und Hamburg (19 300 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 22–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verdichtungsansätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁷ Unter an-

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

5 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Einbezogen ist die durchschnittliche Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorliegt.

6 Abgebildet ist hier die absolute Zahl der Behandlungsfälle nach ihrem Wohnort im Verhältnis zur tatsächlichen Bevölkerung je 100 000 Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

7 Für die siedlungsstrukturellen Regionstypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

Städtische Regionen umfassen Regionen, in denen mindestens 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt und in der sich eine Großstadt mit rund 500 000 Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 Einwohner/km²;

Regionen mit Verstärkeransätzen sind Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km² aufweisen;

Ländliche Regionen schließen Regionen ein, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte jedoch unter 100 Einwohner/km² beträgt. (Siehe www.bbsr.bund.de > Raumbearbeitung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 22–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2012

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 023 498	1 964 070	18 162
Bayern	2 761 506	2 707 878	21 439
Berlin	753 044	665 507	18 902
Brandenburg	524 447	609 243	24 437
Bremen	196 132	133 537	20 187
Hamburg	448 084	348 045	19 270
Hessen	1 270 245	1 304 007	21 367
Mecklenburg-Vorpommern	391 968	390 013	23 915
Niedersachsen	1 591 227	1 688 435	21 327
Nordrhein-Westfalen	4 223 440	4 196 971	23 523
Rheinland-Pfalz	880 113	926 943	23 183
Saarland	258 610	248 885	24 611
Sachsen	966 456	948 681	22 962
Sachsen-Anhalt	574 995	601 664	26 121
Schleswig-Holstein	552 781	590 452	20 795
Thüringen	559 901	565 008	25 512

* auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorliegt.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

derem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (23 700 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21 700 Fälle) und Regionen mit Verstärkeransätzen (22 000 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (27 800 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 100 Fälle) und Sachsen (25 700 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkeransätzen lagen Bremen (26 400 Fälle), Hessen (25 900 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (25 600 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 000), Nordrhein-Westfalen (23 900) und Rheinland-Pfalz (22 000) ein (Abbildung 22–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 513 800 sogenannte Stundenfälle. Dies sind vollstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Im Jahr 2012 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,9%. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und

Abbildung 22-1

Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2012 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp)

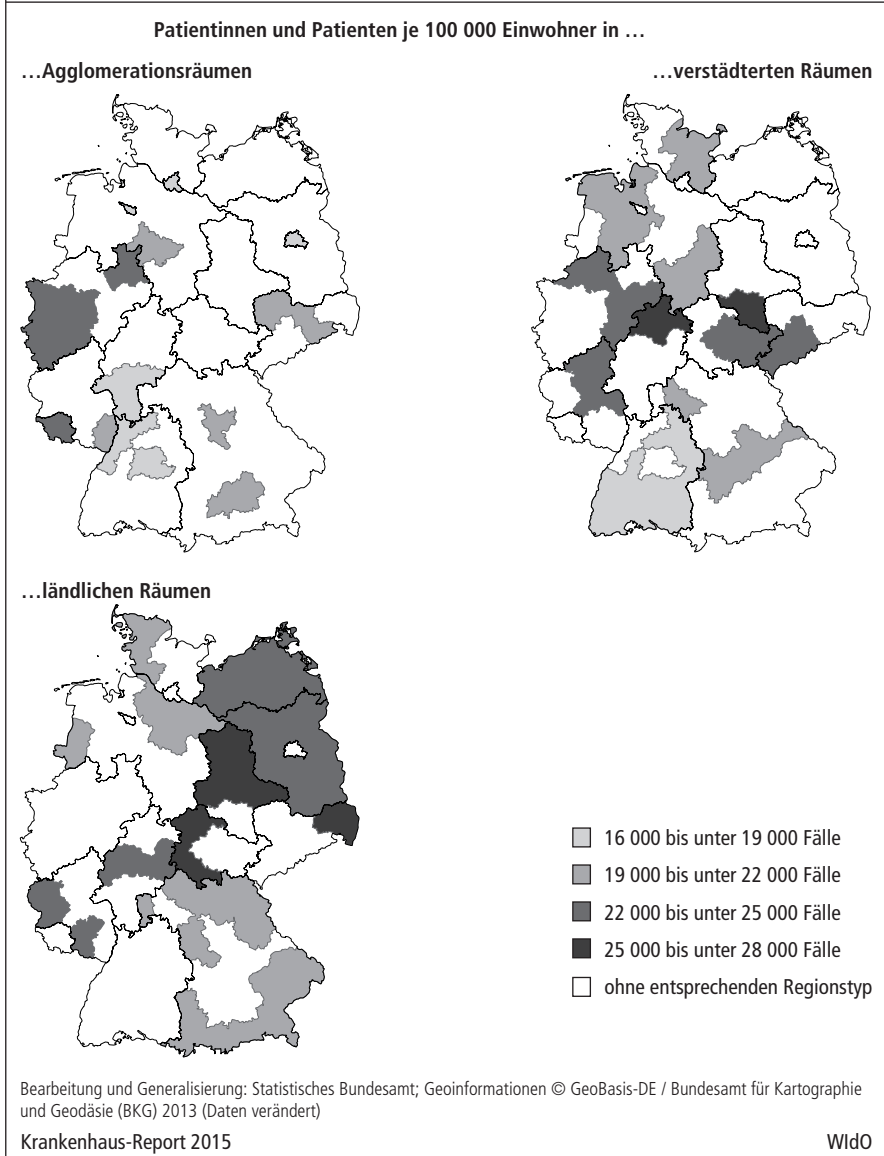


Abbildung 22–2

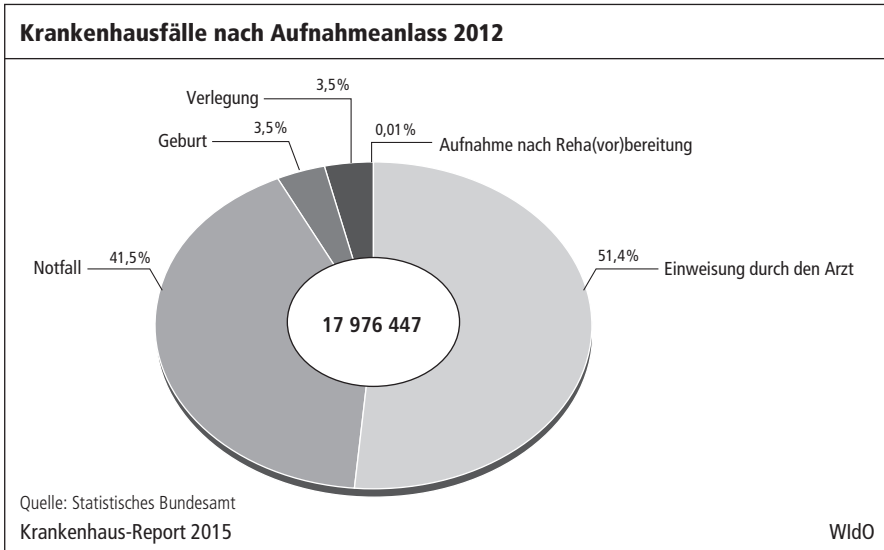
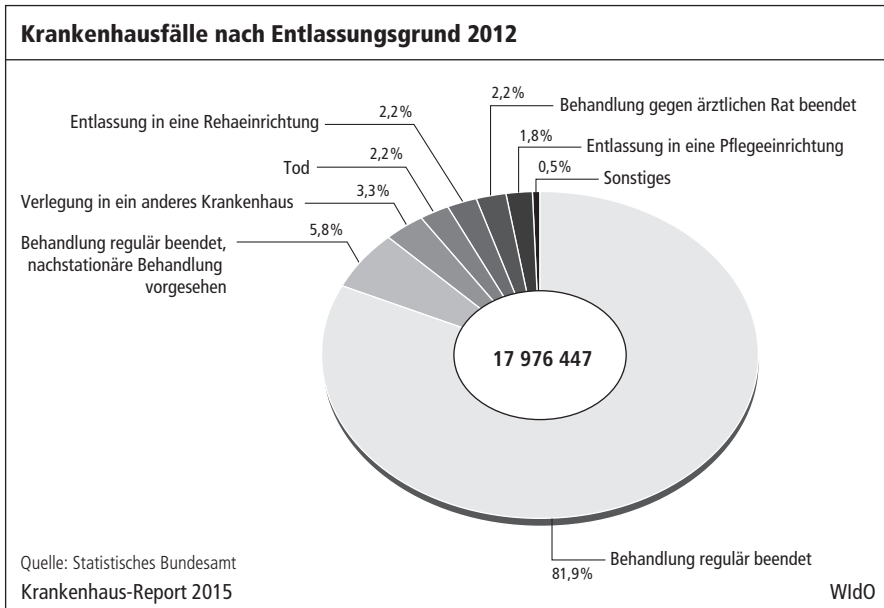


Abbildung 22–3



Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei rund 7,3 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 40,4% der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmehinweis erfolgte im Jahr 2012 bei 51,4% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 41,5% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 22–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,9% aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (5,8%). Entgegen ärztlichen Rat wurde die Behandlung in 2,2% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,2% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,8% der Fälle (Abbildung 22–3).

22.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁸ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären 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 GM⁹ zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gelten Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine thera-

8 Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) und dem InEK unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können auf der Website des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

9 Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und weltweit eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe (GM = German Modification) wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

Tabelle 22–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2012

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			386 779	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			3 984 683	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	211 496	5,3
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	203 692	5,1
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	183 831	4,6
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	164 721	4,1
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	155 243	3,9
Rang	Operationen nach Kapitel 5 OPS ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			42 178	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10 650	25,3
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2 751	6,5
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 320	5,5
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1 993	4,7
5	5-469	Andere Operationen am Darm	1 957	4,6

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 2015

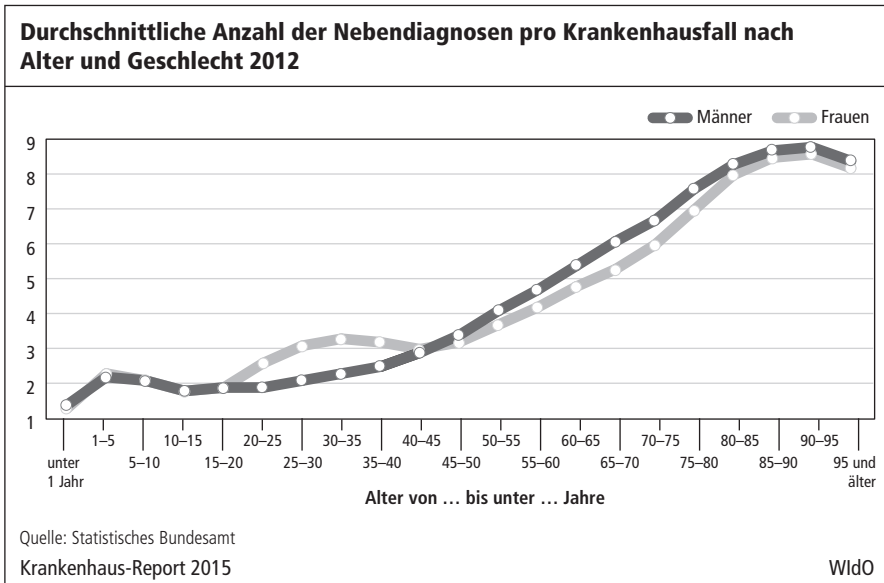
WIdO

apeutische Maßnahme oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Nebendiagnosen sind ebenfalls gemäß der ICD-10 GM zu kodieren.

In Bezug auf die Hauptdiagnosekapitel wurden die Patientinnen und Patienten im Jahr 2012 am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,8 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (1,9 Millionen Fälle) sowie Neubildungen (1,8 Millionen Fälle). Bei Frauen spielten über die Krankheiten des Kreislaufsystems hinaus die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sowie Verletzungen und Vergiftungen eine große Rolle. Bei den Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislauf- und Verdauungssystems die Neubildungen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 386 800 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose (Tabelle 22–2). Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) sowie die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose vor allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung, den Wechsel und die Korrektur eines Herzschritt-

Abbildung 22–4



machern und Defibrillators (5-378) sowie die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452).

Eine Übersicht der weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 22–a) zu finden.

Im Jahr 2012 wurden durchschnittlich 5,0 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 22–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 45-Jährigen liegen die Werte der Frauen durchgängig unter denen der Männer und nähern sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter entsprechend wieder an. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Brandenburg (5,6 Nebendiagnosen), Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 5,5 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,5 Nebendiagnosen), Hamburg (4,6 Nebendiagnosen) und Rheinland-Pfalz (4,7 Nebendiagnosen) auf.

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an

Tabelle 22–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2012

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			89 888 847	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 027 203	6,7
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 559 073	2,8
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 479 842	2,8
4	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	2 392 598	2,7
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 065 408	2,3
6	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 065 194	2,3
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 747 858	1,9
8	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 700 432	1,9
9	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 565 752	1,7
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 560 645	1,7
11	I50	Herzinsuffizienz	1 553 577	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 071 118	1,2
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 015 047	1,1
14	E66	Adipositas	979 975	1,1
15	O09	Schwangerschaftsdauer	920 026	1,0
16	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	891 289	1,0
17	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	854 266	1,0
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	800 895	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	779 091	0,9
20	E86	Volumenmangel	760 913	0,8
21	D62	Akute Blutungsanämie	755 812	0,8
22	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	733 567	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	668 450	0,7
24	Z37	Resultat der Entbindung	648 016	0,7
25	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	607 487	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

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 lagen nach der essentiellen primären Hypertonie an weiterer Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) und die sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bil-

den bereits die in Tabelle 22–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen rund 40% des Spektrums aller Begleiterkrankungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 22–b bis 22–d) zu finden.

22.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationszugewinn, den die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik bietet, stellen Informationen über die Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren dar, die bei den Patientinnen und Patienten während ihres vollstationären Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

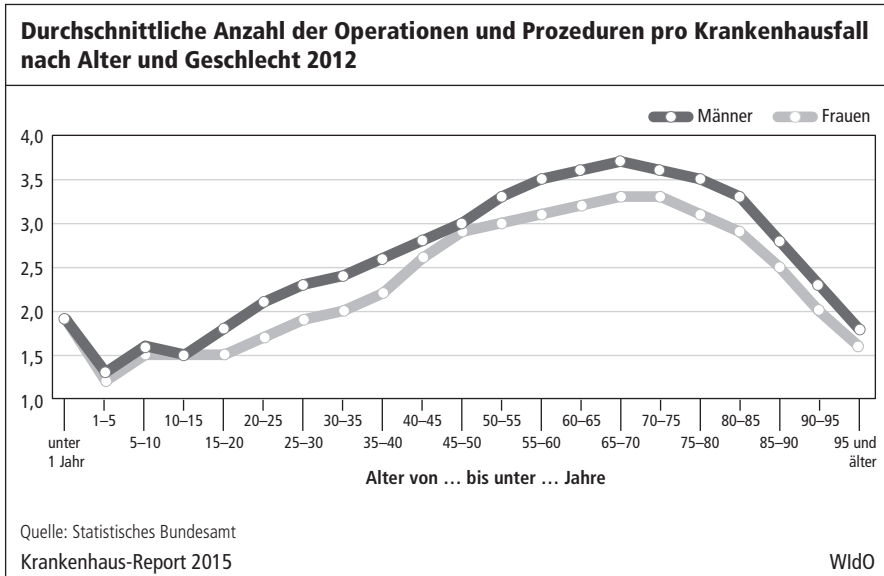
Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.¹⁰ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.¹¹ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2012 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 51 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 3,3%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,8 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (3,2) und Berlin (3,1) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz (2,6) sowie Bremen, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,7).

10 Die Klassifikation wird seit 1993 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach den §§ 295 und 301 SGB V im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben und bereitgestellt. Der OPS ist überwiegend numerisch-hierarchisch strukturiert und weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Die Hierarchieklassen umfassen Kapitel, Bereichsüberschriften, 3-Steller, 4-Steller, 5-Steller und 6-Steller.

11 Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen, Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert. Für die differenzierte Abbildung komplexer Eingriffe und Teilmaßnahmen ist in verschiedenen Bereichen eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Darüber hinaus wird die Versorgung von intraoperativen Komplikationen gesondert verschlüsselt. Dementsprechend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandeltem Krankenhausfall nachgewiesen.

Abbildung 22–5



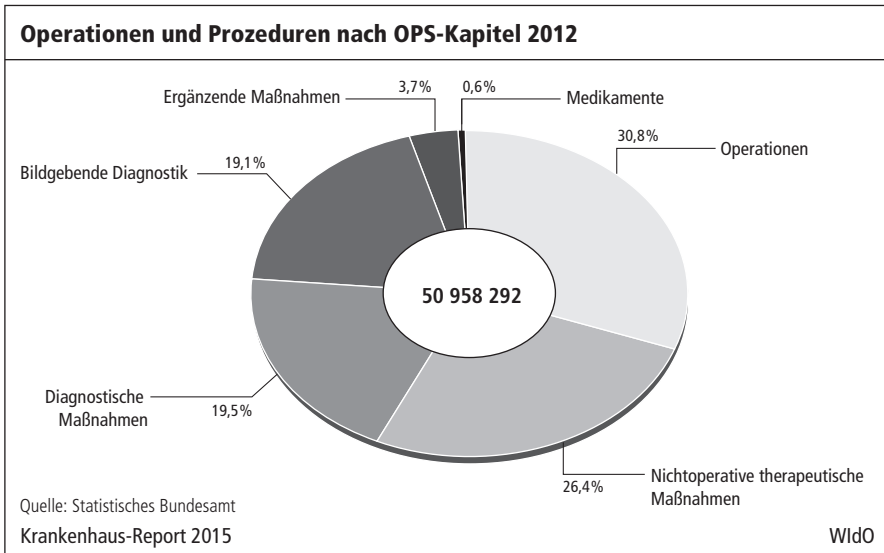
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 70-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2012 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,3 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,7 Maßnahmen pro Patient gut doppelt so hoch wie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern wieder deutlich zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2012 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den unter 20-Jährigen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in den meisten Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 22–5).

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

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Prozeduren 26,4% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (13,4 Millionen), 19,5% auf diagnostische Maßnahmen (9,9 Millionen) und 19,1% auf die bildgebende Diagnostik (9,7 Millionen). Am häufigsten wurden bei den Patientinnen und Patienten aber mit einem Anteil von 30,8% Operationen (15,7 Millionen) veranlasst. Den größten Anstieg gegen-

Abbildung 22–6



über dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 8,2% (Abbildung 22–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 22–4.

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit Raten zwischen 40,2% im Jahr 2005 und 40,6% im Jahr 2007 weitestgehend stabil geblieben. Seit 2008 wird die 40%-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2012 bei 38,8%.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften die Operationen an den Bewegungsorganen (4,5 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,4 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,2 Millionen).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (29,9%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,0%) sowie der Orthopädie (10,3%) erbracht (Abbildung 22–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (261 500 Eingriffe), weiterhin andere Kaiserschnittverbindungen (204 500 Eingriffe) und andere Operationen am Darm (199 200 Eingriffe). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruchs (159 700 Ein-

¹² Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 22-4
Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2012

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					Anzahl
	Insgesamt	0-20	20-40	40-60	60-85	
Frauen						
Insgesamt	25162631	1674579	3318287	5543663	12374861	2251232
Diagnostische Maßnahmen	4691348	412693	419402	1038291	2418011	402951
Bildgebende Diagnostik	4706257	122922	352827	1026379	2652357	551772
Operationen	8325745	356771	1589521	2246837	3654651	477965
Medikamente	124907	10012	8326	35706	67762	3101
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6108407	420796	463086	1114595	3372861	737061
Ergänzende Maßnahmen	1200528	351241	482520	81224	207617	77926
Unbekannte Operation/Maßnahmen	5439	144	2605	631	1602	456
Männer						
Insgesamt	25791655	1924791	2009026	6616849	14131680	1109307
Diagnostische Maßnahmen	5223138	429111	352461	1301392	2923158	217016
Bildgebende Diagnostik	5021442	140814	384618	1291247	2956425	248338
Operationen	7387816	469776	891274	2188769	3598796	239201
Medikamente	164892	11966	9831	47954	92625	2516
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	7325104	516405	356785	1720326	17735488	370741
Ergänzende Maßnahmen	665996	356310	13688	66518	3092526	31315
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3267	409	369	643	2957837	180

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlIdo

Tabelle 22-5

Operationen 2012 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt		Frauen		Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Männer	Frauen
		Männer Anzahl	Frauen	Männer	Frauen			
5	Operationen	7 387 816	8 325 745	2,2	2,5	2,0		
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	717 252	355 409	2,1	2,1	2,1		
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	186 882	132 607	-2,2	-1,0	-2,8		
5-08-5-16	Operationen an den Augen	565 697	289 708	1,8	1,8	1,8		
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	152 983	66 173	0,6	0,8	0,4		
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	448 205	176 659	-0,3	-0,3	-0,4		
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	337 130	154 706	0,2	0,8	-0,6		
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	118 027	40 366	0,0	-0,2	0,3		
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	160 704	58 874	4,8	4,2	5,6		
5-35-5-37	Operationen am Herzen	386 291	133 826	3,3	3,4	3,1		
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	731 069	327 119	2,6	3,3	1,8		
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	197 662	138 827	11,8	0,4	17,4		
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 377 122	1 133 798	2,1	2,7	1,4		
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	570 180	199 747	0,6	1,0	-0,3		
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	221 224	/	-1,8	-1,8	/		
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	653 886	653 886	1,3	-	1,3		
5-72-5-75	Geburtschirurgische Operationen	777 882	777 882	1,8	-	1,8		
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78 247	31 348	3,0	1,8	4,8		
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 452 756	2 399 689	1,8	1,8	1,8		
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	171 122	166 178	-7,8	-2,6	-8,0		
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 201 677	535 883	2,1	1,9	2,4		
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 208 667	552 219	9,0	9,3	8,6		

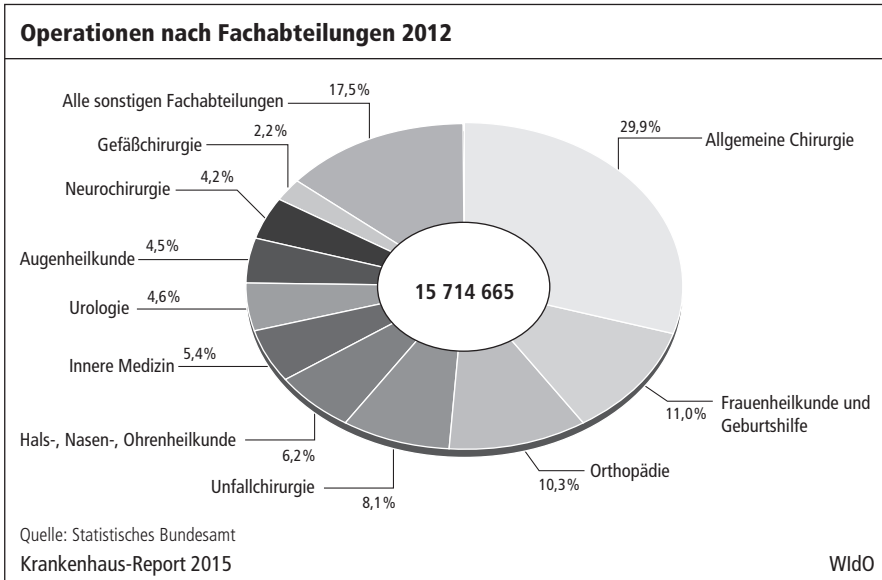
¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Abbildung 22–7



griffe), gefolgt von anderen Operationen am Darm (157 900 Eingriffe) und der arthro-skopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (150 700 Eingriffe). Tabelle 22–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Eingriffe nach Vierstellern aus, die rund 36 % aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 22–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2012 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen (490 800 Eingriffe), arthroskopische Gelenkoperationen (412 500 Eingriffe) und Operationen an der Wirbelsäule (398 400 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (475 800 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (358 500 Eingriffe) sowie an Haut und Unterhaut (358 000 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 22–e bis 22–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der Sterilisationsoperation mit der Zerstörung und dem Verschluss der Eileiter (141,8%). Danach folgten sonstige Operationen am Brustkorb (136,8%) und die systematische Lymphknotenentfernung im Rahmen eines sonstigen operativen Eingriffs (99,8%). Der stärkste Rückgang war bei der Verwendung von Knochenersatz bei Operationen an der Wirbelsäule (65,3 %) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig gegenüber dem Vorjahr waren chirurgische Maßnahmen zur plastischen Rekonstruktion der weiblichen Brust sowohl im Bereich der sonstigen Verfahren (64,0%) als auch mit einer Haut- und Muskeltransplantation (27,5%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum

Tabelle 22–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2012 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt¹⁾²⁾	15 714 665	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	357 066	2,3
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	297 128	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	280 506	1,8
4	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	261 454	1,7
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	238 875	1,5
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	218 486	1,4
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	212 304	1,4
8	5-749 Andere Sectio caesarea	204 491	1,3
9	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	198 257	1,3
10	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	196 976	1,3
11	5-511 Cholezystektomie	195 301	1,2
12	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	182 003	1,2
13	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	180 861	1,2
14	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	170 839	1,1
15	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	170 534	1,1
16	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	163 517	1,0
17	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	162 593	1,0
18	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	162 505	1,0
19	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	155 628	1,0
20	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	154 792	1,0
21	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	153 092	1,0
22	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	152 845	1,0
23	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	149 796	1,0
24	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	146 466	0,9
25	5-916 Temporäre Weichteildeckung	143 746	0,9
26	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	141 954	0,9
27	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	140 764	0,9
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	137 384	0,9
29	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	134 189	0,9
30	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	122 736	0,8

¹⁾ Ohne Duplikate

²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 22–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2012 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt¹⁾²⁾	15 714 665	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	888 352	5,7
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	810 072	5,2
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	756 972	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	649 664	4,1
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	603 880	3,8
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	525 441	3,3
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	454 604	2,9
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	444 284	2,8
9	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	442 664	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	423 454	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	344 018	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	320 438	2,0
13	5-21 Operationen an der Nase	317 447	2,0
14	5-53 Verschluss abdominalen Hernien	310 832	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	308 210	2,0
16	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	295 528	1,9
17	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	286 785	1,8
18	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	278 051	1,8
19	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	276 625	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	257 285	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	213 608	1,4
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	202 634	1,3
23	5-19 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	194 209	1,2
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	186 402	1,2
25	5-40 Operationen am Lymphgewebe	182 197	1,2
26	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	180 170	1,1
27	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	178 037	1,1
28	5-65 Operationen am Ovar	171 399	1,1
29	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	171 370	1,1
30	5-49 Operationen am Anus	165 808	1,1

¹⁾ Ohne Duplikate.

²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an den Eileitern (41,8%), der Lunge und dem Bronchus (12,8%) sowie am Lymphgewebe (12,7%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten sonstige Operationen an der weiblichen Brust (18,0%), operative Eingriffe an den Augenmuskeln (4,4%) sowie an der Prostata und Bläschendrüse (3,9%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 22–h und 22–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe in Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich. Leistungen dieser Art werden jedoch nicht auf der Grundlage des DRG-Entgeltsystems sondern über das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Eine Erfassung und der entsprechende Nachweis dieser Leistungen erfolgt deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 20 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

22.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.¹³

Danach wurden 90,5% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,2% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3% nur noch sehr selten (Tabelle 22–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,4 Millionen Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Millionen Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Millionen Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,2 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,4 Tagen und in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe bei 4,1 Tagen (Abbildung 22-8).¹⁴

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

14 Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

Tabelle 22–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2012 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 267 588	90,5	7 558 944	89,5	8 707 340	91,4
Zwei Fachabteilungen	1 467 736	8,2	757 812	9,0	709 811	7,4
Drei und mehr	241 123	1,3	125 547	1,5	113 548	1,2

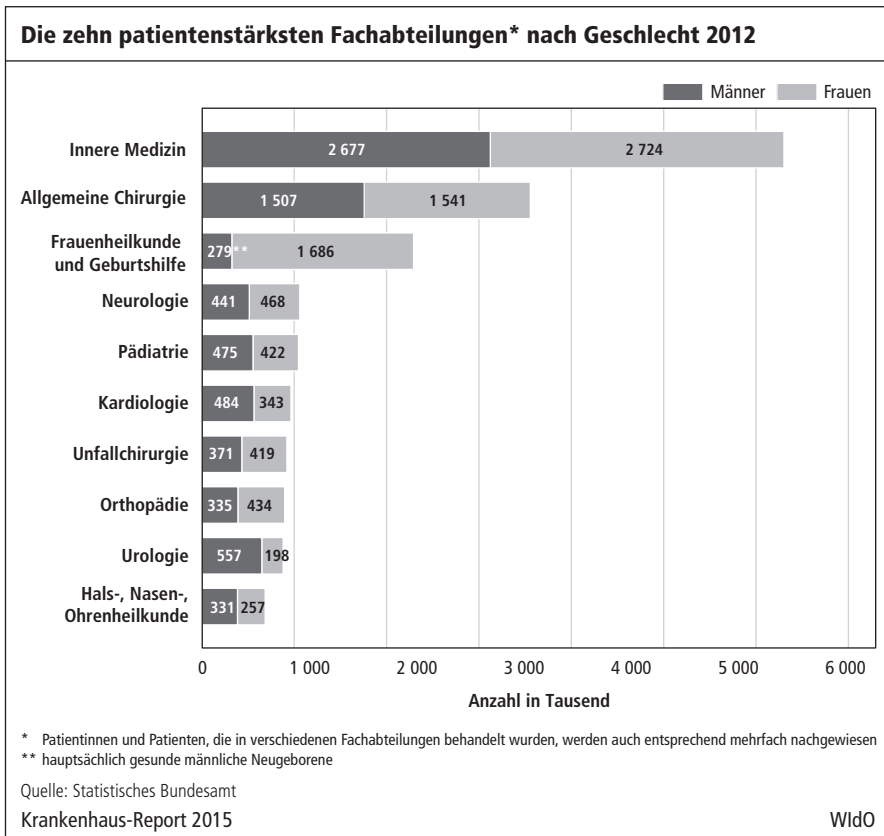
¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 22–8



Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 5,0 Millionen Fällen (27,5%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Millionen Fällen (16,0%) sowie die Frauenheilkunde und Ge-

burtshilfe mit 1,9 Millionen Fällen (10,6%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,7 Tage, in der Chirurgie 6,8 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,2 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 285 000 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,8% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 10,0 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die essentielle (primäre) Hypertonie (J10) mit 181 900 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,7% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 65,2% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,7 Tagen.

Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) war für weitere 3,6% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,2 Tage im Krankenhaus. Knapp drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 22–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 11,4 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 845 300 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der lokalen Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie von anderen Operationen am Darm (5-469). Jeweils rund 70% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 22–10)¹⁵.

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,8 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,5% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (158 400 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,4 Tage im Krankenhaus. Annähernd die Hälfte der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und noch etwas mehr als ein Drittel zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,2% und 151 100 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,1%) sowie 65 Jahre und älter (34,1%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 91 100 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,2% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,9 Tage und betraf vor allem Personen

¹⁵ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 22–9
Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2012

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65 65 und älter	
in Tagen			Anzahl	Anzahl				
Innere Medizin			6,7	4 950 515	601 971	1 249 403	3 091 686	
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt								
1	I50	Herzinsuffizienz	10,0	284 880	–	1 841	26 906	256 133
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,7	181 931	10	11 977	51 413	118 531
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	5,2	177 653	2	5 340	42 503	129 808
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,5	153 200	119	11 448	24 262	117 371
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8,8	145 800	3	2 451	36 770	106 576
6	I20	Angina pectoris	3,9	140 645	–	5 579	46 124	88 942
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,5	127 473	–	4 393	36 760	86 319
8	R55	Synkope und Kollaps	4,6	107 750	161	16 497	22 542	68 550
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,7	107 318	2	4 679	29 262	73 375
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,6	106 318	534	49 539	47 287	8 956
11	K29	Gastritis und Duodenitis	4,5	95 314	54	21 430	26 856	46 974
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,5	94 437	42	22 434	37 088	34 873
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,8	83 522	–	1 398	26 334	55 790
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,5	77 281	456	23 837	15 491	37 497
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,2	76 958	–	1 058	28 815	47 085

Tabelle 22-9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0-15	15-45	45-65	65 und älter
in Tagen			Anzahl					
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt								
1	K40	Hernia inguinalis	6,8	2881386	64696	655541	927954	1233194
2	K80	Cholelithiasis	2,4	158366	1099	28092	59062	70113
3	K35	Akute Appendizitis	5,4	151080	154	40547	58931	51448
4	S06	Intrakranielle Verletzung	4,9	91058	9917	53807	18477	8857
5	I70	Atherosklerose	2,4	85574	9213	30473	14831	31057
6	K57	Atherosklerose	11,8	79058	–	677	21559	56822
7	M17	Divertikulose des Darmes	10,2	71229	4	8207	32640	30378
8	S72	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,8	70908	6	2148	24493	44261
9	K56	Fraktur des Femurs	13,6	67772	448	2100	7431	57792
10	S82	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,2	63808	574	8505	15896	38833
11	S52	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,9	62494	1997	16963	23078	20456
12	E04	Fraktur des Unterarmes	4,1	61124	5365	8679	17315	29765
13	K43	Sonstige nichttoxische Struma	3,7	58250	42	14239	30590	13379
14	M16	Hernia ventralis	6,5	51051	74	6776	20677	23524
15	S42	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	11,9	49444	–	1140	14271	34033
		Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	7,4	48460	2094	7588	12168	26610

1) Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

2) Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 22-10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2012

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0-15	15-45	45-65	65 und älter
Innere Medizin				Anzahl			
Insgesamt Operationen und Prozeduren			11 350 355	5 803	915 017	3 107 247	7 322 281
Operationen Kapitel 5 ³⁾			845 334	505	47 513	207 065	590 251
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	100	153 675	8	11 632	36 158	105 877
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,0	101 096	5	2 931	26 007	72 153
3	5-469 Andere Operationen am Darm	9,2	77 636	6	3 338	19 819	54 473
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8,1	68 817	0	1 433	10 770	56 614
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	37 907	10	1 982	11 793	24 122
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,6	30 618	2	2 237	11 448	16 931
7	5-449 Andere Operationen am Magen	3,3	27 992	2	1 247	6 381	20 362
8	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,1	26 148	0	486	3 508	22 154
9	5-431 Gastrostomie	2,5	21 021	11	623	3 937	16 450
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,8	15 350	5	569	4 027	10 749
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 593 603	65 730	1 298 442	2 872 396	4 357 035
Operationen Kapitel 5 ³⁾			4 691 023	48 825	876 729	1 707 933	2 057 536
1	5-469 Andere Operationen am Darm	100	180 918	631	22 318	60 714	97 255
2	5-511 Cholezystektomie	3,8	177 063	158	41 972	67 790	67 143
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,5	162 903	1 364	28 589	60 727	72 223
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	2,5	119 333	471	27 365	57 035	34 462

Tabelle 22-10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0-15	15-45	45-65	65 und älter
	Allgemeine Chirurgie						
5	5-470 Appendektomie	2,2	104 486	11 239	63 493	20 062	9 692
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	92 863	818	14 245	27 929	49 871
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,9	90 165	600	12 445	28 353	48 767
8	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	77 142	40	6 836	25 527	44 739
9	5-069 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1,6	76 299	112	19 386	38 999	17 802
10	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,6	72 839	-	1 013	15 762	56 064

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 2015

WIdO

im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei knapp 60 %.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,6 Millionen Operationen und Prozeduren, darunter 4,7 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (4-569), gefolgt von der Gallenblasenentfernung (5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 37,9 % und 53,8 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

22.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihres Behandlungsaufwandes nach pauschalierten Preisen vergütet werden.¹⁶ Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs), abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zur Verfügung.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhausfälle nach den MDCs standen im Jahr 2012 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,6 %). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (15,1 %) sowie der Verdauungsorgane (12,0 %). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,9 % und 9,6 %) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2012. Die Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 22–m und 22–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (8,0 %) zu verzeichnen. Die MDCs „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ (6,0 %) sowie „Verbrennungen“ (4,8 %) lagen an zweiter und dritter Stelle. Die deutlichsten Rückgänge wies die MDC „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (8,3 %) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Polytrauma“ (6,5 %) und „HIV“ (5,6 %) (Abbildung 22–9).

16 Die jährliche Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems obliegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe freiwillig teilnehmender Krankenhäuser. Der jährlich veröffentlichte Fallpauschalenkatalog enthält u. a. die spezifische Leistungsbeschreibung und die Bewertungsrelation als relatives Kostengewicht für die Vergütungshöhe jeder einzelnen DRG. Er kann auf der Homepage des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

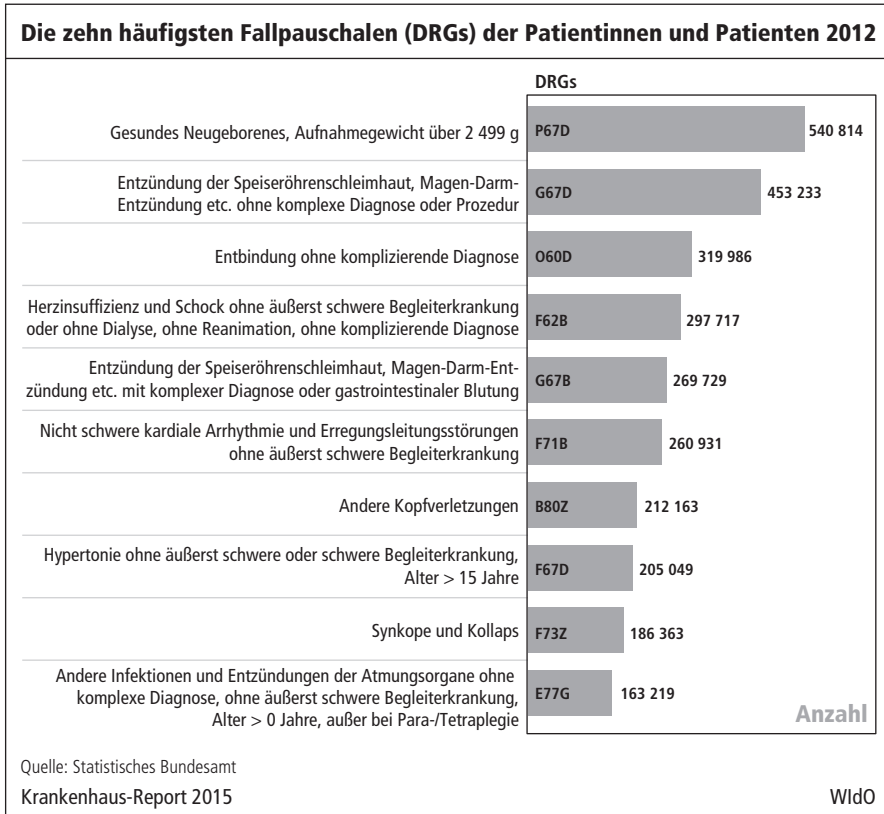
Abbildung 22–9



Die Versorgung gesunder Neugeborener (540 800 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und andere verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Diagnose oder Prozedur (453 200) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (320 000 Fälle) waren im Jahr 2012 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 24% und die fünfzig häufigsten DRGs 40% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,6% medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,2% operative Behandlungen (Partition O) und 5,2% nicht-operative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 61,2% auf operative Eingriffe und 33,1% auf medizinische Behandlungen. 5,8% umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen (Abbildung 22–10 und Tabelle 22–10).

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,7%) gefolgt von der Kniegelenksimplantation oder -revisi- on ohne äußerst schwere Komplikation (1,4%) sowie der Herzinsuffizienz (1,3%) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Be-

Abbildung 22–10



handlung von 564 500 Patientinnen und Patienten 4,5% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,6 Milliarden Euro (Tabelle 22–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz mit Langzeitbeatmung (A18Z) sowie die Behandlung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 315,4 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von knapp 1 700 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,5% am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient rund 285 900 Euro (Tabelle 22–12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen Herzchirurgie (5,39), Intensivmedizin (4,79) und Kinderkardiologie (3,26). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,59) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Case-

Tabelle 22-11
DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2012

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen in %	Erlösvolumen ²⁾ in 1 000 EUR	Anteil am Erlösvolumen in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	148 173	0,8	980 552	1,7
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	119 194	0,7	833 946	1,4
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	297 163	1,7	771 273	1,3
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	452 954	2,5	527 504	0,9
A09C	Komplexe Operation, Polytrauma oder intensivmedizinische Komplexbehandlung mit Beatmung zwischen 500 und 999 Stunden	7 268	0,04	475 722	0,8

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung

²⁾ Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankheitsfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 22-12
Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2012

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen		Erlös- volumen ²⁾		Anteil am Erlös- volumen	
				in %	in %	in 1 000 EUR	in %	in %	
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	65,338	170	0,001	0,001	48 605	0,08	0,08	
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	61,658	417	0,002	0,002	89 223	0,15	0,15	
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,389	1 107	0,006	0,006	177 584	0,31	0,31	
A05A	Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Alter unter 16 Jahre	41,372	86	0,000	0,000	22 577	0,04	0,04	
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600–749 g mit signifikanter OR-Prozedur	41,096	248	0,001	0,001	30 357	0,05	0,05	

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung.

²⁾ Das bewertete Erlös-volumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 22–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2012

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro	
	Insgesamt	DRG-Partition				
		O	M			A
Deutschland	19 326 287	11 821 719	6 389 405	1 115 162	1,08	3 247
Baden-Württemberg	2 209 990	1 407 893	713 700	88 397	1,10	3 334
Bayern	2 871 576	1 790 015	949 906	131 655	1,04	3 188
Berlin	910 983	580 703	257 304	72 976	1,22	3 611
Brandenburg	549 436	310 537	195 698	43 201	1,08	3 173
Bremen	212 448	131 339	68 343	12 766	1,09	3 305
Hamburg	555 468	376 163	140 671	38 634	1,25	3 800
Hessen	1 355 527	827 086	434 752	93 690	1,07	3 221
Mecklenburg-Vorp.	421 360	255 543	147 619	18 198	1,08	3 192
Niedersachsen	1 673 970	1 021 755	570 130	82 086	1,06	3 111
Nordrhein-Westfalen	4 532 637	2 704 607	1 528 120	299 909	1,08	3 207
Rheinland-Pfalz	875 176	508 803	319 441	46 931	1,00	3 183
Saarland	277 728	164 204	98 999	14 524	1,08	3 355
Sachsen	1 073 095	660 650	366 635	45 810	1,11	3 292
Sachsen-Anhalt	604 988	354 204	211 657	39 127	1,06	3 126
Schleswig-Holstein	585 000	364 177	177 213	43 611	1,10	3 236
Thüringen	616 905	364 041	209 217	43 648	1,11	3 238

¹⁾ Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhaufälle im jeweiligen Berichtsjahr. Berücksichtigt sind tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

²⁾ Der Casemix-Index ist Summe der von den Krankenhäusern abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen (CM) dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle.

³⁾ Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhaufälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

mix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 22–o bis 22–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern von Hamburg (3 800 Euro) und Berlin (3 611 Euro) sowie im Saarland (3 355 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3 111 Euro), Sachsen-Anhalt (3 126 Euro) und Brandenburg (3 173 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So

liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,08 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser im Saarland bei 3 355 Euro, in Nordrhein-Westfalen bei 3 207 Euro, in Mecklenburg-Vorpommern bei 3 192 Euro und in Brandenburg bei 3 173 Euro (Tabelle 22–13).

This page intentionally left blank

Teil V

Krankenhaus-Directory

(Kapitel 23)

This page intentionally left blank

23 Krankenhaus-Directory 2013

DRG-Krankenhäuser im vierten Jahr nach der Budgetkonvergenz

Das diesjährige Directory deutscher Krankenhäuser stellt Eckdaten aus den Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) dar. Den nachfolgenden Darstellungen liegen Vereinbarungsdaten und nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Einrichtung zugrunde. Insgesamt finden 1 417 Krankenhäuser Eingang, zu denen eine Vereinbarung vorliegt. Im Internetportal findet sich eine um QSR-Behandlungsergebnisse ergänzte Version (siehe im Internetportal unter www.krankenhaus-report-online.de).

Die einzelnen Spalten des Directories haben folgende Bedeutung:

Krankenhausname

Mit einem * gekennzeichnete Einrichtungen haben nach Abschluss der Vereinbarung 2013 mit einem anderen Krankenhaus fusioniert oder wurden geschlossen.

Betten

Jedes Krankenhaus wird nach seiner Bettenzahl klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- <50 = unter 50 Betten
- <100 = 50 bis unter 100 Betten
- <200 = 100 bis unter 200 Betten
- <500 = 200 bis unter 500 Betten
- <1 000 = 500 bis unter 1 000 Betten
- >1 000 = über 1 000 Betten

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2013, andernfalls aus den Vorjahren. Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis unter 500 bilden mit 36% der hier dargestellten Einrichtungen die größte Gruppe, gefolgt von der Größenklasse kleiner 50 und 100 bis unter 200 mit jeweils 23%. Lediglich 4% der dargestellten Häuser weisen mehr als 1 000 Betten auf.

Träger

In dieser Spalte wird die Trägerschaft des Krankenhauses mit folgenden Abkürzungen geschlüsselt:

- ö für öffentlich
- fg für freigemeinnützig
- p für privat

Die Angaben stammen überwiegend aus dem Jahr 2013, Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen 41% der hier dargestellten Einrichtungen, gefolgt von den öffentlichen mit 33%. Die restlichen 26% befinden sich in privater Trägerschaft.

Z-Bax (Zahlbasisfallwert)

Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, der multipliziert mit der Bewertungsrelation den Preis einer DRG-Fallpauschale festlegt. Für die Vergütung der Krankenhausfälle einer laufenden Periode ist der Zahlbasisfallwert maßgeblich, der auch Transferzahlungen aus vergangenen Perioden, sogenannte Erlösausgleiche, berücksichtigt. Außerdem dient der Zahlbasisfallwert auch der sachgerechten Umsetzung unterjährig vereinbarter Gesamtjahreswerte. Der gemittelte Zahlbasisfallwert (Z-Bax) ist ein Indikator für das tatsächlich herrschende Preisniveau des Jahres für Krankenhausleistungen, die nach DRGs vergütet werden.¹ Der Z-Bax umfasst alle relevanten Zu- und Abschlagstatbestände. Deren Vergütung wird ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert ausgedrückt (Friedrich et al. 2010).²

In der Spalte für den Basisfallwert ist ein „BE“ zu finden, wenn das gesamte Krankenhaus 2013 keine DRG-Entgelte vereinbart hat, z. B. auf Basis der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen 2013, und es somit als Ganzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen ist.

Casemix

Der Casemix ist die Summe aller Bewertungsrelationen einer Einrichtung. Jedes Krankenhaus wird anhand des vereinbarten Casemix klassifiziert und einer von sechs Kategorien zugeordnet. Die verwendeten Symbole bedeuten Folgendes:

- <1 000 = unter 1 000 Bewertungsrelationen
- <5 000 = 1 000 bis unter 5 000 Bewertungsrelationen
- <10 000 = 5 000 bis unter 10 000 Bewertungsrelationen
- <20 000 = 10 000 bis unter 20 000 Bewertungsrelationen
- <50 000 = 20 000 bis unter 50 000 Bewertungsrelationen
- >50 000 = über 50 000 Bewertungsrelationen

CMI (Casemix-Index)

Der Casemix-Index (CMI) beschreibt die mittlere Fallschwere eines Krankenhauses. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Casemix (Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses) und der Gesamtzahl der über DRGs abgerechneten Fälle eines Krankenhauses. Der hier ausgewiesene CMI enthält keine teilstationären DRGs.

1 Der bundesweite Z-Bax steht wochenaktuell unter www.wido.de als Download zur Verfügung.

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

Abw. CMI Land (nur im Internetportal)

Für jede Einrichtung wird der individuelle CMI mit dem entsprechenden Landeswert verglichen (siehe im Internetportal unter www.krankenhaus-report-online.de). Die Abweichungen sind mit folgenden Symbolen gekennzeichnet:

- +++ = Abweichung vom Landeswert von über 20 %
- ++ = Abweichung vom Landeswert von 10 % bis unter 20 %
- + = Abweichung vom Landeswert von 0 % bis unter 10 %
- = Abweichung vom Landeswert von 0 % bis über -10 %
- = Abweichung vom Landeswert von -10 % bis über -20 %
- = Abweichung vom Landeswert von unter -20 %

Vereinbarter Spezialisierungsgrad im DRG-Bereich (Gini-Koeffizient)

Die Werte beschreiben den Grad der Spezialisierung für DRG-Leistungen des jeweiligen Krankenhauses anhand des Gini-Koeffizienten. Die Ermittlung erfolgt auf der Ebene Basis-DRG (A-DRG). Der Gini-Koeffizient ist eine Maßzahl für die (Un)gleichverteilung innerhalb einer Grundgesamtheit. Sind die Leistungen eines Krankenhauses über alle Basis-DRGs gleich verteilt, liegt keine Spezialisierung vor. Verteilen sich die Fälle auf nur wenige Basis-DRGs und ist die Verteilung somit sehr ungleich, so kann das Krankenhaus als spezialisiert gelten. Ein Gini-Koeffizient von 1 resultierte aus einer maximalen Spezialisierung auf nur eine Leistung, ein Wert von 0 entspräche einer identischen Fallzahl in allen Basis-DRGs.

Aus dem Grad der Spezialisierung der Krankenhäuser lassen sich nur wenige Rückschlüsse auf die Zentralisierung der Leistungserbringung ziehen. Die Tabellen 23-1 und 23-2 illustrieren die Verteilung der Fallzahlen je vollstationärer Basis-DRG (s. u.) der operativen bzw. der medizinischen Partition auf die vorliegenden Vereinbarungen. Die Darstellung erfolgt nach Fallzahlquintilen. Die Spalten zum ersten Quintil geben z. B. darüber Auskunft, welchen Anteil die 20 % der Krankenhäuser mit den größten Fallzahlen am Gesamtaufkommen haben. Die Spalten zum fünften Quintil geben u. a. Hinweise, in welchen Basis-DRGs die 20 % der Krankenhäuser mit den geringsten Fallzahlen die entsprechende Leistung nur sehr selten erbringen. Die Darstellung beschränkt sich in der Buchausgabe auf die jeweils 25 fallzahlstärksten Basis-DRGs. Im Internetportal des Krankenhaus-Reports ist die Liste aller vollstationären Basis-DRGs verfügbar.

Leistungsdichte Basis-DRGs

Es wird jeweils angegeben, mit wie vielen Basis-DRGs (A-DRGs) jeweils 25 % und 50 % aller Leistungen eines Hauses erreicht werden. Basis-DRGs stellen eine Obergruppe für eine oder mehrere DRGs dar, die durch die gleichen Diagnosen- und/oder Prozedurencodes definiert sind. DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich in ihrem Ressourcenverbrauch bzw. ihres Schweregrads. In der G-DRG Version 2013 gibt es 557 Basis-DRGs, davon zwei nicht bewertete Fehler-DRGs und eine teilstationäre. Im Internetportal findet 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 (bzw. im Internetportal fünf) jeweils stärksten MDCs mit ihrer Nummer

sowie dem jeweiligen Prozentanteil an sämtlichen DRG-Leistungen dokumentiert³. Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 1 Pre-MDC
- 1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- 2 Krankheiten und Störungen des Auges
- 3 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
- 4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- 5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- 6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- 7 Krankheiten und Störungen am hepatobiliären System und Pankreas
- 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
- 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
- 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 15 Neugeborene
- 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
- 17 Hämatologische und solide Neubildungen
- 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens

Partitionen in % (Verteilung über die Partitionen)

Eine MDC kann in drei Partitionen aufgeteilt sein:

- DRGs liegen in der chirurgischen Partition, wenn sie eine Prozedur beinhalten, für die ein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der anderen Partition beinhalten Prozeduren, die in der Regel diagnostische Maßnahmen abbilden und für die kein OP-Saal erforderlich ist.
- DRGs der medizinischen Partition beinhalten keine relevanten Prozeduren.

Die Abkürzungen der Partitionen bedeuten Folgendes:

- o = operativ
- a = andere
- m = medizinisch

³ Im Internetportal findet sich die erweiterte Darstellung der TOP 5 MDCs.

In der Printversion wird lediglich der prozentuale Anteil von Fällen in der operativen Partition dargestellt. Im Internetportal sind für jedes Krankenhaus alle drei Partitionen ausgewiesen.

Budget-Anteile ZE/SE

Für Leistungen, die mit DRGs noch nicht sachgerecht vergütet werden, können die Vertragspartner individuelle Leistungskomplexe und Entgelte vereinbaren. Dazu gehören im Jahr 2013 u. a. 44 DRGs (davon vier teilstationäre), zu denen keine sachgerechte Bewertungsrelation durch das InEK ermittelt werden konnte, aber auch Leistungen in besonderen Einrichtungen und teilstationäre Behandlung⁴. Die Spalte Budgetanteil SE beschreibt den Anteil solcher tages- oder fallbezogenen Leistungen am Gesamtbudget aus DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten. Dieser Budgetanteil ist von der Vergütung nach DRGs sowie der Budgetkonvergenz ausgenommen.

Zusatzentgelte können neben DRG-Fallpauschalen sowie tages- und fallbezogenen sonstigen Entgelten zusätzlich abgerechnet werden. Über die 89 vom InEK kalkulierten und bundeseinheitlich vergüteten hinaus können weitere hausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden.

Bes. Leist. (B/N/H/P)

In mit einem „B“ gekennzeichneten Häusern sind Leistungsbereiche vereinbart, die nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen – VBE 2013 von der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen und der Budgetkonvergenz ausgenommen sind. „N“ markiert Einrichtungen, in denen 2013 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB) vereinbart wurden. „H“ kennzeichnet Krankenhäuser, in denen Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden. „P“ markiert Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung. Die Spalten N und H sind nur im Internetportal ausgewiesen.

Notfall

In dieser Spalte findet sich ein „N“, sofern für das Krankenhaus im Jahr 2013 ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde.

AOK-Patientenwege (PKW-km) (Med/oQ)

Für jede Einrichtung wird auf Basis der AOK-Krankenhausfälle mit Abrechnung nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die maximale PKW-Strecke in km für die 50% (in der Spalte Med für Median) bzw. 75% (in der Spalte oQ für oberes Quartil) der AOK-Versicherten mit der kürzesten Fahrtstrecke dargestellt. Als Startpunkt des Patientenwegs gilt der geografische Mittelpunkt des 5-stelligen PLZ-Gebiets des Patientenwohnorts, als Endpunkt die vollständige Adresse des Krankenhauses.

⁴ Die Regelungen finden sich im Detail in § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Vereinbarte regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis von 10, 20 und 30 km (Marktanteil/HHI)

Die Spalten beschreiben die regionale Markt- und Wettbewerbssituation des jeweiligen Krankenhauses für DRG-Leistungen im Luftlinienumkreis von 10, 20 und 30 km anhand der Kennzahlen Marktanteil und dem Herfindahl-Hirschman-Index (HHI).

Der ausgewiesene regionale Marktanteil eines Krankenhauses basiert auf den dort konkret vereinbarten Leistungen. Eine Einrichtung in einer Region mit hoher Krankenhausdichte kann also auch einen relativ hohen Marktanteil aufweisen, sofern sie Leistungen erbringt, die in der Region ansonsten selten bzw. in geringem Umfang vereinbart sind.

Der Herfindahl-Hirschman-Index ist eine Kennzahl zur Konzentrationsmessung in einem Markt bzw. in einer Marktregion und spiegelt so die Wettbewerbsintensität wider. Er ist als Summe der quadrierten Marktanteile aller Teilnehmer in einer Region definiert und kann die Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei der Wert 1 als Synonym für eine Monopolstellung keinem Wettbewerb entspricht. Verteilen sich in einer Wettbewerbsregion die Leistungen gleichmäßig auf zwei Anbieter, so haben beide einen Marktanteil von 50%, der quadrierte Marktanteil beträgt jeweils 0,25 und der HHI als Summe der quadrierten Marktanteile ist 0,50. Verteilen sich die Leistungen aber nicht gleichmäßig auf die zwei Anbieter, sondern im Verhältnis 99% zu 1%, so nimmt der HHI einen Wert in der Nähe von 1 ein und spiegelt so die monopolistische Angebotsstruktur wider.

Um unerwünschte Effekte aus noch nicht geschlossenen Vereinbarungen zu minimieren, basieren die Marktdaten abweichend von den übrigen Werten in der Tabelle aus der Budgetrunde 2012.

Infozeile Bundesland

Die Darstellung ist sortiert nach Bundesländern und dem Namen des Standortes. Für jedes Bundesland werden in einer Zeile die gewichteten Mittelwerte CMI, Anteile der Partitionen an Gesamtfällen, Leistungsdichte Basis-DRG, Top MDC, Budgetanteile von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten sowie die Anzahl der Krankenhäuser mit vereinbarten besonderen Leistungen dargestellt (Tabelle 23–3).

QSR-Behandlungsergebnisse (nur im Internetportal)

Das QSR-Verfahren der AOK ist ein Verfahren zur Qualitätsmessung von Krankenhausbehandlungen. Die Abkürzung QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Im QSR-Verfahren kann durch die konsequente Analyse der Behandlung und des Überlebensstatus bis zu einem Jahr nach der Erstoperation auch die langfristige Behandlungsqualität gemessen werden. Zur Berechnung der Qualitätsindikatoren werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten verwendet. Diese werden den Krankenkassen automatisch vom Krankenhaus übermittelt, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung zu stellen, oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor.

In der Onlineversion stehen die krankenhausesbezogenen Ergebnisse für folgende Leistungsbereiche zur Verfügung: Einsetzen einer Endoprothese oder osteosynthetische Versorgung nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, Einsetzen einer Hüftendoprothese bei Coxarthrose (Hüft-EP), Einsetzen eines künstlichen

Kniegelenks bei Gonarthrose (Knie-EP), Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen, Blinddarmentfernung und therapeutische Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (www.krankenhaus-report-online.de). Das aktuelle Verfahrensjahr 2014 umfasst den Berichtszeitraum 2010 bis 2012 mit 2013 zur Nachbeobachtung der Patienten.

Die klinikbezogenen QSR-Ergebnisse werden auch im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste frei zugänglich veröffentlicht (www.aok.de/krankenhausnavi).

Literatur

Friedrich J, Leber WD, Wolff J. Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 122–47.

Tabelle 23-1
Vereinbarte Leistungskonzentration 2013 für Basis-DRGs der operativen Partition

A-DRG	Bezeichnung	MDC	Parti- tion	VB Fallzahl	Kranken- häuser mit VB	Anteil KH mitVB	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil
							Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil
001	Sectio caesarea	14	0	195452	691	50,3 %	283	641	321	213	153	84
D30	Tonsillektomie außer bei bössartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	3	0	153973	691	50,3 %	223	720	239	100	43	8
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	8	0	153918	1011	73,6 %	152	378	169	111	72	30
I13	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	8	0	149933	1049	76,4 %	143	317	171	118	78	31
H08	Laparoskopische Cholezystektomie	7	0	141428	975	71,0 %	145	276	176	133	96	43
L20	Transurethrale Eingriffe außer Prostatasektion und komplexe Ureterorenoskopien	11	0	139942	553	40,3 %	253	584	348	225	97	9
I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	138189	833	60,7 %	166	503	199	93	30	3
F59	Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation	5	0	135168	802	58,4 %	169	479	226	105	27	3
I44	Endoprothese oder andere Endoprothesen-implantation/-revision am Kniegelenk	8	0	131698	951	69,3 %	138	344	156	101	64	26
G24	Eingriffe bei Bauchhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. Teilseit. Eingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 L oder Eingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J.	6	0	127249	1013	73,8 %	126	243	152	113	82	37
I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	8	0	101789	1036	75,5 %	98	227	116	78	50	20
G23	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC	6	0	97936	987	71,9 %	99	202	120	88	60	25
I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	8	0	94651	1043	76,0 %	91	198	112	76	50	18
I20	Eingriffe am Fuß	8	0	94588	1067	77,7 %	89	253	91	53	32	13
G26	Andere Eingriffe am Anus	6	0	94365	1011	73,6 %	93	236	102	68	43	17
D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe an Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3	0	93706	620	45,2 %	151	479	178	68	26	5
F58	Perkutane Koronarangioplastie	5	0	89077	578	42,1 %	154	402	182	115	60	10

Tabelle 23-1

Fortsetzung

A-DRG	Bezeichnung	MDC	Parti- tion	VB Fallzahl	Kranken- häuser mit VB	Anteil KH mit VB	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil					
								Durch- schn. Fallzahl Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl Fallzahl	Fall- zahl- anteil				
I18	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbo- gelenk und Unterarm	8	0	85.263	1.043	76,0%	82	241	59,0%	81	20,0%	48	11,7%	27	6,6%	10	3,0%
I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	8	0	82.972	838	61,0%	99	283	57,0%	117	23,7%	60	12,2%	27	5,5%	7	1,0%
C08	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)	2	0	82.847	263	19,2%	315	899	57,0%	404	25,8%	189	12,1%	65	4,1%	8	1,0%
J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	9	0	82.580	1.112	81,0%	74	206	56,0%	80	21,5%	50	13,3%	27	7,3%	8	2,0%
I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	8	0	80.073	1.034	75,3%	77	265	68,0%	72	18,6%	30	7,9%	15	3,8%	5	1,0%
F39	Unterbindung und Striping von Venen	5	0	76.742	920	67,0%	83	316	76,0%	59	14,1%	28	6,7%	11	2,6%	3	1,0%
I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder be- stimmte Osteosynthesen an der Klavikula	8	0	76.170	1.030	75,0%	74	208	56,0%	78	21,2%	46	12,6%	28	7,5%	10	3,0%
K06	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus	10	0	74.707	942	68,6%	79	250	63,0%	76	19,3%	42	10,6%	21	5,3%	6	2,0%

n = 1.417 Vereinbarungen des Jahres 2013

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 23-2
Vereinbarte Leistungskonzentration 2013 für Basis-DRGs der medizinischen Partition

A-DRG	Bezeichnung	MDC	Parti- tion	VB Fallzahl	Kranken- häuser mit VB	Anteil KH mit VB	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil		2. Quintil		3. Quintil		4. Quintil		5. Quintil	
								Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil	Durch- schn. Fallzahl	Fall- zahl- anteil
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, ulkuserkrankung und versch. Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	720296	1171	85,3%	615	1376	45,0%	806	26,2%	534	17,4%	310	10,1%	46	1,0%
P67	Neugeborener Eining, Aufnahmegewicht > 2499 g	15	M	577953	713	51,9%	811	1745	43,0%	954	23,6%	643	15,9%	464	11,4%	241	6,0%
O60	Vaginale Enbidnung	14	M	393141	687	50,0%	572	1219	43,0%	657	23,1%	458	16,0%	334	11,6%	188	7,0%
I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	8	M	358319	1249	91,0%	287	709	50,0%	360	25,1%	219	15,3%	118	8,2%	28	2,0%
F62	Herzinsuffizienz und Schock	5	M	295112	1133	82,5%	260	552	42,0%	320	24,6%	228	17,5%	154	11,8%	47	4,0%
E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	4	M	294960	1149	83,7%	257	606	47,0%	319	24,9%	202	15,7%	123	9,6%	33	3,0%
F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	5	M	264143	1120	81,6%	236	559	47,0%	303	25,7%	186	15,8%	107	9,1%	24	2,0%
F67	Hypertonie	5	M	227025	1115	81,2%	204	435	43,0%	255	25,0%	180	17,7%	119	11,7%	29	3,0%
B70	Apoplexie	1	M	225826	1150	83,8%	196	644	66,0%	219	23,3%	75	7,7%	34	3,5%	10	1,0%
B80	Andere Kopfwietzungen	1	M	193540	1057	77,0%	183	498	55,0%	213	23,4%	123	13,4%	67	7,4%	13	1,0%
E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	4	M	191412	1113	81,1%	172	407	47,0%	199	23,2%	137	16,0%	87	10,1%	29	3,0%
E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	4	M	183403	1120	81,6%	164	399	49,0%	201	24,6%	123	15,0%	72	8,8%	23	3,0%
F73	Synkope und Kollaps	5	M	175171	1148	83,6%	153	333	44,0%	194	25,4%	133	17,5%	81	10,6%	21	3,0%
L63	Infektionen der Harnorgane	11	M	159691	1124	81,9%	142	350	49,0%	183	25,7%	105	14,8%	58	8,2%	14	2,0%
E71	Neubildungen der Atmungsorgane	4	M	159606	1103	80,3%	145	534	74,0%	113	15,6%	48	6,7%	22	3,0%	6	1,0%
L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion	11	M	147610	1067	77,7%	138	408	59,0%	169	24,5%	71	10,2%	34	4,9%	9	1,0%
O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	14	M	142285	788	57,4%	181	433	48,0%	228	25,3%	144	16,0%	81	8,9%	15	2,0%
K60	Diabetes mellitus	10	M	138076	1139	83,0%	121	332	55,0%	130	21,4%	82	13,5%	49	8,2%	13	2,0%
B76	Anfälle	1	M	132560	1094	79,7%	121	392	65,0%	141	23,2%	51	8,4%	18	2,9%	4	1,0%
K62	Verschiedene Stoffwechselekrankungen	10	M	130208	1147	83,5%	114	247	44,0%	143	25,3%	99	17,5%	62	10,8%	16	3,0%
D61	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	3	M	129723	1117	81,4%	116	308	53,0%	138	23,8%	79	13,6%	42	7,1%	13	2,0%
V60	Alkoholtoxikation und Alkoholenzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	20	M	128270	1055	76,8%	122	302	50,0%	142	23,3%	90	14,8%	56	9,2%	18	3,0%
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	9	M	127581	1105	80,5%	115	290	50,0%	142	24,6%	90	15,6%	47	8,1%	8	1,0%

Tabelle 23-2

Fortsetzung

A-DRG	Bezeichnung	MDC	Parti- tion	VB Fallzahl	Kranken- häuser mit VB	Anteil KH mit VB	Durch- schn. Fallzahl	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil
								Durch- schn. Fallzahl	Durch- schn. Fallzahl	Durch- schn. Fallzahl	Durch- schn. Fallzahl	Durch- schn. Fallzahl
								Fall- zahl- anteil	Fall- zahl- anteil	Fall- zahl- anteil	Fall- zahl- anteil	Fall- zahl- anteil
G72	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	6	M	122 988	1 069	77,9 %	115	271	144	91	53	15
								47,0 %	25,1 %	15,9 %	9,2 %	3,0 %
J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hauttumor	9	M	119 201	1 189	86,6 %	100	248	120	80	45	8
								50,0 %	24,0 %	15,9 %	9,0 %	2,0 %

n = 1 417 Vereinbarungen des Jahres 2013

Krankenhaus-Report 2015

Wido

Tabelle 23-3

Budgetanteile nach Bundesländern

Bundesland	Enthal- tene Kranken- häuser	Anzahl Verein- barungen	CMI	Partionen in %			Leistungs- dichte Basis DRGS			Top 3 MDC			Budget- anteile in %		Besondere Leistungen			
				O	A	M	0,25	0,5	1	2	3	ZE	SE	Nicht Not- fall	B	N	H	P
Baden-Württemberg	168	168	1,102	39	3	57	13	45	5:15%	8:14%	6:11%	3,3	3,3	13	10	53	3	36
Bayern	269	266	1,057	37	4	58	13	44	8:16%	5:15%	6:12%	3,7	3,9	13	43	103	10	31
Berlin	32	32	1,282	41	6	51	16	55	5:14%	8:14%	6:10%	4,2	2,3	12	2	11	2	9
Brandenburg	42	41	1,084	34	6	59	13	46	5:18%	8:15%	6:11%	3,1	3,5	2	4	16	0	12
Bremen	12	12	1,104	38	4	56	15	49	8:15%	5:14%	6:11%	4,0	3,7	0	0	9	1	0
Hamburg	20	20	1,232	43	6	50	14	46	8:15%	5:15%	6:10%	2,3	3,5	0	0	0	0	4
Hessen	106	103	1,099	37	5	56	13	44	5:16%	8:15%	6:12%	2,4	2,0	15	10	24	2	11
Mecklenburg-Vorpommern	25	25	1,099	35	4	60	13	45	5:16%	8:13%	6:10%	3,5	4,9	2	1	0	1	7
Niedersachsen	166	166	1,068	36	4	58	13	42	5:16%	8:15%	6:12%	3,1	1,6	26	0	52	2	7
Nordrhein-Westfalen	297	296	1,089	37	5	57	14	46	5:16%	8:15%	6:12%	3,1	1,4	12	24	88	2	66
Rheinland-Pfalz	60	59	1,019	34	4	61	12	40	5:17%	8:14%	6:13%	2,5	1,3	6	6	6	0	18
Saarland	20	20	1,096	35	4	60	14	45	5:16%	8:13%	6:12%	3,3	1,4	0	0	0	0	5
Sachsen	75	75	1,114	36	4	59	13	45	5:16%	8:15%	6:12%	3,7	2,2	0	5	26	2	17
Sachsen-Anhalt	36	36	1,042	33	5	60	12	43	5:17%	8:14%	6:13%	2,8	1,9	0	0	12	0	14
Schleswig-Holstein	46	46	1,099	38	5	56	14	44	5:16%	8:15%	6:11%	3,3	2,7	1	4	13	0	6
Thüringen	43	42	1,111	35	5	59	14	45	5:16%	8:15%	6:12%	3,3	2,6	0	6	10	0	2

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
									25%	50%	1	4.0%	8.99%		19.0%	O	ZE			SE	P	Med	oQ	Markt-anteil	HHI	10KM	Markt-anteil	HHI	20KM	Markt-anteil	HHI	30KM
Acura Kliniken Baden-Baden GmbH	Baden-Baden	<200	p	3212	<5000	1,306	0,994	23	1	1	8.99%	4.0%	19.0%	15.0	0.0	P	79.9	127.3	48.6	0.8	32.2	0.5	9.8	0.2								
DRK-Klinik Baden-Baden	Baden-Baden	<50	fg	3268	<5000	1,225	0,972	63	2	5	8.90%	1.7%	9.1%	9.3	0.0		20.1	47.8	46.8	0.7	28.3	0.4	7.3	0.2								
Krankenhaus Ebersteinburg	Baden-Baden	<50	fg	3328	<5000	0,752	0,954	99	2	6	5.32%	1.21%	10.11%	1.0	0.0		11.3	15.0	13.1	0.8	6.3	0.3	1.7	0.2								
Stadtklinik Baden-Baden	Baden-Baden	<500	ö	3255	<20000	0,970	0,796	370	9	31	6.17%	8.12%	1.10%	3.2	1.5	0.1	11.7	16.8	52.0	0.6	40.6	0.4	9.9	0.2								
Neurologische Klinik Selzer	Baersbrunn	<200	p										0.9	99.1	B																	
Zollernalbkliniken	Balingen	<1000	ö	3135	<20000	0,964	0,823	286	10	29	5.20%	6.15%	8.12%	2.9	0.9	0.0	16.5	21.6	100.0	1.0	92.1	0.9	47.5	0.4								
SANA Kliniken Landkreis Biberach	Biberach	<1000	p	3261	<50000	0,916	0,800	391	10	31	8.19%	5.17%	6.12%	3.2	1.0	0.0	18.9	27.2	100.0	1.0	74.7	0.7	44.4	0.4								
Krankenhaus Bietigheim-Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Bietigheim-Bissingen	<500	ö	3286	<20000	0,862	0,836	343	7	23	6.18%	5.15%	8.11%	3.1	1.1	0.0	8.8	13.9	25.4	0.6	7.5	0.3	4.0	0.1								
Gräßliklinik Dr. Berg GmbH	Blaustein	<50	p	3227	<1000	0,471	0,998	9	1	1	5.92%	6.8%	9.0%	9.9	0.0	0.0	45.7	78.1	38.3	0.6	34.6	0.5	26.9	0.4								
HELIOS Rosmann Klinik Breisach	Breisach	<200	p	3225	<10000	1,137	0,895	169	6	17	8.48%	6.10%	5.9%	4.4	0.8	0.1	14.9	27.6	73.8	0.8	7.3	0.4	5.7	0.3								
Rechbergklinik Bretten	Bretten	<500	ö	3254	<10000	0,900	0,850	280	7	24	5.21%	6.17%	1.10%	2.1	2.1	0.1	9.5	13.7	100.0	1.0	10.0	0.3	4.3	0.2								
Fürst-Strum-Klinik Bruchsal	Bruchsal	<500	ö	3244	<20000	0,931	0,812	341	10	31	6.16%	5.14%	8.13%	3.4	0.5	0.0	12.2	18.0	100.0	1.0	55.3	0.5	6.7	0.2								
Kreiskrankenhaus Buchen Kreskas Neckar-Odenwaldkreis	Buchen	<200	ö	3271	<10000	0,819	0,842	310	7	23	6.17%	8.16%	5.15%	2.7	0.8	0.0	12.3	18.8	100.0	1.0	81.1	0.7	17.0	0.2								
Kreiskrankenhaus Bühl	Bühl	<200	ö	3274	<10000	0,885	0,867	266	6	20	8.22%	5.16%	6.13%	3.0	2.6	0.0	9.2	16.0	45.8	0.6	16.8	0.3	8.0	0.2								
Kreisklinikum Calw-Nagold	Calw	<500	ö	3223	<20000	0,906	0,799	359	11	33	5.18%	6.15%	8.12%	3.2	1.3	0.1	18.5	30.3	100.0	1.0	68.0	0.6	13.6	0.3								
Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH Klinikum Crailsheim	Crailsheim	<200	fg	3135	<10000	0,858	0,842	312	8	25	5.17%	8.16%	6.15%	2.7	0.1	0.0	6.1	17.7	100.0	1.0	44.5	0.6	14.6	0.3								
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreis-Krankenhaus Eberbach	Eberbach	<200	ö	3194	<10000	0,995	0,832	295	9	27	5.22%	11.17%	8.12%	4.3	2.2	0.0	13.7	21.2	100.0	1.0	39.6	0.6	4.7	0.3								
Alb-Donau-Klinikum	Ehingen	<500	ö	3240	<20000	0,883	0,825	356	6	24	6.19%	8.17%	5.12%	3.8	1.0	0.0	19.3	34.0	100.0	1.0	100.0	1.0	13.9	0.3								
St. Anna-Vimgrund-Klinik Ellwangen	Ellwangen	<500	ö	3278	<10000	0,897	0,835	302	8	26	6.16%	8.14%	5.10%	3.4	0.9	0.0	10.9	21.0	100.0	1.0	25.1	0.4	14.6	0.3								

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Markt-anteil	HHI Markt-anteil	HHI Markt-anteil	10KM	20KM	30KM
Bethanien Krankenhaus Heidelberg/Geriatricisches Zentrum gGmbH	Heidelberg	<200	fg	3220	<5000	1,267	0,936	118	3	11	1:27%	8:16%	5:14%	14,3	0,3			8,4	18,1	4,4	0,5	2,2	0,2	1,3	0,1				
Frauenklinik St. Elisabeth	Heidelberg	<50	fg	3323	<5000	0,506	0,978	74	2	3	8:32%	14:31%	15:25%	5,2	0,0			12,5	25,4	21,2	0,4	10,8	0,2	6,8	0,1				
Krankenhaus Salem	Heidelberg	<500	fg	3230	<10000	0,850	0,910	235	3	10	6:26%	14:14%	15:12%	4,4	0,0			12,8	22,5	12,6	0,4	6,2	0,2	3,8	0,1				
Kupfalkrankenhaus Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<200	p	3193	<5000	0,840	0,935	127	4	12	5:39%	1:24%	4:9%		2,5	27,0			16,5	29,7	5,5	0,5	2,0	0,2	1,7	0,1			
Nierenzentrum Heidelberg	Heidelberg	<50	fg	3198	<5000	0,997	0,976	78	1	3	11:59%	-1:16%	5:7%	7	15,2	0,5			30,1	65,0	5,3	0,4	2,1	0,2	1,7	0,1			
St. Josefs-Krankenhaus	Heidelberg	<500	fg	3242	<10000	1,034	0,852	305	6	21	5:19%	8:14%	6:12%	4,0	1,1	0,3			8,8	16,1	10,4	0,4	5,2	0,2	3,3	0,1			
St. Vincenzius der Evang. Stadmission Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<50	fg	3209	<5000	1,043	0,942	118	2	7	17:23%	4:11%	8:11%	1	9,6	0,0			17,2	35,7	4,9	0,4	2,4	0,2	1,6	0,1			
Thoraxklinik – Heidelberg gGmbH	Heidelberg	<500	ö	3210	<20000	1,484	0,972	140	1	3	4:89%	5:3%	-1:2%	29	7,3	0,9			40,5	70,1	27,0	0,5	13,5	0,3	9,3	0,2			
Universitätsklinikum Heidelberg	Heidelberg	>1000	ö	3219	>50000	1,800	0,655	521	19	60	5:17%	8:12%	1:11%	5,4	5,2	10,9	P		28,9	57,8	53,9	0,5	22,2	0,2	17,8	0,2			
Klinikum Heidenheim	Heidenheim	<1000	ö	3262	<20000	0,980	0,776	408	10	33	5:15%	6:12%	8:12%	3,2	2,0	0,3	P		12,6	17,2	100,0	1,0	100,0	1,0	32,6	0,3			
Chirurgische Privatklinik Dr. Mildsch, Dr. Kübnau, Dr. med. Andreas Simpfendorfer, Dr. Raupp	Heilbronn	<50	p	3216	<1000	0,562	0,978	37	2	5	6:40%	8:33%	7:14%	9,9	0,0	0,0	N		7,2	16,6	8,7	0,6	7,1	0,6	2,4	0,2			
SLK Kliniken Heilbronn GmbH Klinikum am Gesundbrunnen	Heilbronn	<1000	ö	3240	<50000	0,957	0,755	490	12	36	5:12%	6:11%	3:10%	3,3	2,3	0,6			12,9	24,4	72,0	0,7	61,3	0,6	25,1	0,2			
Urologische Klinik am Lerchenberg	Heilbronn	<50	p	3252	<1000	0,692	0,983	31	1	3	11:57%	12:40%	6:3%	8,8	0,0	0,0	N		13,1	25,0	13,0	0,5	12,9	0,5	5,4	0,2			
Kreiskrankenhaus Herrenberg	Herrenberg	<500	ö	3268	<10000	0,744	0,859	285	4	19	6:19%	5:15%	14:14%	3,0	0,6	0,1			7,6	17,2	100,0	1,0	7,8	0,4	4,5	0,2			
Klinikum Karlsruher-Langensteinbach gGmbH	Karlsruhe	<1000	p	3194	<20000	1,513	0,905	215	4	14	8:38%	1:22%	5:20%	3,6	1,9	23,7	B	P	18,7	38,9	72,8	0,7	7,8	0,3	4,9	0,1			
Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe	Karlsruhe	<500	fg	3235	<20000	0,954	0,817	368	5	24	3:12%	2:12%	8:10%	4,8	1,2	0,2			15,4	26,6	15,9	0,4	11,6	0,3	6,9	0,2			
Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH	Karlsruhe	<50	p	3154	<20000	5,798	0,983	57	1	3	5:91%	-1:5%	8:1%	9,5	2,6	0,0			31,4	40,7	12,0	0,5	10,0	0,4	4,9	0,1			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis													
									25%	50%	1	2	3		4	5	6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Paracelsus-Klinik Karlsruhe	Karlsruhe	<200	p	3296	<10000	0,947	0,875	248	7	20	8:28%	6:19%	4:13%	36	0,1	0,0				6,2	10,6	8,2	0,5	4,8	0,2	3,1	0,1								
St. Vincentius Krankenhäuser Karlsruhe	Karlsruhe	<1000	fg	3228	<50000	1,070	0,787	427	10	32	5:16%	8:15%	2:9%	53	3,0	0,0				14,9	28,4	29,8	0,5	24,4	0,4	12,7	0,2								
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH	Karlsruhe	>1000	ö	3256	>50000	1,117	0,750	499	12	44	5:15%	1:10%	6:10%	36	5,2	1,7	B	P		15,2	32,1	53,8	0,5	44,8	0,4	22,4	0,2								
Epilepsiezentrum Kork	Kehl	<200	fg												0,0	100,0	B																		
Orenau Klinikum Kehl	Kehl	<200	ö	3325	<10000	0,829	0,829	273	9	30	5:16%	6:15%	8:14%	25	0,7	0,0				4,6	9,0	100,0	1,0	17,5	0,5	10,2	0,3								
Herzzentrum Bodensee GmbH Klinik für kardiologische Herz- und Gefäßchirurgie	Konstanz	<50	p	3202	<10000	2,166	0,975	46	2	4	5:98%	-1:1%	18:1%	58	1,2	0,0				30,7	60,5	70,0	0,8	34,1	0,4	22,0	0,3								
Vinikolum Konstanz	Konstanz	<500	ö	3251	<20000	0,974	0,745	401	12	40	6:13%	8:12%	5:9%	38	1,7	0,2				4,5	14,0	74,9	0,9	32,9	0,4	19,9	0,3								
Vincentius-Krankenhaus AG Konstanz	Konstanz	<50	fg	3166	<5000	2,130	0,987	46	1	2	8:99%	21:0%	1:0%	95	0,2	0,0		N		32,8	65,6	49,5	0,8	25,0	0,4	17,5	0,3								
MediClin Herzzentrum Lahr/Baden	Lahr	<50	p	3193	<20000	2,697	0,970	70	2	4	5:96%	-1:1%	1:1%	61	2,5	0,0				44,5	80,1	40,4	0,8	23,8	0,5	15,8	0,3								
Orenau Klinikum Lahr-Ettenheim	Lahr	<500	ö	3291	<50000	1,062	0,796	388	10	32	5:19%	8:14%	1:11%	39	1,7	0,1	P			16,5	18,9	89,6	0,9	38,6	0,6	24,0	0,3								
Kreiskrankenhaus Leonberg	Leonberg	<500	ö	3245	<20000	0,924	0,840	311	7	25	5:22%	6:18%	8:12%	33	0,8	0,1				7,6	12,5	27,5	0,6	4,0	0,2	3,0	0,1								
Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH	Lörrach	<1000	ö	3219	<50000	1,034	0,827	354	8	27	8:22%	5:18%	6:16%	29	0,7	0,0	P			14,8	23,4	78,3	0,8	74,8	0,8	52,3	0,5								
St. Elisabethen-Krankenhaus	Lörrach	<500	fg	3287	<10000	0,673	0,910	237	2	9	14:23%	15:17%	11:10%	30	0,5	0,0	P			14,0	25,3	41,9	0,8	40,0	0,8	28,2	0,5								
Klinik Löwenstein gGmbH Zentrum für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie	Löwenstein	<500	ö	3245	<10000	1,094	0,962	130	2	4	4:79%	5:7%	8:3%	19	3,1	1,7				33,6	51,2	100,0	1,0	14,6	0,4	8,1	0,2								
Klinikum Ludwigsburg Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Ludwigsburg	>1000	ö	3246	<50000	1,115	0,776	449	10	34	5:15%	1:14%	6:12%	38	2,6	0,6	P			10,4	17,1	40,7	0,5	13,8	0,2	9,1	0,1								
Diakonissenkrankenhaus Mannheim GmbH	Mannheim	<500	fg	3211	<20000	1,028	0,814	370	8	27	5:12%	8:12%	6:11%	40	0,8	0,0				9,6	16,8	12,2	0,3	5,9	0,2	4,6	0,1								
Klinikum Mannheim gGmbH	Mannheim	>1000	ö	3280	>50000	1,262	0,696	513	15	49	6:11%	1:10%	5:10%	40	4,7	6,3				11,2	19,3	34,2	0,3	17,3	0,2	13,5	0,1								
Theresienkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH	Mannheim	<1000	fg	3146	<50000	1,025	0,800	373	10	32	5:21%	8:19%	6:12%	41	1,8	0,1				7,5	12,2	16,8	0,3	7,9	0,2	6,6	0,1								

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis																
									25%	50%	1	2	3		4	5	6				7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Krankenhaus Marbach Kliniken Ludwigsburg- Bietigheim gGmbH	Marbach	<200	ö	3306	<5000	0,868	0,895	183	5	17	8:26%	5:17%	6:16%	28	1,0	0,0			10,1	15,4	8,6	0,5	2,1	0,2	1,3	0,1											
Orthopädische Klinik Mark- gröningen gGmbH	Markgröningen	<500	ö	3181	<20000	1,633	0,969	88	3	6	8:95%	1:3%	9:1%	94	1,4	2,6			21,6	50,2	36,0	0,6	8,9	0,2	5,9	0,1											
Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Kinder- zentrum Maulbronn gGmbH	Maulbronn	<50	fg												0,0	100,0	B																				
St. Lukas-Klinik gGmbH	Meckenbeuren	<50	fg	3705	<1000	0,735	0,985	30	1	2	1:40%	3:32%	4:11%		30,1	0,2	P		12,9	46,1	5,0	0,6	1,9	0,2	1,6	0,2											
Johannes-Anstalten Mosbach	Mosbach	<50	fg	3231	<1000	0,593	0,965	45	3	7	4:27%	6:12%	8:10%		11,0	0,0	P	N	12,8	20,4	7,0	0,9	1,9	0,3	0,7	0,3											
Kreiskrankenhaus Mosbach	Mosbach	<200	ö	3280	<10000	0,805	0,845	293	9	25	8:18%	5:17%	6:13%	34	2,2	0,0	P		10,5	17,8	97,8	1,0	28,5	0,4	10,7	0,3											
Steinlach-Klinik Mössingen	Mössingen	<50	p	3245	<1000	1,076	0,971	53	2	4	8:82%	6:8%	9:3%	90	2,5	0,0			17,0	21,7	100,0	1,0	2,5	0,4	1,4	0,2											
Enzkreis-Kliniken Mühlacker	Mühlacker	<200	ö	3264	<10000	0,892	0,834	308	8	25	5:16%	8:15%	6:14%	35	0,4	0,0			8,3	10,8	63,7	0,7	10,4	0,3	2,8	0,2											
HELLOS Klinik Mühlheim	Mühlheim	<200	p	3238	<10000	0,935	0,830	248	9	29	6:18%	8:15%	4:9%	33	1,2	0,1			7,2	16,2	100,0	1,0	61,1	0,8	6,0	0,3											
Albkl. Münsingen	Münsingen	<50	ö	3297	<5000	0,916	0,881	186	7	19	8:20%	6:20%	5:14%	36	0,8	0,0			16,7	23,3	100,0	1,0	43,4	0,6	5,4	0,3											
Klinikum Schwäbisch Gmund – Maingarten- Hospital	Mutlangen	<500	ö	3246	<20000	0,961	0,818	335	7	27	5:14%	6:14%	8:11%	29	2,8	0,1			10,3	18,9	100,0	1,0	27,1	0,4	17,6	0,2											
Neresheim gGmbH SRH Fachkrankenhaus	Neresheim	<50	p												0,0	100,0	B																				
Enzkreis-Kliniken Neuenbürg	Neuenbürg	<50	ö	3255	<5000	0,790	0,876	213	6	20	6:23%	5:17%	8:15%	28	0,1	0,0			8,9	17,9	13,1	0,6	5,7	0,3	2,3	0,1											
Klinik Öschelbronn	Niefem-Öschel- bronn	<50	fg	3235	<5000	0,711	0,971	66	2	5	9:24%	6:13%	8:12%		22,1	1,7			31,4	97,6	17,7	0,6	7,2	0,2	2,0	0,1											
Klinikum Kirchheim- Nürtingen-Plochingen	Nürtingen	<1000	ö	3238	<50000	1,030	0,817	338	9	29	8:18%	5:15%	6:13%	34	1,3	0,1	P		12,9	16,8	100,0	1,0	24,6	0,3	6,1	0,1											
Oreana Klinikum Oberkirch	Oberkirch	<50	ö	3227	<5000	0,712	0,900	215	3	14	8:17%	5:14%	6:13%	23	0,1	0,0																					
SRH-Krankenhaus Oberndorf a.N.	Oberndorf	<200	p	3218	<5000	0,758	0,881	189	7	21	6:23%	5:19%	8:16%	22	1,1	0,0			12,5	13,8	100,0	1,0	37,7	0,6	5,9	0,2											
Oreana Klinikum Offen- burg-Gengenbach	Offenburg	<1000	ö	3334	<50000	1,073	0,799	456	10	34	8:14%	5:12%	6:10%	40	3,2	0,2	P		18,6	28,7	100,0	1,0	47,6	0,4	41,6	0,4											

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	6:13%	5:18%	6:13%		8:12%	O	ZE				SE	B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	20KM	HHI Marktanteil	30KM	HHI Marktanteil
Hohenloher Krankenhaus GmbH	Öhringen	<500	ö	3257	<20000	0,851	0,852	310	6	21	5:18%	6:13%	8:12%	23	0,3	0,0				17,1	27,2	100,0	1,0	20,2	0,4	10,4	0,3			
Paracelsus-Krankenhaus Ruit	Ostfildern	<500	p	3204	<20000	1,013	0,798	337	10	33	5:16%	8:15%	6:12%	45	1,1	0,0				8,9	18,4	6,4	0,3	4,1	0,2	2,7	0,1			
Arcus Klinik	Pforzheim	<50	p	2996	<10000	1,235	0,982	34	2	4	8:100%			98	0,7	0,0				47,5	74,0	49,7	0,5	24,2	0,2	14,3	0,1			
Centralklinik GmbH & Co KG	Pforzheim	<50	p	3495	<1000	0,522	0,974	73	1	3	8:50%	3:20%	5:14%	64	0,0	0,0				5,2	14,1	12,0	0,5	7,1	0,3	3,2	0,2			
Klinikum Pforzheim	Pforzheim	<500	p	3238	<50000	1,032	0,781	432	8	32	5:16%	1:13%	6:13%	30	2,4	0,3				6,4	14,1	45,8	0,6	27,5	0,3	8,8	0,2			
Siloah St. Trudpert Klinikum	Pforzheim	<500	fg	3249	<20000	0,957	0,785	389	9	33	5:14%	6:13%	11:10%	42	0,9	0,0	P			7,7	16,0	39,3	0,5	22,3	0,3	9,5	0,2			
Kreiskrankenhaus Rastatt	Rastatt	<500	ö	3266	<20000	0,953	0,845	299	9	26	5:29%	8:12%	6:11%	31	1,9	0,0				7,6	16,4	43,0	0,6	26,1	0,4	6,7	0,2			
Oberschwaben-Klinik gGmbH St. Elisabethen-Krankenhaus St. Nikolaus-Krankenhaus	Ravensburg	<1000	fg	3228	<50000	1,211	0,760	428	12	37	5:17%	8:13%	1:13%	40	2,4	0,7				21,5	33,3	73,9	0,7	29,4	0,3	25,5	0,2			
Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie KH Weissenau	Ravensburg	<500	ö	3258	<1000	0,841	0,979	39	2	4	1:68%	8:18%	23:5%		1,7	65,3	P			21,1	38,6	15,9	0,7	8,9	0,4	6,1	0,2			
Klinik im Kronprinzenbau, Dr. Kübel/Dr. Albrecht	Reutlingen	<50	p	3289	<1000	0,549	0,979	47	2	4	8:77%	6:9%	5:7%	99	1,5	0,0				7,7	19,5	28,5	0,7	4,2	0,3	2,3	0,2			
Klinikum am Steinenberg/Ermsstadioklinik	Reutlingen	<1000	ö	3248	<50000	0,986	0,796	377	9	31	5:18%	6:12%	8:11%	33	1,6	1,0				10,2	18,0	97,1	1,0	19,8	0,4	12,1	0,2			
HELIOS Klinik Rotweil	Rotweil	<500	p	3223	<10000	0,930	0,815	303	8	29	8:16%	6:15%	5:14%	36	1,3	0,0				13,3	19,3	89,2	0,9	19,9	0,6	12,7	0,3			
Vanzon von Paul Hospital gGmbH Klinik Rottemünster	Rotweil	<500	fg	3223	<5000	0,938	0,980	51	2	4	1:79%	8:13%	3:3%		1,0	1,0	P			23,4	30,8	54,6	0,8	15,1	0,5	9,1	0,3			
Kinderklinik Schömburg	Schömburg	<50	p											0,0	100,0	B														
RMK Schorndorf	Schorndorf	<500	ö	3254	<20000	0,956	0,847	293	7	22	6:15%	8:15%	5:13%	30	0,9	0,1				9,3	16,4	100,0	1,0	11,8	0,3	3,4	0,1			
Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH	Schwäbisch Hall	<500	fg	3256	<50000	1,001	0,770	440	9	34	5:17%	8:11%	6:11%	35	2,2	1,4	P			18,7	27,4	100,0	1,0	65,9	0,6	47,1	0,5			
Fachklinik für Neurologie Dietenbronn GmbH	Schwendi	<50	p	3293	<5000	0,582	0,986	68	1	1	1:86%	8:8%	19:2%		32,9	8,2				38,6	74,8	100,0	1,0	26,7	0,7	6,9	0,2			
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Schwetzingen	Schwetzingen	<500	ö	3254	<20000	0,971	0,817	335	11	30	5:22%	8:15%	6:13%	38	1,2	0,0	P			8,8	16,4	12,3	0,5	4,6	0,2	3,7	0,1			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis				
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med				oQ	HHI Markt-anteil	10KM	20KM	30KM
									Med	oQ	HHI Markt-anteil	10KM	20KM	30KM	HHI Markt-anteil	10KM	20KM	30KM									
Klinik GmbH Sigmaringen Kreiskrankenhaus Sigmaringen	Sigmaringen	<1000	ö	3253	<20000	0,963	0,809	368	9	30	6:16%	5:15%	8:11%	36	1,2	0,0	P			22,0	29,2	100,0	1,0	100,0	1,0	89,3	0,9
Klinikum Sindelfingen-Böblingen gGmbH	Sindelfingen	<1000	ö	3240	<50000	1,077	0,787	427	8	31	5:16%	8:12%	6:12%	37	2,0	0,2				10,0	17,8	74,3	0,7	13,0	0,2	6,4	0,1
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Singen	<1000	ö	3242	<50000	1,046	0,793	394	9	29	5:16%	6:13%	8:12%	34	1,2	0,0	P			19,1	35,3	100,0	1,0	86,5	0,8	39,3	0,3
GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Krankenhaus Sinsheim	Sinsheim	<500	ö	3234	<20000	0,935	0,833	316	7	25	6:17%	5:13%	8:11%	32	1,1	0,0				12,6	16,7	100,0	1,0	75,5	0,9	5,3	0,2
Klinik St. Blasien GmbH	St. Blasien	<50	p	3105	<5000	1,658	0,985	45	1	2	4:88%	1:7%	5:4%	6	0,0	5,9				55,6	103,3	100,0	1,0	21,3	0,6	16,2	0,4
Krankenhaus Stockach	Stockach	<50	ö	3226	<5000	0,878	0,926	159	3	13	8:52%	5:9%	6:8%	50	0,1	0,0				9,9	21,9	100,0	1,0	9,2	0,6	5,2	0,3
Charlottenklinik für Augenheilkunde	Stuttgart	<50	fg	3196	<5000	0,682	0,989	19	1	2	2:100%			87	0,0	0,0	N			18,4	33,6	40,3	0,5	34,1	0,4	18,3	0,4
Karl-Olga-Krankenhaus GmbH	Stuttgart	<500	p	3197	<20000	1,212	0,832	330	7	24	8:36%	5:19%	6:10%	60	1,1	0,1				5,9	14,0	7,8	0,3	4,5	0,2	3,9	0,1
Klinikum Stuttgart	Stuttgart	>1000	ö	3204	>50000	1,165	0,711	516	14	46	1:12%	8:10%	3:10%	43	5,9	2,6	P			13,0	28,0	37,9	0,3	21,7	0,2	16,0	0,1
Krankenhaus Bethesda	Stuttgart	<200	fg	3272	<10000	1,034	0,876	210	7	20	6:26%	8:22%	5:13%	53	1,4	0,0				9,3	12,2	3,6	0,3	2,1	0,2	1,5	0,1
Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH	Stuttgart	<50	p	3191	<10000	1,360	0,974	95	1	3	4:81%	5:6%	-1:3%	17	15,5	1,2				10,6	23,5	5,4	0,3	3,0	0,1	2,6	0,1
Marien-Hospital	Stuttgart	<1000	fg	3228	<50000	1,077	0,747	441	13	41	3:16%	8:12%	5:11%	50	2,3	3,8	B			9,8	20,2	15,8	0,3	9,5	0,2	6,6	0,1
Robert-Bosch-Krankenhaus	Stuttgart	<1000	fg	3202	>50000	1,426	0,831	414	5	19	4:24%	5:20%	6:10%	32	7,5	1,8	P			10,0	27,1	15,2	0,3	10,3	0,2	8,7	0,1
Sana-Herzchirurgische Klinik Stuttgart GmbH	Stuttgart	<50	p	3161	<20000	6,256	0,991	31	1	2	5:92%	-1:7%	8:0%	98	2,4	0,0				32,9	55,9	8,4	0,3	5,0	0,2	3,8	0,1
Sport-Klinik Stuttgart	Stuttgart	<50	fg	3203	<10000	1,120	0,980	48	2	4	8:99%	18:0%	21:0%	97	0,9	0,0				28,5	55,9	12,9	0,3	7,9	0,2	7,0	0,1
St.-Anna-Klinik	Stuttgart	<50	fg	3322	<5000	0,461	0,950	125	2	6	14:25%	6:23%	15:17%	60	0,7	0,0				7,4	13,7	4,9	0,3	2,7	0,2	2,4	0,1
Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim	Tauberbischofsheim	<500	ö	3210	<5000	0,928	0,861	248	7	21	8:24%	5:19%	6:16%	32	1,2	0,0	P			10,7	16,5	100,0	1,0	13,5	0,5	4,2	0,3
Klinik Tettnang GmbH	Tettnang	<200	p	3236	<10000	0,981	0,850	253	7	24	8:23%	6:11%	5:10%	51	1,4	0,0				8,8	17,7	93,9	0,9	10,0	0,3	9,2	0,2
HELIOS Klinik Tübingen-Neustadt	Tübingen-Neustadt	<200	p	3225	<10000	0,919	0,833	268	8	26	8:16%	6:12%	5:10%	33	1,0	0,1				21,8	31,0	100,0	1,0	89,4	0,9	5,8	0,3

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
TropenKlinik Paul-Lechler-Krankenhaus	Tübingen	<50	fg	3195	<5000	1,005	0,931	116	4	11	4:20%	5:19%	6:12%	4,0	0,2	16,0	21,8	10,3	0,8	5,5	0,4	1,7	0,2				
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	>1000	ö	3227	>50000	1,459	0,704	521	15	53	5:11%	1:10%	2:9%	51	7,6	25,1	46,5	86,4	0,9	53,3	0,5	18,6	0,2				
Kreiskrankenhaus Tuttlingen	Tuttlingen	<500	ö	3250	<20000	0,884	0,816	350	10	29	5:17%	8:15%	6:12%	34	1,1	13,5	20,1	100,0	1,0	100,0	1,0	15,4	0,3				
HELIOS Krankenhaus Überlingen GmbH	Überlingen	<500	p	3234	<10000	1,018	0,795	320	11	34	8:18%	6:15%	5:14%	40	1,0	12,5	17,4	83,3	0,9	27,5	0,5	10,7	0,3				
Agaplesion Bethesda Geriatrie Klinik Ulm gGmbH	Ulm	<50	fg	3215	<5000	1,364	0,951	83	3	8	1:29%	8:22%	4:14%		9,8	9,3	15,3	6,3	0,4	5,5	0,4	3,3	0,2				
Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Ulm	<500	ö	3229	<20000	1,051	0,761	388	12	43	3:19%	8:14%	5:11%	56	3,7	24,2	49,1	21,0	0,5	21,0	0,5	13,0	0,3				
RKU Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ulm gGmbH	Ulm	<500	p	3236	<20000	1,453	0,940	176	3	9	8:46%	1:44%	2:2%	35	3,5	24,5	51,5	18,5	0,5	18,5	0,5	10,5	0,3				
Universitätsklinikum Ulm Bereich Finanzen	Ulm	>1000	ö	3215	>50000	1,436	0,699	485	13	50	5:14%	8:9%	14:7%	47	6,5	23,3	48,1	59,0	0,6	53,7	0,5	37,0	0,3				
Krankenhaus Vaihingen Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH	Vaihingen	<200	ö	3320	<5000	0,686	0,888	195	5	17	5:27%	6:18%	8:12%	21	0,0	3,6	8,8	32,1	0,6	3,8	0,3	1,1	0,1				
Schwarzwaldbaar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH	Villingen-Schwenningen	>1000	ö	3207	>50000	1,085	0,748	479	13	40	5:16%	8:15%	6:12%	40	2,5	16,4	29,8	100,0	1,0	78,9	0,7	53,6	0,4				
Amos Krankenhaus Dr. Lay	Vogtsburg	<50	p	3242	<5000	0,767	0,945	111	2	6	20:35%	5:14%	4:12%		0,0	24,6	32,9	43,8	0,7	4,6	0,4	3,9	0,3				
Walbinger Zentralklinik GmbH	Walbingen	<50	p	3062	<5000	0,696	0,978	49	2	5	8:81%	6:11%	9:4%	99	0,0	13,0	32,5	8,9	0,5	2,2	0,1	1,6	0,1				
Bruder-Klaus-Krankenhaus	Waldkirch	<200	fg	3250	<5000	0,902	0,899	166	4	16	8:39%	6:13%	5:12%	32	0,4	10,3	17,1	31,3	0,7	6,0	0,4	4,2	0,2				
Spital Waldshut GmbH	Waldshut-Tiengen	<500	fg	3254	<10000	0,761	0,843	267	7	25	5:16%	6:15%	4:10%	23	0,2	13,7	20,0	100,0	1,0	93,4	1,0	60,8	0,6				
Fachkliniken Wangen	Wangen	<200	p	3223	<10000	1,248	0,970	89	2	4	4:82%	1:3%	21:3%	15	3,2	45,7	77,0	44,3	0,8	14,6	0,3	13,0	0,3				
Oberschwaben-Klinik gGmbH Ravensburg Klinikum Westallgäu	Wangen	<500	fg	3296	<20000	0,916	0,821	316	8	29	8:15%	6:13%	5:12%	32	1,4	21,6	23,8	58,4	0,6	20,9	0,3	18,7	0,3				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	Markt-anteil	HHI	10KM	Markt-anteil	HHI	20KM	Markt-anteil	HHI	30KM
Krankenhaus 14 Nothelfer GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH Kreis-krankenhaus Weinheim	Weingarten Weinheim	<200 <500	ö ö	3152 3243	<10000 <10000	0,863 0,925	0,881 0,843	223 314	5 7	17 24	8:30% 5:18%	6:14% 8:16%	14:12% 8:16%	51	0,2	0,0	102	22,4	0,7	13,4	0,3	8,7	0,2								
Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH	Wertheim	<200	ö	3251	<10000	0,891	0,831	259	9	28	6:17%	5:16%	8:13%	33	0,3	0,0	9,3	17,1	1,0	53,2	0,5	14,4	0,2								
RMK Winnenden	Winnenden	<1000	ö	3257	<50000	0,874	0,822	359	7	25	5:21%	6:15%	8:10%	29	1,3	0,0	13,7	19,9													
Orenau Klinikum Wolfach	Wolfach	<50	ö	3282	<5000	0,868	0,860	230	8	23	5:21%	8:19%	6:17%	28	0,1	0,0	15,2	19,8	1,0	77,3	1,0	6,1	0,3								
Parkinson-Klinik Wolfach	Wolfach	<50	p	3148	<5000	1,236	0,998	4	1	1	1:100%																				
Münsterklinik Zwiefalten Zentrum für Psychiatrie	Zwiefalten	<200	ö		<1000	2,266	0,993	8	1	2	1:97%	23:3%																			
Bayern		269		3090		1,057	0,810	13	44	8:16%	5:15%	6:12%	37	3,7	3,92	43	31	13													
Krankenhaus Aichach	Aichach	<200	ö	3210	<5000	0,813	0,862	242	8	21	8:22%	6:17%	5:13%	34	0,8	0,0	9,6	19,0	1,0	21,5	0,5	4,1	0,3								
Kreislinken Albtötting-Burghausen	Albtötting	<500	ö	3201	<50000	0,939	0,756	428	12	39	8:16%	5:13%	6:12%	34	2,1	0,0	16,6	22,4	1,0	62,6	0,6	35,5	0,3								
Kreiskrankenhaus Alzenau	Alzenau	<200	ö	3237	<10000	0,856	0,871	194	8	22	5:24%	8:23%	6:19%	44	0,5	0,0	13,0	18,8	0,6	11,1	0,4	3,1	0,1								
Vital-Klinik GmbH & Co. KG Alzenau	Alzenau	<50	p	3054	<1000	1,071	0,994	18	1	1	9:76%	5:16%	23:8%	24	0,0	0,0	31,5	50,7	72,4	0,9	11,9	0,5	5,9	0,2							
Klinikum St. Marien Amberg	Amberg	<1000	ö	3161	<50000	1,000	0,763	457	9	35	5:15%	6:12%	8:12%	33	2,6	0,2	18,4	32,0	1,0	75,4	0,7	44,4	0,4								
AlRegiomed Klinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	3174	<20000	1,086	0,778	399	10	33	5:17%	8:15%	6:12%	36	2,9	0,1	17,7	24,1	0,9	66,9	0,6	30,5	0,3								
Bezirksklinikum Ansbach	Ansbach	<500	ö	3334	<1000	0,630	0,967	62	3	6	1:57%	8:14%	3:8%				19,5	31,2	23,4	0,8	19,6	0,6	12,5	0,3							
Rangauklinik Ansbach GmbH	Ansbach	<50	fg	3186	<5000	0,932	0,984	45	1	3	4:94%	-1:2%	5:1%	8	3,7	14,4	30,3	39,8	27,8	0,8	23,1	0,6	11,0	0,3							
Capio Deutsche Klinik Aschaffenburg GmbH	Aschaffenburg	<50	p	3219	<5000	0,730	0,977	93	1	3	5:37%	3:34%	8:21%	96	0,0	0,0	12,5	25,7	50,6	0,9	27,2	0,4	16,8	0,3							
Klinik am Zieselberg Frauenklinik Aschaffenburg	Aschaffenburg	<50	p	3309	<1000	0,406	0,983	38	1	3	14:36%	13:29%		47	0,0	0,0	8,3	15,5	28,1	0,6	16,5	0,3	8,4	0,2							
Klinikum Aschaffenburg	Aschaffenburg	<1000	ö	3161	<50000	1,095	0,785	401	10	32	6:14%	8:13%	5:12%	33	2,6	1,2	11,8	21,0	83,2	0,9	45,4	0,4	24,6	0,2							
Orthopädische Kinderklinik Aschau	Aschau	<50	fg																												
St. Johannes-Klinik Auerbach	Auerbach	<50	ö	3194	<5000	0,848	0,921	118	4	14	5:27%	4:14%	6:14%	1	2,8	0,0	1,4	20,6	0,7	24,3	0,6	3,4	0,5								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	11:18%	12:11%	1:11%		ZE	SE	B			P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI	Marktanteil
Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg	Augsburg	<200	fg	3165	<10000	0,770	0,874	275	6	18	5:29%	11:18%	12:11%	49	1,8	0,0				7,8	16,6	8,4	0,5	8,0	0,5	8,0	0,5	6,8	0,4	
Hessing Stiftung Fachklinik für Orthopädie	Augsburg	<500	fg	3170	<10000	1,297	0,967	75	2	6	8:96%	1:2%	9:1%	76	0,4	0,0				32,8	64,2	22,5	0,4	22,5	0,4	22,5	0,4	19,3	0,3	
Josefinum-Kinderkrankehaus Entbindungsklinik	Augsburg	<500	fg	3240	<10000	0,599	0,936	218	2	5	14:29%	15:24%	6:10%	25	0,3	0,5	P			7,3	20,5	14,6	0,5	13,6	0,4	13,6	0,4	11,8	0,4	
Klinik Vincentinum Augsburg gGmbH	Augsburg	<500	fg	3227	<10000	0,729	0,896	234	5	15	8:36%	3:18%	6:14%	67	0,6	0,0				4,8	11,3	12,1	0,5	10,9	0,4	10,9	0,4	9,8	0,4	
Krankenhauszweckverband Augsburg/ Zentralklinikum	Augsburg	>1000	ö	3182	>50000	1,128	0,710	503	16	47	5:15%	6:12%	1:11%	32	5,5	1,3				14,2	39,4	65,9	0,6	57,1	0,5	57,1	0,5	49,9	0,4	
ASKLEPIOS Klinikum Bad Abbach	Bad Abbach	<200	p	3185	<10000	1,314	0,960	144	3	6	8:94%	1:1%	9:1%	54	4,7	0,0				56,6	101,0	13,7	0,4	11,9	0,4	11,9	0,4	10,1	0,3	
RoMed Klinik Bad Aibling	Bad Aibling	<200	ö	3211	<10000	0,780	0,845	292	6	23	8:17%	6:15%	5:11%	29	0,6	0,1				8,0	11,5	22,6	0,6	13,7	0,4	13,7	0,4	8,5	0,2	
Schön Klinik Bad Aibling GmbH & Co. KH	Bad Aibling	<200	p	2902	<10000	5,000	0,972	44	3	6	1:68%	-1:20%	3:3%	21	4,8	37,0	B			12,2	39,5	18,4	0,6	11,7	0,4	11,7	0,4	7,3	0,2	
Schön Klinik Harthausen GmbH & Co. KG	Bad Aibling	<50	p	3154	<5000	1,597	0,974	77	2	4	8:93%	1:5%	5:1%	60	2,5	0,0				26,6	64,9	34,3	0,6	16,4	0,3	16,4	0,3	10,8	0,2	
Capio Franz von Prümmer-Klinik	Bad Brückenau	<50	p	3079	<5000	0,976	0,857	227	8	25	8:21%	6:18%	5:14%	27	1,9	0,0				10,7	14,3	100,0	1,0	32,7	0,6	32,7	0,6	5,6	0,3	
Simssee-Klinik GmbH	Bad Endorf	<200	p	3207	<1000	0,880	0,991	17	1	1	8:92%	1:4%	21:3%		0,6	49,9	P			43,6	87,1	20,4	0,6	9,6	0,3	9,6	0,3	6,5	0,2	
Fachklinik Johannesbad Bad Füssing	Bad Füssing	<50	p	3157	<5000	0,815	0,995	8	1	2	8:66%	1:34%	23:0%		0,0	0,0	P	N		103,5	149,2	84,4	0,9	83,9	0,9	83,9	0,9	43,2	0,5	
Rheumaklinik Ostbayern	Bad Füssing	<50	ö	3206	<1000	0,777	0,988	38	1	2	8:89%	6:2%	1:2%		15,1	0,0				37,9	53,0	36,7	0,9	36,4	0,9	36,4	0,9	8,9	0,5	
Reha-Zentrum Passauer Wolf	Bad Griesbach -Therme	<50	p	3121	<1000	2,280	0,994	10	1	2	1:100%				4,2	65,5	B			63,5	74,7	100,0	1,0	9,4	0,9	9,4	0,9	2,3	0,4	
Fachklinik Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn	<50	p	3120	<5000	0,986	0,997	12	1	1	10:79%	8:13%	1:8%		5,8	27,2	B			90,8	178,1	47,9	0,7	36,3	0,5	36,3	0,5	15,9	0,3	
St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen	Bad Kissingen	<500	p	3126	<20000	0,830	0,841	282	6	24	5:19%	6:18%	8:17%	27	1,5	0,0				16,5	24,9	87,0	0,9	17,0	0,4	17,0	0,4	15,3	0,3	
Herz- u. Gefäßklinik GmbH Bad Neustadt	Bad Neustadt	<500	p	3155	<50000	2,689	0,950	146	3	7	5:91%	-1:2%	1:2%	62	4,4	0,3				56,8	121,5	50,4	0,8	36,3	0,6	36,3	0,6	27,1	0,4	
Klinik für Handchirurgie Herz- und Gefäßklinik GmbH	Bad Neustadt	<50	p	3190	<10000	1,045	0,977	78	1	3	8:81%	1:7%	21:6%	96	1,0	0,0				85,8	147,9	56,5	0,8	43,4	0,6	43,4	0,6	33,1	0,5	

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG		Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
								25%	50%	25%	50%	1-75%	8-10%	-1,5%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt/Saale	Bad Neustadt	<200	p	3175	<10000	1,901	0,970	87	2	5	1:75%	8:10%	-1,5%	5	6,2	25,3							27,0	55,9	32,8	0,7	21,1	0,5	14,5	0,4
Rhön-Saale Klinik gGmbH	Bad Neustadt	<500	ö	3217	<10000	0,839	0,851	292	9	24	8:19%	6:19%	5:10%	31	1,5	2,8	B						20,6	24,0	40,1	0,8	26,0	0,6	17,4	0,4
Georg von Liebig-Krankenhaus	Bad Reichenhall	<50	p	3044	<1000	0,752	0,988	45	1	1	9:84%	23:6%	5:4%	22	1,7	0,0							69,5	105,2	55,9	0,8	48,8	0,7	19,8	0,6
Klinik für Schlafstörungen GmbH	Bad Reichenhall	<50	p												0,0	100,0	B													
Kliniken des Landkreises Berchtesgadener Land GmbH Kreis Krankenhaus Bad Reichenhall	Bad Reichenhall	<500	ö	3224	<20000	0,881	0,809	342	9	28	5:17%	8:15%	6:13%	29	2,0	0,3							18,7	23,0	91,8	1,0	66,7	0,6	28,7	0,5
Medical Park Bad Rodach GmbH Co. KG Phase B Akutbereich	Bad Rodach	<50	p														B													
ASKLEPIOS Stadtklinik Bad Tölz GmbH	Bad Tölz	<500	p	3170	<20000	0,975	0,798	351	10	31	8:17%	6:13%	5:13%	37	1,9	0,2							13,4	23,8	90,7	1,0	47,5	0,5	20,0	0,3
Kilian-Klinik Dr. Becker Klinikgesellschaft mbh & Co. KG	Bad Windsheim	<50	p	3080	<1000	4,153	0,994	10	1	1	1:82%	-1:18%		18	1,7	54,2							102,5	143,5	100,0	1,0	34,8	0,8	9,5	0,3
Klinikum Bamberg	Bamberg	>1000	ö	3214	<50000	1,019	0,747	507	12	37	5:14%	8:13%	6:11%	32	3,6	2,9	B						14,8	24,5	100,0	1,0	78,1	0,7	55,8	0,5
Bezirkskrankenhaus Bayreuth des Bezirks Oberfranken	Bayreuth	<1000	ö	3211	<5000	0,712	0,966	77	3	6	1:50%	8:25%	4:11%		1,1	9,8	P						25,9	51,6	12,0	0,9	8,5	0,6	7,2	0,4
Klinikum Bayreuth GmbH	Bayreuth	>1000	ö	3192	<50000	1,253	0,739	474	12	41	5:17%	1:14%	8:12%	31	5,3	11,9							17,8	33,7	96,6	1,0	63,2	0,6	52,2	0,4
CJD Asthazentrum Berchtesgaden	Berchtesgaden	<50	fg												0,0	100,0	B													
Kreiskrankenhaus Berchtesgaden	Berchtesgaden	<200	ö	3186	<5000	0,922	0,905	151	5	15	8:45%	5:15%	6:9%	35	1,2	0,0							7,4	20,6	98,4	1,0	24,7	0,7	24,7	0,7
Manname-Strauß-Klinik Behandlungszentrum Kempfenhausen für Multiple Sklerose Kranke gGmbH	Berg	<200	fg	3057											7,8	92,2	B													
Schon Klinik Stamberger See GmbH & Co. KG	Berg	<200	p	3058	<5000	0,955	0,919	153	4	11	5:45%	17:13%	6:10%	18	7,6	0,0							25,2	34,1	13,6	0,6	2,8	0,2	1,0	0,1

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3		4	5	10KM				20KM	30KM	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
Medical Park Chiemsee/Loipl GmbH & Co. KG Betriebsstätte Loipl	Bischofswiesen	<50	p	3111	<1000	2.197	0.996	5	1	1	1:100%		5,9	77,1	B			83,2	174,8	6,2	0,7	6,2	0,7	5,3	0,5		
Wernachskliniken Bobingen u. Schwandmünchen gGU Klinik Bobingen	Bobingen	<200	ö	3198	<10000	0.845	0.873	237	7	20	8:33%	5:14%	36	0,7	0,1			9,7	16,4	44,5	0,7	5,8	0,4	5,0	0,3		
Veramed Klinik am Wendelstein KG	Brannenburg	<50	p	3201									18,9	81,1	B												
Kliniken Ostallgäu, Kaufbeuren Haus St. Josef Buchloe	Buchloe	<200	ö	3200	<5000	0.897	0.877	170	6	21	8:27%	6:21%	33	1,4	0,0			12,5	19,7	28,5	0,6	9,2	0,3	7,2	0,2		
Therapiezentrum Burgau gGmbH	Burgau	<50	fg	3203	<5000	7.256	0.992	12	1	2	1:63%	-1:36%	36	4,7	58,4	B	N	52,1	81,2	19,1	0,7	14,7	0,5	7,2	0,4		
ASKLEPIOS Klinik Burg-lengsfeld	Burglengsfeld	<200	p	3186	<10000	0.959	0.822	303	8	29	5:20%	6:19%	29	2,3	0,0			7,1	21,4	100,0	1,0	30,4	0,5	5,2	0,2		
Sana Kliniken des Landkreises Cham	Cham	<500	p	3205	<20000	0.801	0.828	308	10	27	5:16%	8:14%	30	1,1	1,2			21,1	27,2	100,0	1,0	100,0	1,0	74,2	0,7		
Klinikum Coburg gGmbH	Coburg	<1000	ö	3214	<50000	1.120	0.783	407	10	31	5:25%	6:13%	32	2,9	0,8			14,1	26,6	100,0	1,0	45,5	0,4	30,5	0,3		
HELIOS-Amper-Klinikum Dachau	Dachau	<500	p	3164	<50000	0.987	0.792	395	10	32	5:14%	8:13%	37	1,6	1,3			12,7	21,3	100,0	1,0	5,9	0,2	4,3	0,1		
Bezirksklinikum Mainkofen	Deggendorf	<1000	ö	3204	<5000	1.034	0.970	83	2	5	1:81%	8:4%	1	1,3	38,5	B	P	29,4	45,4	20,2	0,8	14,5	0,6	8,3	0,3		
DONAUJAR Klinikum Deggendorf	Deggendorf	<500	ö	3165	<50000	1.151	0.771	453	9	33	5:15%	6:11%	35	3,2	0,1			18,9	33,2	92,0	0,9	82,1	0,9	23,0	0,3		
Kreislinik St. Elisabeth, Dillingen	Dillingen	<200	ö	3193	<10000	0.875	0.822	337	9	29	6:13%	8:13%	39	0,8	0,0			9,8	18,3	100,0	1,0	32,7	0,4	13,5	0,2		
DONAUJAR Klinikum Dingolfing	Dingolfing	<200	ö	3214	<10000	0.826	0.856	254	8	25	8:26%	6:13%	36	1,4	0,0			12,5	23,9	100,0	1,0	51,9	0,6	9,9	0,3		
ANRegiomed Klinik Dinkelsbühl	Dinkelsbühl	<500	ö	3242	<10000	0.850	0.862	243	6	22	8:19%	6:16%	26	0,7	0,0			13,3	19,1	100,0	1,0	39,0	0,4	27,1	0,3		
Klinik Donaustauf	Donaustauf	<200	ö	3186	<5000	1.075	0.979	77	2	3	4:88%	-1:4%	10	2,6	2,3	P		69,4	105,4	20,4	0,5	10,0	0,4	7,9	0,3		
Donau-Ries-Klinik Donaustauf	Donaustauf	<500	ö	3111	<20000	0.869	0.834	295	8	27	8:17%	6:16%	33	0,7	0,0			18,1	24,3	100,0	1,0	62,9	0,6	29,2	0,3		
Bezirksklinikum Obermain	Ebenfeld	<1000	ö	3206	<10000	1.162	0.942	164	2	8	4:47%	8:41%	33	3,5	4,7	P		35,6	54,8	49,2	0,7	30,7	0,5	11,1	0,3		

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis			
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	P	B	Med			oQ	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
Klinik Fränkische Schweiz gemeinnützige GmbH	Ebermannstadt	<50	ö	3198	<5000	0,974	0,932	120	4	10	5:59%	6:9%	4:8%	17	1,7	0,1				13,7	20,4	100,0	1,0	40,3	0,7	4,6	0,2	
Kreisklinik Ebersberg gemeinnützige GmbH	Ebersberg	<500	ö	3161	<20000	0,921	0,802	356	9	31	8:17%	5:16%	6:13%	36	2,1	3,3	B	P		13,2	19,1	100,0	1,0	62,3	0,6	6,7	0,2	
Rotal Inn Kliniken	Eggenehden	<1000	ö	3193	<20000	0,903	0,821	339	10	27	5:19%	8:13%	6:12%	31	0,8	0,0				20,8	26,8	100,0	1,0	100,0	1,0	27,7	0,3	
Kliniken im Naturpark Altmühltal	Eichstätt	<500	ö	3206	<20000	0,867	0,816	369	8	28	8:19%	5:17%	6:15%	36	1,8	0,0				30,0	43,3	100,0	1,0	26,9	0,4	22,5	0,3	
Klinikum Landkreis Erding	Erding	<500	ö	3209	<20000	0,939	0,791	372	10	34	5:18%	8:16%	6:13%	34	1,9	0,5				14,1	23,2	100,0	1,0	45,2	0,5	7,0	0,2	
Klinikum am Europakanal	Erlangen	<1000	ö	3196	<5000	1,996	0,968	54	2	6	1:66%	8:17%	-1:6%	6	4,8	47,6	P			21,3	28,4	7,7	0,7	1,8	0,3	1,3	0,2	
Waldklinik St. Marien gGmbH	Erlangen	<500	fg	3183	<20000	1,181	0,846	279	9	24	8:23%	5:19%	6:14%	52	2,2	0,1				18,2	25,2	25,5	0,7	6,4	0,2	5,5	0,2	
Zentrale Klinikverwaltung Uni. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	>1000	ö	3163	>50000	1,399	0,690	557	15	52	2:11%	3:11%	1:11%	47	8,6	5,3	B			29,9	83,1	82,1	0,8	21,8	0,3	18,9	0,2	
Kliniken Mittlenberg-Erlenchbach GmbH, Klinik Erlenchbach	Erlenchbach	<500	p	3192	<20000	0,877	0,832	346	8	26	5:21%	6:16%	8:13%	32	1,3	0,0				13,5	21,7	100,0	1,0	24,3	0,4	15,5	0,2	
Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co. KG	Feldafing	<50	p	3165	<5000	1,250	0,977	57	1	1	8:63%	1:19%	4:6%	62	4,2	27,4				35,4	70,4	8,9	0,5	4,4	0,2	0,8	0,1	
Städtisches Krankenhaus Forchheim	Forchheim	<500	ö	3203	<10000	0,917	0,837	315	7	24	6:19%	8:15%	5:10%	34	1,3	0,0				9,9	16,4	100,0	1,0	14,7	0,5	3,7	0,2	
Klinikum Freising GmbH	Freising	<500	ö	3219	<20000	0,850	0,817	374	9	27	5:18%	6:13%	8:13%	26	4,0	0,1	P			13,2	18,5	91,8	1,0	48,8	0,5	11,3	0,2	
Klinikum am Goldenen Steig	Freyung	<500	ö	3151	<20000	0,819	0,825	354	9	27	8:17%	5:15%	6:13%	29	1,0	0,1	P			18,0	26,5							
Salzschlacke Fridolfing	Fridolfing	<50	ö	3221	<5000	0,637	0,894	173	5	18	8:30%	6:14%	5:13%	35	0,9	0,0				12,5	15,0	100,0	1,0	9,6	0,8	4,1	0,4	
Krankenhaus Friedberg	Friedberg	<200	ö	3161	<10000	0,835	0,872	253	6	19	6:22%	8:15%	5:14%	30	0,3	0,0				9,4	15,0	22,3	0,5	8,3	0,4	6,9	0,3	
Klinikum Fürstentfeldbruck	Fürstentfeldbruck	<500	ö	3185	<20000	0,941	0,789	357	11	35	8:16%	5:16%	6:13%	31	3,1	0,1				10,3	13,2	100,0	1,0	8,5	0,2	3,6	0,1	
Klinikum Fürth	Fürth	<1000	ö	3192	<50000	0,884	0,796	437	8	27	5:15%	6:11%	4:11%	29	1,6	1,4				5,8	15,9	23,6	0,5	14,1	0,3	11,1	0,2	
Schön Klinik Nürnberg Fürth	Fürth	<50	p	3163	<5000	1,329	0,876	231	6	17	8:53%	6:19%	5:5%	68	0,6	0,0				9,8	20,9	3,6	0,4	2,3	0,2	1,9	0,2	
Fachklinik Enzensberg	Füssen	<200	p	3181	<5000	0,901	0,996	15	1	1	8:93%	1:6%	23:1%	3,9	62,7	B	N			55,9	87,4	81,8	0,8	69,8	0,7	41,2	0,5	
Kreiskliniken Ostallgäu Haus Füssen	Füssen	<200	ö	3203	<10000	0,864	0,850	229	7	23	5:25%	8:16%	6:11%	32	1,0	0,0				7,8	22,0	87,1	1,0	52,3	0,6	45,7	0,6	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis				
									25%	50%	8-96%	10-1%	18-1%		O	ZE	SE				B	P	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendheumatologie	Garmisch-Partenkirchen	<200	fg	3405	<5000	1,020	0,994	14	1	1	8-96%	10-1%	18-1%	5,0	28,1	B		230,5	347,9	80,3	0,8	51,7	0,7	49,8	0,6
Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH	Garmisch-Partenkirchen	<500	ö	3173	<50000	1,132	0,787	414	9	31	8-24%	5-16%	6-12%	4,1	2,8	0,0		18,8	35,1	92,8	1,0	86,8	0,9	72,9	0,8
ASKLEPIOS Fachkliniken München-Gauting	Gauting	<500	p	3178	<10000	1,019	0,981	108	1	2	4-93%	-1-1%	5-1%	18	7,4	10,8		45,8	77,6	51,6	0,8	6,5	0,2	4,0	0,1
GEOMED-KLINIK Krankenhaus Betriebs-gGmbH	Gerolzhofen	<200	ö	3181	<5000	0,856	0,856	216	8	25	8-19%	5-18%	6-16%	3,0	1,2	0,0		12,7	17,8	63,6	0,8	7,1	0,4	5,6	0,3
WolfartKlinik	Gräfelfing	<50	p	3195	<10000	0,847	0,939	161	4	9	8-53%	6-12%	14-10%	7,9	0,2	0,0		15,1	39,9	6,0	0,3	2,4	0,1	2,3	0,1
Bezirkskrankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	3181	<10000	1,881	0,961	112	2	5	1-66%	8-23%	-1-2%	4,9	7,9	10,1	B	31,8	63,3	41,8	0,9	21,5	0,4	6,0	0,2
Kreiskrankenhaus Günzburg	Günzburg	<500	ö	3215	<20000	0,954	0,830	319	8	27	5-25%	8-16%	6-12%	3,7	2,1	0,1		11,5	16,6	84,2	0,9	36,9	0,4	8,6	0,2
Kreiskrankenhaus Günzhausen	Günzhausen	<200	ö	3201	<10000	1,020	0,873	240	8	21	8-33%	5-26%	1-9%	3,5	1,5	0,0		16,1	24,0	100,0	1,0	53,6	0,6	17,0	0,3
Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH Klinikum München-Ost	Haar	<1000	ö	3149	<5000	1,853	0,961	68	2	5	1-68%	8-8%	-1-7%	7	0,5	16,5	P	19,5	38,5	4,2	0,5	0,8	0,1	0,7	0,1
Hassberg-Kliniken Haus Hassfurt	Halfturt	<200	ö	3241	<10000	0,788	0,839	308	9	26	5-19%	8-17%	6-15%	3,4	1,1	0,0		14,7	23,8	100,0	1,0	25,3	0,6	19,2	0,4
Krankenhaus Agatharied GmbH	Hausham	<500	ö	2973	<20000	0,931	0,810	328	9	30	5-20%	8-15%	6-14%	2,8	1,1	0,1		15,1	22,8	100,0	1,0	60,7	0,6	25,9	0,3
Privatklinik Dr. Schindbeck GmbH & Co. KG	Hersching	<200	p	3203	<5000	0,939	0,905	172	5	15	5-42%	6-10%	1-10%	1,0	3,2	0,0		17,9	22,5	78,5	0,9	13,6	0,4	3,8	0,2
PoorSol Therapiezentrum m&i-Fachklinik Herzogenaurach GmbH/Akutkrankenhaus	Hersbruck	<200	p	3217	<5000	0,895	0,995	27	1	1	9-84%	23-13%	5-2%	6	1,3	0,0		114,4	194,0	100,0	1,0	89,2	0,9	29,4	0,5
Kreiskrankenhaus Höchststadt	Hochstadt	<50	ö	3201	<5000	0,809	0,878	215	7	19	5-23%	6-17%	8-14%	2,4	1,8	0,1		7,0	11,8	100,0	1,0	3,2	0,3	2,5	0,2
Sana Klinikum Hof GmbH	Hof	<500	p	3173	<50000	1,087	0,784	399	10	33	5-14%	6-13%	1-11%	2,9	3,0	1,0		10,6	22,1	100,0	1,0	56,4	0,6	32,5	0,4
Fachklinik Ichenhausen	Ichenhausen	<50	p	3180	<5000	0,963	0,963	67	2	7	8-26%	1-25%	4-20%	7,5	45,5			23,0	50,1	100,0	1,0	10,4	0,4	3,6	0,2
Illertalklinik Illertissen	Illertissen	<50	ö	3251	<5000	0,554	0,912	194	3	11	14-18%	15-15%	5-13%	1,9	0,5	0,0		9,7	14,7	100,0	1,0	23,1	0,5	3,5	0,2
Kliniken Oberallgäu gGmbH	Immenstadt	<200	ö	3193	<20000	0,912	0,835	340	10	26	8-26%	5-19%	6-13%	4,2	1,8	0,0		15,8	29,6	100,0	1,0	38,0	0,6	30,6	0,4

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	6:24%	6:37%	8:13%		O	ZE	SE				B	P	Med	oQ	10KM	20KM	30KM
Klinik Dr. Maul	Ingolstadt	<50	p	3203	<5000	0,781	0,922	150	5	13	8:37%	6:24%	9:13%	74	3,1	0,0			7,6	15,0	13,2	0,8	9,8	0,5	5,7	0,3	
Klinikum Ingolstadt	Ingolstadt	>1000	ö	3187	<50000	1,106	0,751	456	11	37	5:15%	1:13%	8:12%	37	4,6	4,2	P		9,8	28,4	93,8	0,9	53,1	0,4	43,3	0,3	
Bezirkskrankenhaus Kauf-beuren	Kaufbeuren	<500	ö	3088	<5000	0,907	0,974	73	2	5	1:77%	8:8%	3:5%		7,5	3,1	P		16,0	23,7	25,1	0,9	15,6	0,4	6,6	0,2	
Klinikum Kaufbeuren-Ost-allgäu	Kaufbeuren	<500	ö	3196	<20000	0,996	0,801	354	9	29	5:21%	6:14%	8:11%	32	2,2	0,0			8,9	17,6	90,6	1,0	57,0	0,5	22,8	0,2	
Goldberg-Klinik Kelheim	Kelheim	<200	ö	3176	<10000	0,773	0,847	340	6	21	5:16%	6:16%	8:9%	20	0,9	0,0			17,3	25,1	100,0	1,0	10,4	0,4	9,9	0,4	
Krankenhaus Kemnath	Kemnath	<50	ö	3168	<5000	0,874	0,883	219	5	17	8:28%	6:18%	5:14%	35	0,7	0,0			15,8	25,1	100,0	1,0	23,5	0,6	5,9	0,3	
Klinikum Kempten-Oberall-gäu GmbH	Kempten	<500	ö	3209	<50000	1,037	0,764	436	10	35	8:13%	5:13%	6:11%	35	2,6	0,4			12,8	27,8	100,0	1,0	59,5	0,6	26,1	0,3	
HELIOS Klinik Kipfenberg	Kipfenberg	<50	p	3244	<5000	0,869	0,988	22	1	2	1:65%	-1:32%	17:1%	33	3,5	58,2	B		72,0	101,9	100,0	1,0	53,0	0,7	11,6	0,5	
Klinik Kitzinger Land	Kitzingen	<500	ö	3161	<10000	0,836	0,829	314	9	28	5:18%	6:16%	8:12%	29	0,3	0,0			11,8	18,3	65,1	0,6	10,9	0,4	9,8	0,3	
Frankenwaldklinik Kronach	Kronach	<500	p	3146	<20000	1,062	0,829	308	8	26	5:28%	6:14%	8:13%	36	1,7	0,0			12,3	23,2	100,0	1,0	23,6	0,4	13,4	0,3	
Kreislinien Günz-burg-Krumbach Klinik Krumbach	Krumbach	<500	ö	3216	<10000	0,841	0,836	299	9	27	6:20%	5:18%	8:15%	31	2,6	0,1			13,4	17,5	96,7	1,0	39,4	0,5	17,1	0,2	
Klinikum Kulmbach mit Fachklinik Stadtienach	Kulmbach	<500	ö	3106	<50000	1,100	0,776	416	11	36	8:20%	5:17%	6:12%	39	2,6	0,1			14,9	22,5	100,0	1,0	29,8	0,5	20,9	0,3	
DONAUJAR Klinikum Landau	Landau	<200	ö	3226	<5000	0,798	0,826	278	9	29	8:18%	6:16%	5:14%	32	1,7	0,0			13,3	16,0	100,0	1,0	50,4	0,6	7,4	0,3	
Klinikum Landsberg a. Lech	Landsberg	<500	ö	3121	<10000	0,786	0,836	313	7	25	6:16%	8:14%	5:14%	27	2,0	2,0			11,3	20,0	76,1	0,7	55,0	0,5	17,5	0,2	
Kinderkrankenhaus St. Marien	Landshut	<200	fg	3202	<5000	0,782	0,920	172	3	11	6:20%	4:18%	1:13%	11	1,1	5,6			31,4	42,1	20,8	0,5	17,4	0,4	14,1	0,3	
Klinikum Landshut	Landshut	<1000	ö	3163	<50000	1,038	0,757	430	13	40	5:15%	8:11%	6:11%	35	3,1	4,1			12,5	24,1	47,3	0,5	39,6	0,4	32,3	0,3	
Krankenhaus Landshut-Ach-dorf	Landshut	<500	ö	3182	<20000	0,954	0,826	368	6	23	5:25%	14:13%	8:10%	37	3,9	0,1			19,7	29,4	41,9	0,5	34,9	0,4	28,5	0,3	
Krankenhaus Nürnberger Land GmbH (Lauf/Hersbruck/Altdorf)	Lauf	<500	ö	3207	<20000	0,792	0,853	322	7	20	5:16%	6:16%	8:13%	25	0,4	0,3			12,4	24,9	100,0	1,0	9,8	0,4	5,2	0,2	
Capio Schloßklinik Abtsee GmbH	Laufen	<50	p	3147	<5000	0,778	0,998	7	1	1	5:99%	9:1%		98	0,0	0,0			81,0	140,9	100,0	1,0	98,0	1,0	62,3	0,8	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	1	2	3		4	5	Med				oQ	10KM	20KM	30KM	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Fachklinik Lengries GmbH	Lengries	<50	p	3180	<1000	2,057	0,995	7	1	2	1-91%	6-6%	17-2%	6,0	59,6	B		65,1	71,9	20,8	0,8	16,0	0,6	5,3	0,3					
Helmut-G.-Walther-Klinikum gGmbH	Lichtenfels	<500	ö	3179	<20000	1,061	0,808	323	10	32	8-18%	5-17%	6-15%	33	2,6	0,0		13,6	20,2	99,2	1,0	26,4	0,5	13,5	0,2					
ASKLEPIOS Klinik Lindau GmbH	Lindau	<200	p	3186	<10000	0,992	0,824	313	8	26	8-19%	6-13%	5-11%	38	1,3	0,1		6,2	12,3	100,0	1,0	16,9	0,4	7,1	0,2					
Dr. Otto Gessler-Krankenhaus Lindenberg gGmbH	Lindenberg	<200	fg	3145	<10000	0,889	0,852	254	7	23	8-22%	6-14%	5-12%	41	1,5	0,0		13,0	29,4	36,7	0,6	22,6	0,4	8,5	0,2					
Gesundheitszentrum Lohra, Main	Lohr	<500	fg	3220	<20000	0,847	0,830	299	8	27	8-21%	5-18%	6-16%	28	1,1	0,0		19,6	25,6	100,0	1,0	80,3	0,7	25,1	0,4					
Kreisklinik Mallersdorf-Prافenberg	Mallersdorf-Prافenberg	<200	ö	3188	<10000	0,946	0,850	260	10	25	8-27%	5-14%	6-13%	35	0,3	0,0		14,2	21,7	100,0	1,0	93,0	0,9	3,9	0,2					
Klinikum Memmingen	Memmingen	<1000	ö	3214	<50000	0,940	0,787	405	9	31	5-14%	6-13%	8-9%	30	2,1	1,9	B	15,2	30,8	100,0	1,0	82,3	0,8	33,0	0,4					
Kreisklinik Mindelheim	Mindelheim	<500	ö	3195	<10000	0,865	0,849	281	8	23	5-22%	8-15%	6-13%	23	1,5	0,0		10,2	17,0	100,0	1,0	20,8	0,4	8,8	0,2					
Kliniken Kreis Mühldorf a. Inn	Mühldorf	<500	ö	3185	<20000	0,937	0,806	328	10	31	5-17%	6-12%	4-11%	31	1,8	0,0		13,0	18,0	100,0	1,0	38,4	0,6	20,1	0,3					
Kliniken Hochfranken, Klinik Munchberg	Munchberg	<500	ö	3167	<20000	1,015	0,858	317	6	19	8-37%	5-19%	6-11%	41	0,9	0,0		22,4	33,8	100,0	1,0	46,4	0,6	22,9	0,3					
Arabella-Klinik GmbH	München	<50	p	3090	<5000	0,881	0,973	99	2	4	8-49%	3-38%	6-6%	89	0,6	0,0		12,8	51,2	5,1	0,2	3,9	0,1	3,4	0,1					
Artemed Fachklinik Munchen GmbH & Co.KH	München	<50	p	3089	<5000	0,721	0,995	33	1	1	5-78%	9-20%	18-1%	97	0,0	0,0	N	20,0	45,8	16,6	0,2	15,9	0,2	14,9	0,2					
Augenklinik Herzog Carl Theodor	München	<50	fg	3270	<5000	0,497	0,988	27	1	3	2-99%	9-0%	17-0%	97	0,0	0,0		23,7	51,5	16,4	0,3	16,2	0,3	15,6	0,3					
Chirurgische Klinik Bogenhausen GmbH	München	<50	p	3128	<5000	1,248	0,935	153	3	10	8-44%	13-16%	11-15%	92	3,5	13,8		28,0	75,1	2,6	0,2	2,0	0,1	1,7	0,1					
Chirurgische Klinik Dr. Rinecker	München	<500	p	3154	<10000	1,732	0,894	217	4	13	8-45%	5-14%	6-13%	62	1,9	0,0		5,4	11,9	1,8	0,1	1,6	0,1	1,5	0,1					
Clinic Dr. Decker GmbH	München	<50	p	3112	<5000	1,131	0,962	72	3	8	8-73%	1-13%	5-8%	82	7,5	1,6		14,2	70,8	1,7	0,1	1,5	0,1	1,3	0,1					
Deutsches Herzzentrum München	München	<200	ö	3167	<50000	2,646	0,960	132	2	6	5-94%	-1-2%	15-1%	60	3,6	0,0		39,7	96,1	5,6	0,1	4,9	0,1	4,4	0,1					
Diakoniewerk Munchen-Maxvorstadt	München	<50	fg	3205	<5000	0,804	0,919	204	3	9	8-27%	6-24%	5-22%	64	12,1	4,7		9,3	20,1	1,6	0,1	1,4	0,1	1,2	0,1					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis											
									25%	50%	15:35%	14:40%	13:15%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	München	<50	p	3142	<5000	0,581	0,981	62	1	2	14:40%	15:35%	13:15%	41	0,0	0,0			9,5	17,7	10,3	0,2	8,9	0,1	7,6	0,1							
Frauenklinik München West GmbH & Co. KG	München	<50	p	3238	<5000	0,508	0,976	50	2	4	13:48%	14:28%	15:19%	60	0,0	0,0			12,0	24,9	6,3	0,2	4,0	0,1	3,9	0,1							
HELIOS Klinik München Perlach	München	<200	p	3185	<10000	1,115	0,860	290	7	19	8:36%	5:13%	6:12%	42	0,2	0,0			4,5	14,8	3,2	0,2	2,2	0,1	1,8	0,1							
HELIOS Klinikum München West	München	<500	p	3187	<20000	1,102	0,801	416	9	27	5:22%	3:15%	1:13%	39	1,9	0,1			7,6	18,5	6,3	0,2	3,7	0,1	3,5	0,1							
Internistische Klinik Dr. Müller GmbH & Co. KG	München	<200	p	3203	<5000	0,759	0,931	165	4	10	5:41%	6:18%	4:14%	11	2,7	0,1			6,1	10,5	2,5	0,1	2,4	0,1	2,1	0,1							
Kinderzentrum München gemeinnützige GmbH	München	<50	ö												0,0	100,0	B																
Klinik Augustinum München	München	<200	fg	3170	<10000	1,157	0,932	163	3	10	5:66%	6:12%	4:7%	26	2,6	0,7			12,4	45,6	3,2	0,2	2,1	0,1	2,0	0,1							
Klinik Thakirchner Straße	München	<200	ö	3199	<5000	0,749	0,975	87	2	4	9:70%	23:10%	17:5%	39	13,3	11,0			18,4	61,8	6,3	0,2	5,9	0,2	5,5	0,1							
Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH	München	<200	p	3186	<5000	0,921	0,876	193	7	19	8:40%	6:17%	5:11%	44	3,2	0,2			7,9	17,3	1,3	0,2	1,0	0,1	0,8	0,1							
Klinikum Bogenhausen	München	>1000	ö	3168	<50000	1,369	0,787	428	11	33	5:21%	8:19%	1:12%	37	4,2	9,1	B		10,9	23,6	11,8	0,2	8,6	0,1	7,1	0,1							
Klinikum der Universität München	München	>1000	ö	3173	>50000	1,521	0,670	526	15	55	5:12%	8:10%	1:9%	45	10,9	2,4	B		19,6	74,3	19,8	0,2	13,9	0,1	13,4	0,1							
Klinikum Dritter Orden	München	<1000	fg	3202	<50000	0,938	0,802	410	6	28	6:14%	8:13%	5:11%	35	3,8	3,0			7,9	16,2	6,9	0,2	5,8	0,1	5,4	0,1							
Klinikum Harlaching	München	<1000	ö	3166	<50000	1,057	0,790	431	7	28	1:12%	5:11%	6:10%	26	4,1	5,9	B		7,9	15,7	7,3	0,2	6,7	0,1	6,0	0,1							
Klinikum Neuperlach	München	<1000	ö	3161	<50000	1,039	0,827	373	7	24	6:26%	5:21%	8:7%	26	4,0	3,9			6,1	12,2	11,1	0,2	5,7	0,1	4,7	0,1							
Klinikum Rechts der Isar der technischen Universität München	München	>1000	ö	3163	>50000	1,331	0,697	503	16	49	8:14%	1:9%	3:8%	48	7,4	4,3			13,3	50,7	11,5	0,2	10,2	0,1	8,7	0,1							
Klinikum Schwabing	München	>1000	ö	3194	<50000	1,042	0,768	477	9	31	5:14%	6:10%	9:9%	29	6,2	7,8	B		7,3	20,7	8,8	0,2	7,8	0,1	6,7	0,1							
Krankenhaus Barmherzige Brüder	München	<500	fg	3170	<20000	1,250	0,831	314	6	26	8:30%	6:15%	11:12%	45	3,7	0,0			8,6	15,0	4,5	0,1	3,7	0,1	3,5	0,1							
Krankenhaus für Naturheilverfahren	München	<50	fg	3215	<5000	0,888	0,952	102	4	8	8:34%	1:15%	6:14%		11,4	10,2			40,9	113,5	2,2	0,1	2,0	0,1	1,6	0,1							
Krankenhaus Martha-Maria München gGmbH	München	<200	fg	3171	<10000	1,060	0,946	186	1	4	10:40%	3:22%	4:14%	73	2,2	0,6			18,3	74,0	2,3	0,1	1,9	0,1	1,7	0,1							

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	20KM Marktanteil	30KM Marktanteil	HHI
Krankenhaus Neuwirtelsbach	München	<200	fg	3218	<5000	0,785	0,932	141	4	9	4:29%	5:23%	6:12%	3,5	13,7	8,5	13,2	2,2	0,1	1,8	0,1	1,7	0,1					
Maria-Theresia-Klinik München	München	<50	fg	3170	<5000	1,000	0,973	84	1	3	6:53%	10:28%	7:9%	93	0,4	0,0	8,7	26,6	2,7	0,1	2,5	0,2	2,2	0,1				
Max-Planck-Institut für Psychiatrie	München	<200	fg	3283	<1000	0,712	0,977	47	2	5	1:78%	3:10%	19:4%	1,2	7,6	8,0	21,5	1,8	0,2	1,3	0,1	1,1	0,1					
MediCare Flughafen München, Medizinisches Zentrum GmbH	München	<50	p	3214	<5000	0,704	0,978	51	1	3	8:81%	13:11%	11:3%	95	0,2	0,0	31,4	41,8	38,7	0,8	21,3	0,5	2,4	0,1				
Paracelsus-Klinik-München	München	<200	p	3219	<5000	1,204	0,963	89	1	5	8:46%	3:20%	6:19%	95	1,5	0,0	17,0	55,4	3,8	0,2	2,8	0,1	2,4	0,1				
PrivatKlinik Josephinum	München	<200	fg	3189	<5000	0,918	0,924	147	3	12	8:37%	6:28%	3:12%	63	0,2	0,0	8,6	23,9	1,8	0,1	1,6	0,1	1,4	0,1				
PrivatKliniken Dr. Gaertner	München	<50	p	3233	<5000	0,581	0,993	17	1	2	3:98%	4:2%	19:11%	94	0,0	32,4	10,4	23,7	6,8	0,2	4,3	0,1	3,7	0,1				
ProSomno Klinik für Schlafmedizin Max Projekt GmbH	München	<50	p	3305	<1000	0,400	0,993	8	1	1	4:74%	1:11%	19:11%		0,0	0,0	11,7	18,3										
Rotkreuzklinikum München gGmbH	München	<500	fg	3192	<20000	0,850	0,839	376	3	18	14:21%	15:16%	8:10%	38	3,9	5,1	7,2	13,8	5,2	0,2	4,6	0,1	4,1	0,1				
Schon Klinik München Harlaching	München	<200	p	3105	<20000	1,362	0,967	93	2	5	8:88%	1:9%	9:1%	69	2,7	0,0	43,9	114,8	7,8	0,1	7,5	0,1	6,3	0,1				
Schon Klinik München Schwabing	München	<50	p	3166	<5000	1,267	0,991	19	1	1	1:100%	3:0%			3,6	61,8	44,8	106,3	13,3	0,2	8,7	0,1	7,4	0,1				
STARMED Klinik GmbH	München	<50	p	3183	<1000	0,969	0,973	32	2	6	8:66%	6:19%	7:10%	81	2,4	0,0	50,0	71,6										
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken	Münnerstadt	<200	ö	3165	<5000	1,236	0,974	78	2	4	4:78%	23:11%	-1:3%	24	4,3	3,4	45,5	76,8	23,4	0,6	23,4	0,6	12,0	0,3				
Beaufort-ambulanz Ulm	Murnau	<500	ö	3171	<20000	2,026	0,928	131	3	9	8:65%	1:20%	9:6%	63	3,3	38,8	33,5	65,4	100,0	1,0	51,3	0,5	18,6	0,3				
Kliniken St. Elisabeth	Neuburg	<500	fg	3248	<20000	0,764	0,854	336	5	21	6:16%	8:11%	5:10%	22	2,5	2,2	14,0	25,5	100,0	1,0	19,8	0,4	18,2	0,4				
DialMed Centrum – Clinic Neundertelsau	Neundertelsau	<200	fg	3227	<10000	0,932	0,848	272	9	25	8:25%	6:21%	5:11%	41	1,4	0,0	10,2	20,5	100,0	1,0	19,6	0,4	3,5	0,3				
Spezialklinik Neukirchen b. Hl. Blut	Neukirchen b. Hl. Blut	<200	p											0,0	100,0													
Klinikum Neumarkt i.d.OPf.	Neumarkt i.d.OPf.	<500	ö	3204	<50000	0,955	0,778	389	13	38	5:17%	6:16%	8:15%	36	3,1	0,9	14,2	22,8	100,0	1,0	71,6	0,8	36,0	0,4				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3	4	5	O	ZE	SE	B			P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	20KM	30KM	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Klinik Neustadt an der Aisch	Neustadt	<500	ö	3203	<20000	0,849	0,815	345	11	32	8:21%	5:18%	6:14%	34	1,0	0,0	21,1	24,8	100,0	1,0	84,1	0,8	12,6	0,3									
Klinik Neustadt GmbH	Neustadt	<50	ö	3106	<5000	1,072	0,912	150	4	14	8:48%	6:15%	5:12%	54	0,5	0,0	13,3	25,0	16,8	0,8	6,6	0,4	5,1	0,3									
Donauklinik Neu-Ulm	Neu-Ulm	<200	ö	3205	<10000	0,771	0,874	272	6	19	6:18%	8:13%	5:11%	28	1,4	0,1	8,2	12,1	14,3	0,5	12,7	0,4	8,4	0,3									
Reha-Zentrum Nittenau	Nittenau	<50	p	3144	<1000	1,900	0,992	11	1	2	1:99%	5:1%			4,1	51,7	B	N	46,5	77,2	100,0	1,0	16,5	0,5	1,9	0,3							
Stiftungskrankenhaus Nördlingen	Nördlingen	<200	ö	3195	<10000	0,791	0,844	283	8	24	5:27%	6:14%	8:13%	28	1,8	2,2	15,3	20,6	100,0	1,0	86,0	0,8	24,4	0,3									
310Klinik GmbH	Nürnberg	<50	p	3137	<1000	0,977	0,971	66	3	5	6:40%	8:29%	7:11%	96	0,0	0,0	13,1	22,8	2,0	0,3	1,1	0,2	1,0	0,2									
Cnopf'sche Kinderklinik	Nürnberg	<200	fg	3224	<10000	0,787	0,907	214	3	11	6:16%	1:13%	4:12%	17	1,2	0,0	7,9	45,0	6,0	0,4	3,9	0,2	3,5	0,2									
Klinik Hallerwiese	Nürnberg	<200	fg	3266	<10000	0,585	0,934	231	2	4	14:32%	15:23%	6:12%	38	0,6	0,0	5,1	8,6	7,4	0,3	4,9	0,2	4,3	0,2									
Kliniken Dr. Erler GmbH	Nürnberg	<500	fg	3172	<20000	1,214	0,936	188	4	10	8:76%	6:9%	9:5%	75	1,1	0,0	6,1	12,6	10,4	0,3	6,6	0,2	5,8	0,2									
Klinikum Nürnberg	Nürnberg	>1000	ö	3187	>50000	1,174	0,717	522	12	40	5:15%	4:12%	6:10%	33	4,3	4,5	8,9	21,8	47,6	0,4	30,7	0,2	27,8	0,2									
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg	Nürnberg	<500	fg	3179	<20000	1,060	0,838	269	8	26	5:23%	8:18%	6:13%	59	1,2	0,0	12,8	26,4	12,1	0,5	6,0	0,2	5,5	0,2									
Maximilians-Augenklinik gemeinnützige GmbH	Nürnberg	<50	fg	3156	<5000	0,561	0,994	18	1	2	2:99%	3:1%	23:0%	97	0,0	0,0	N	16,0	58,4	36,1	0,7	15,6	0,4	15,5	0,4								
Privatklinik Steger AG	Nürnberg	<50	p	3181	<5000	0,934	0,956	70	3	8	5:55%	10:13%	4:10%	19	2,3	0,0	6,3	13,9	2,2	0,5	1,1	0,2	1,0	0,2									
Sana-Klinik Nürnberg GmbH am Birkenwald	Nürnberg	<50	p	3195	<5000	0,731	0,928	159	5	11	8:40%	6:18%	3:16%	70	1,7	0,0	8,4	13,8	5,2	0,4	3,5	0,2	2,8	0,2									
St. Theresien-Krankenhaus gGmbH	Nürnberg	<500	fg	3219	<20000	0,893	0,828	335	8	26	8:18%	5:16%	6:11%	47	0,5	0,0	6,9	13,0	8,7	0,5	4,6	0,2	4,2	0,2									
Waldburg-Zeil-Kliniken Rheumaklinik Oberammergau	Oberammergau	<50	p	3183	<5000	1,018	0,978	49	2	4	8:92%	1:6%	19:1%	28	5,2	1,3	162,9	267,4	100,0	1,0	20,6	0,6	13,3	0,4									
Klinik Bad Trissl GmbH & Co. KG	Oberaudorf	<500	p	3365	<5000	1,192	0,955	114	2	5	13:20%	6:19%	9:15%	18	20,9	7,4	88,0	120,1	100,0	1,0	79,3	1,0	10,1	0,3									
Kreiskliniken Ostalbgäu Haus Obergünzburg	Obergünzburg	<50	ö	3175	<1000	1,072	0,943	81	4	11	8:54%	6:25%	5:7%	74	0,3	0,0	12,9	25,3	100,0	1,0	9,0	0,4	5,9	0,2									
HELIOS Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH	Oberstaufen	<200	p	3364	<5000	1,183	0,951	99	2	6	6:19%	13:13%	9:11%	8	11,7	0,0	43,3	141,5	100,0	1,0	26,7	0,6	9,9	0,3									
ASKLEPIOS Klinik Oberviechtach	Oberviechtach	<50	p	3206	<5000	0,787	0,894	167	6	17	8:21%	5:20%	6:17%	30	0,8	0,0	13,8	19,5	100,0	1,0	100,0	1,0	13,0	0,6									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B				P	Med	oQ	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Mainklinik Ochsenfurt GmbH	Ochsenfurt	<200	ö	3176	<10000	0,947	0,855	256	6	23	8:25%	6:17%	5:11%	44	0,9	0,0				14,2	24,0	40,1	0,6	7,1	0,4	6,6	0,4		
Donau-Ries-Klinik Oettingen	Oettingen	<50	ö	3173	<5000	0,870	0,932	115	3	9	4:39%	6:12%	5:12%	1	0,1	0,0				11,9	21,1	100,0	1,0	25,7	0,7	6,5	0,2		
Fachklinik für Amputationsmedizin Osterhofen	Osterhofen	<50	ö		<1000	1,292	0,996	3	1	1	8:50%	1:25%	23:25%		0,0	97,8	B			13,0	22,9								
Kreis-Klinik Otto beuren	Otto beuren	<200	ö	3116	<10000	0,952	0,848	255	9	27	8:26%	5:18%	6:15%	40	1,6	2,1				12,6	19,2	100,0	1,0	18,9	0,5	8,6	0,3		
Bezirkskrankenhaus Passau – Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde	Passau	<50	ö																										
Kreiskrankenhaus Passau	Passau	<50	ö	3205	<5000	0,726	0,940	116	2	8	5:26%	4:25%	6:16%	1	3,3	0,0				15,5	20,3	100,0	1,0	100,0	1,0	4,4	0,3		
Kinderklinik Dritter Orden	Passau	<50	fg	3256	<5000	0,737	0,928	173	3	10	6:21%	1:15%	4:12%	7	1,1	11,5				24,8	37,4	18,4	0,7	11,5	0,5	9,2	0,3		
Klinikum Passau	Passau	<1000	ö	3177	<50000	1,066	0,775	437	10	35	5:22%	8:13%	6:12%	31	4,7	0,1				21,0	29,7	85,4	0,8	55,3	0,5	45,1	0,4		
Privatklinik Dr. Helge Passau	Passau	<50	ö	3227	<1000	0,644	0,973	70	1	4	8:82%	6:9%	1:4%	57	0,0	0,0				21,3	30,1	15,9	0,7	9,5	0,5	7,1	0,3		
Sana Klinik Pegnitz GmbH	Pegnitz	<200	p	3174	<10000	0,895	0,870	217	7	20	8:21%	5:18%	6:17%	35	0,8	0,0				15,5	19,6	85,3	0,8	85,3	0,8	11,8	0,5		
Klinik Peißenberg	Peißenberg	<50	fg	3205	<5000	0,800	0,926	112	4	11	5:35%	6:14%	4:13%	7	0,1	0,0				8,6	14,0	28,5	0,6	9,8	0,3	4,6	0,2		
Klinik Penzberg	Penzberg	<50	fg	3241	<5000	0,892	0,854	253	6	22	8:23%	5:18%	6:16%	30	0,6	0,0				7,9	16,3	77,1	0,9	9,9	0,3	6,7	0,2		
Illntalklinik Pfaffenhofen GmbH	Pfaffenhofen	<500	ö	3189	<20000	0,889	0,831	326	8	25	5:21%	6:16%	8:16%	31	1,0	0,0				17,0	35,8	100,0	1,0	100,0	1,0	15,5	0,3		
St. Vinzenz Klinik Pfronten im Allgäu GmbH	Pfronten	<50	p	3155	<5000	0,882	0,900	201	6	16	8:47%	6:12%	5:12%	49	0,2	0,0				15,0	34,4	100,0	1,0	46,0	0,6	11,7	0,4		
Urologische Klinik München-Planegg	Planegg	<50	p	3197	<5000	1,067	0,974	74	2	4	11:60%	12:35%	13:3%	78	0,8	0,0				26,5	43,5	10,0	0,3	3,7	0,1	3,6	0,1		
RohMed Klinik Prien a. Chiemsee	Prien	<200	ö	3200	<10000	0,856	0,829	298	10	28	6:21%	8:17%	5:11%	35	0,7	0,0				14,5	25,8	72,7	0,9	10,9	0,4	7,3	0,2		
Bezirksklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	3209	<5000	1,378	0,961	97	2	5	1:78%	17:3%	8:3%	3	8,7	40,4	B			39,3	84,9	7,3	0,4	6,4	0,3	5,3	0,3		
Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg	Regensburg	<500	fg	3119	<20000	1,000	0,821	359	7	27	6:16%	11:12%	8:11%	46	2,6	0,1				12,8	31,2	18,4	0,4	16,5	0,4	14,1	0,3		
Evangelisches Krankenhaus Regensburg	Regensburg	<50	fg	3199	<5000	0,825	0,903	169	4	12	8:24%	3:21%	6:14%	71	0,5	0,0				12,9	32,6	6,1	0,4	5,4	0,3	4,6	0,3		

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM	20KM	30KM	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg	Regensburg	<1000	fg	3196	>50000	1,112	0,745	479	12	40	5:15%	6:13%	8:12%	38	2,6	0,8			24,7	45,5	44,5	0,5	39,5	0,4	33,8	0,3					
Universitätsklinikum Regensburg	Regensburg	<1000	ö	3172	>50000	1,976	0,707	448	17	53	5:18%	3:13%	2:10%	56	10,0	1,2			57,6	94,1	31,6	0,5	29,0	0,4	24,9	0,3					
ROmed Klinikum Rosenheim	Rosenheim	<1000	ö	3179	<50000	1,063	0,770	435	10	34	5:18%	8:11%	1:11%	31	1,9	2,3	B		9,1	20,4	69,9	0,6	47,9	0,5	26,6	0,2					
Kreislinnik Roth	Roth	<500	ö	3226	<10000	0,846	0,829	325	9	26	8:17%	5:16%	6:13%	33	0,6	4,0	B		14,0	21,1	100,0	1,0	40,5	0,5	4,6	0,2					
Alnregioned Klinik Rothenburg o. d. Tauber	Rothenburg	<200	ö	3203	<10000	0,872	0,841	266	7	25	5:18%	6:17%	8:13%	35	1,1	0,0			18,7	24,7	100,0	1,0	100,0	1,0	25,1	0,4					
Krankenhaus Vinzenzinum Ruhpolding	Ruhpolding	<50	fg	3213	<5000	0,687	0,925	136	4	10	5:24%	6:15%	4:15%		0,1	0,0			16,0	24,8	100,0	1,0	7,9	0,5	6,3	0,4					
Juraklinik Scheßlitz	Scheßlitz	<500	ö	3141	<10000	0,984	0,866	285	7	19	6:22%	5:20%	8:19%	37	0,9	0,0	P		25,4	38,4	63,9	0,8	15,7	0,5	12,9	0,3					
Krankenhaus Schongau	Schongau	<200	fg	3207	<10000	0,901	0,829	301	9	27	8:18%	6:12%	5:12%	32	0,7	0,2			7,3	21,9	100,0	1,0	49,3	0,5	10,8	0,2					
Kreisrankenhaus Schrobenehausen GmbH	Schrobenehausen	<200	ö	3153	<10000	0,834	0,835	291	10	29	5:18%	8:16%	6:14%	31	1,5	0,1			7,6	15,8											
Stadtkrankenhaus Schwabach GmbH	Schwabach	<200	ö	3214	<10000	0,870	0,848	268	8	26	6:19%	8:17%	5:12%	30	0,7	0,0			4,1	13,0	100,0	1,0	4,1	0,3	3,2	0,2					
Städtisches Krankenhaus Schwabmünchen	Schwabmünchen	<200	ö	3146	<10000	0,866	0,862	272	7	20	6:27%	5:18%	14:7%	37	1,1	0,0			10,0	17,7	100,0	1,0	25,0	0,4	4,6	0,3					
ASKLEPIOS Klinik Lindelohe	Schwandorf	<200	p	3173	<10000	1,265	0,955	118	2	7	8:89%	5:2%	6:2%	67	1,9	0,0			30,5	44,7	36,9	0,8	27,1	0,5	14,1	0,4					
St. Barbara-Krankenhaus Schwandorf	Schwandorf	<500	fg	3222	<20000	0,802	0,825	351	9	27	6:19%	5:16%	8:11%	31	1,0	0,0			17,0	26,9	74,3	0,8	54,2	0,6	25,9	0,4					
Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Schwarzach	<200	fg	3197	<5000	1,301	0,977	53	2	5	8:96%	1:4%	9:0%	71	0,9	0,0			40,1	56,7	63,0	0,6	22,8	0,3	21,2	0,3					
Krankenhaus Rummelsberg GmbH	Schwarzenbruck	<500	fg	3211	<20000	1,369	0,915	206	5	14	8:62%	1:21%	4:4%	49	5,9	6,0			25,2	51,1	100,0	1,0	6,3	0,3	5,3	0,2					
Krankenhaus St. Josef	Schweinfurt	<500	fg	3206	<20000	0,833	0,836	309	7	27	5:19%	8:15%	6:14%	38	2,0	0,0			7,4	17,1	29,4	0,6	18,2	0,4	15,1	0,3					
Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH	Schweinfurt	<1000	ö	3137	<50000	0,991	0,788	431	10	32	5:15%	6:13%	1:12%	26	2,7	1,0	P		15,9	30,2	72,3	0,7	40,2	0,3	37,7	0,3					
Chirurgische Klinik Seefeld	Seefeld	<50	ö	3181	<5000	0,977	0,929	158	5	12	8:44%	6:30%	9:12%	64	0,2	0,0			14,2	21,2	27,3	0,6	9,9	0,3	2,1	0,1					
Walddhausklinik Deuringen	Stadtbergen	<50	p	3139	<1000	0,910	0,956	73	3	7	8:47%	1:16%	5:7%		6,9	11,4		N	14,6	45,8	2,4	0,5	2,1	0,5	1,8	0,4					
Klinikum Staffelfein	Staffelfein	<50	p	2785	<5000	7,558	0,989	14	1	3	1:59%	-1:41%		40	1,1	42,5	P		51,7	90,3	18,3	0,7	8,3	0,4	3,3	0,2					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KW)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	6:12%	14:14%	15:12%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	10KM		20KM		30KM	
																								Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
Klinikum Starnberg GmbH	Starnberg	<500	ö	3176	<20000	0,778	0,838	358	4	18	6:12%	14:14%	15:12%	35	1,3	0,1				18,7	35,9	55,7	0,8	8,5	0,2	3,4	0,1		
Klinikum St. Elisabeth Straubing	Straubing	<500	fg	3182	<50000	0,984	0,778	390	13	36	8:15%	5:16%	6:12%	43	2,5	0,2				15,2	38,9	77,9	0,7	61,3	0,5	32,3	0,3		
St. Anna Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Sulzbach-Rosenberg	<200	ö	3180	<10000	0,849	0,838	293	9	28	8:17%	6:18%	5:12%	30	1,1	0,0				11,3	20,6	100,0	1,0	27,6	0,6	23,4	0,6		
Krankenhaus Tirschenreuth	Tirschenreuth	<500	ö	3211	<10000	0,859	0,853	281	6	21	8:15%	5:17%	6:15%	23	1,7	0,0				17,3	20,3	100,0	1,0	100,0	1,0	16,8	0,4		
Klinikum Traunstein	Traunstein	<1000	ö	3191	<50000	1,083	0,754	424	12	38	8:12%	5:17%	6:12%	36	2,8	3,5				18,7	28,1	100,0	1,0	57,7	0,5	40,9	0,4		
Gesundheitszentrum Treuchtlingen	Treuchtlingen	<50	ö	3149	<5000	0,856	0,939	81	4	11	5:22%	6:17%	8:15%		0,0	0,0				4,1	16,6	100,0	1,0	12,6	0,5	5,0	0,3		
Kreislinik Tostberg	Tostberg	<500	ö	3182	<10000	0,971	0,864	279	7	20	8:37%	6:14%	5:11%	42	1,6	0,1				11,4	19,5	100,0	1,0	31,3	0,7	11,0	0,2		
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG	Tutzing	<200	p	3126	<10000	1,273	0,866	279	5	17	8:40%	5:21%	6:11%	47	2,7	4,7				23,7	37,9	92,9	1,0	14,2	0,3	4,1	0,2		
Krankenhaus St. Camillus Ursberg	Ursberg	<50	ö	3154	<1000	0,714	0,958	56	2	6	3:26%	1:19%	10:12%		7,6	0,0		P	N	4,4	35,4	10,1	0,9	6,3	0,7	1,5	0,2		
Kreiskrankenhaus Viechtach	Viechtach	<200	ö	3169	<10000	0,925	0,852	271	8	24	6:20%	5:19%	8:18%	43	0,5	0,0				15,9	25,2	100,0	1,0	73,3	0,9	11,4	0,3		
Kreiskrankenhaus Vilsbiburg	Vilsbiburg	<200	ö	3199	<10000	0,845	0,849	281	7	25	8:28%	6:14%	5:9%	34	1,6	2,9				13,7	21,9	100,0	1,0	17,2	0,4	9,6	0,2		
Landkreis Passau Gesundheitszentrumsverbände	Vilshofen	<500	ö	3116	<20000	0,904	0,823	351	10	28	5:21%	8:17%	6:16%	29	0,9	0,0						100,0	1,0	36,8	0,5	25,1	0,3		
Schön Klinik Vogtareuth	Vogtareuth	<500	p	3167	<20000	1,861	0,935	165	4	10	8:67%	5:17%	1:12%	66	2,8	2,9	B			33,4	60,9	94,3	0,9	26,0	0,4	18,3	0,3		
HELIOS Klinik Volkach	Volkach	<50	p	2992	<5000	0,990	0,958	81	1	5	8:57%	6:26%	5:5%	88	0,1	0,0				23,9	41,7	52,1	0,7	11,8	0,3	3,1	0,2		
Klinik Wartenberg	Wartenberg	<50	p	3253	<1000	0,935	0,947	86	3	9	6:22%	4:20%	8:14%		8,7	0,1				17,0	33,8	100,0	1,0	2,8	0,2	2,6	0,2		
Inn-Salzach-Klinikum gGmbH Wasserburg	Wasserburg	<1000	ö	3197	<5000	0,833	0,974	58	2	5	1:77%	8:11%	3:5%		7,3	2,9	P			18,0	30,4	44,6	0,8	16,0	0,4	6,2	0,2		
RoMed Klinik Wasserburg	Wasserburg	<200	ö	3218	<10000	0,785	0,845	297	6	22	8:15%	6:14%	14:14%	25	0,8	0,0				12,5	18,4	82,1	0,9	23,4	0,5	8,8	0,2		
Klinikum Weiden	Weiden	<1000	ö	3190	<50000	1,128	0,767	442	11	36	5:16%	6:13%	8:12%	32	3,6	1,5				18,4	33,7	100,0	1,0	100,0	1,0	68,8	0,6		
Klinikum Weilheim	Weilheim	<200	fg	3194	<10000	0,952	0,833	299	10	27	5:25%	8:20%	6:10%	41	1,3	0,0				9,1	21,4	84,4	0,8	21,2	0,3	9,8	0,3		
Kreiskrankenhaus Weißenburg	Weißenburg	<200	ö	3239	<10000	0,780	0,874	222	7	20	6:25%	5:14%	4:9%	27	0,9	0,0				17,3	23,3	100,0	1,0	55,6	0,6	20,9	0,3		
Stiftungsklinik Weißenhorn	Weißenhorn	<200	ö	3172	<10000	0,937	0,852	267	9	27	5:28%	8:17%	6:16%	33	3,2	0,0				10,5	14,2	100,0	1,0	11,4	0,4	9,0	0,3		
Krankenhaus Markt Wemec	Wemec	<50	ö	3223	<5000	0,694	0,908	188	4	12	8:38%	5:18%	14:10%	56	1,8	0,0				17,3	37,7	44,1	0,8	6,5	0,5	2,2	0,2		

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM	20KM	30KM				
									57	2	3	8-99%	21-0%	9-0%	87	1,3	0,0					42,9	71,7	78,0	0,8	28,2	0,4	9,8	0,2
Orthopädisches Krankenhaus Schloss Weneck	Weneck	<200	ö	3128	<10000	1,661	0,979	57	2	3	8-99%	21-0%	9-0%	87	1,3	0,0					42,9	71,7	78,0	0,8	28,2	0,4	9,8	0,2	
Kreisklinik Wertingen	Wertingen	<200	ö	3184	<10000	0,941	0,889	229	6	17	8-34%	5-28%	6-11%	38	0,8	0,0					14,5	21,6	100,0	1,0	26,3	0,4	6,0	0,4	
Kreiskrankenhaus Wolfraats-hausen	Wolfraats-hausen	<200	ö	3198	<10000	0,829	0,834	284	10	30	8-20%	5-14%	6-14%	31	0,9	0,0					9,2	9,2	76,0	0,8	13,6	0,4	1,9	0,1	
Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Do-nau	Wörth a. d. Do-nau	<50	ö	3212	<10000	1,015	0,877	211	7	20	8-34%	5-22%	4-14%	45	0,7	0,0					19,2	26,9	100,0	1,0	20,0	0,7	4,9	0,3	
Klinikum der Universität Würzburg	Würzburg	>1000	ö	3146	>50000	1,374	0,676	506	19	57	5-11%	3-10%	2-10%	44	6,9	5,3	B	P			37,8	69,0	58,0	0,5	49,3	0,4	43,1	0,4	
Missionsärztliche Klinik	Würzburg	<500	fg	3196	<20000	0,880	0,846	345	5	19	4-13%	14-12%	6-12%	34	3,2	0,1					16,5	42,8	20,3	0,5	16,9	0,4	14,5	0,3	
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus	Würzburg	<200	ö	3156	<10000	1,613	0,970	72	2	6	8-97%	9-1%	18-1%	94	2,3	0,0					43,4	69,5	18,5	0,4	15,6	0,3	11,7	0,2	
Rotkreuzklinikum Würzburg gGmbH	Würzburg	<200	fg	3134	<5000	0,813	0,956	129	2	6	8-56%	3-23%	5-5%	79	0,0	0,0					29,7	56,2	12,2	0,5	10,3	0,4	8,3	0,3	
Stiftung Juliusospital	Würzburg	<500	ö	3211	<20000	1,030	0,821	322	11	30	6-17%	8-16%	5-16%	28	3,7	3,9					11,5	22,7	18,1	0,5	14,9	0,4	12,7	0,3	
Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Würzburg	nb	fg																										
Therese-Klinik Würzburg	Würzburg	<50	fg	3238	<5000	0,557	0,942	126	3	9	8-54%	6-14%	9-8%	77	0,3	0,0					17,9	35,4	6,2	0,4	5,0	0,3	4,0	0,2	
Kreiskrankenhaus Zwiessel	Zwiessel	<200	ö	3188	<10000	0,766	0,855	275	9	24	8-21%	5-15%	6-14%	26	0,9	0,0					13,4	18,3	100,0	1,0	100,0	1,0	21,0	0,4	
Berlin		496		3017		1,282	0,764		16	55	5-14%	8-14%	6-10%	41	4,2	2,32	2	9	12										
Augenklinik Berlin Marzahn	Berlin	<50	p	3180	<5000	0,542			1	2	2-100%			80	0,0	0,0					9,7	13,5	69,1	0,6	13,5	0,2	13,5	0,2	
Augenklinik im Ringcenter GmbH	Berlin	<50	p	2910	<1000	0,551	0,992	10	1	2	2-100%			87	0,0	0,0			N		10,7	18,2	12,9	0,5	6,2	0,2	6,2	0,2	
AWO Ida-Wolff-Geriatrie-zentrum Neukölln gGmbH*	Berlin	<200	fg	3028	<5000	1,694	0,972	91	1	3	8-36%	1-22%	5-18%		0,4	5,1			N		5,5	8,6	6,1	0,3	0,9	0,2	0,7	0,1	
Bundeswehr-Krankenhaus Berlin	Berlin	<200	ö	3111	<10000	1,248	0,792	331	10	34	8-18%	6-14%	3-13%	53	2,3	0,2	P				5,3	10,3	1,8	0,2	1,3	0,1	1,2	0,1	
Charité-Klinik Pankow	Berlin	<500	fg	3082	<20000	0,919	0,869	279	3	17	5-22%	14-14%	6-13%	28	1,7	0,0					3,0	5,2	3,3	0,3	2,2	0,1	2,1	0,1	
Charité Universitätsmedizin Berlin	Berlin	>1000	ö	3111	>50000	1,563	0,671	526	19	60	8-12%	5-11%	1-9%	43	6,8	2,2	P				9,6	16,1	24,4	0,2	18,0	0,2	16,8	0,1	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KW)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
									25%	50%	1-8%	5-83%	9-18%	4-2%	O	ZE	SE	B	P			Med	oQ	10KM		20KM		30KM							
																								Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI						
Deutsches Herzzentrum Berlin	Berlin	<200	fg	3045	<50000	4,144	0,943	155	3	9	5:83%	-1:8%	4:2%	68	16,6	0,1				16,1	35,5	3,3	0,3	2,3	0,1	2,1	0,1								
Diabetes Spezialklinik Poliklinik Holding GmbH	Berlin	<50	p												0,0	100,0	B																		
Dominikus-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	3068	<10000	1,405	0,879	237	5	16	8:33%	5:15%	6:14%	32	0,6	2,4				7,4	9,6	3,8	0,6	1,6	0,2	1,2	0,1								
DRK Kliniken Berlin Park-Sanatorium Dahlem GmbH	Berlin	<50	fg	3064	<5000	0,452	0,976	65	1	4	3:55%	6:19%	13:8%	94	0,0	0,0				N	14,2	17,9	3,3	0,2	1,7	0,2	1,5	0,1							
Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH	Berlin	<200	fg	3072	<5000	1,797	0,967	97	1	2	8:32%	1:27%	5:12%		0,1	9,8				N	6,4	14,6	1,2	0,2	0,8	0,1	0,8	0,1							
Ev. Johannesstift Wichern-Krankenhaus	Berlin	<200	fg	2961	<5000	1,858	0,970	66	1	4	8:31%	5:16%	1:14%		2,9	4,8				N	7,0	15,0	1,6	0,5	0,7	0,2	0,6	0,1							
Franziskus-Krankenhaus	Berlin	<500	fg	3082	<10000	1,169	0,911	206	3	10	5:32%	11:31%	12:9%	52	1,1	0,0					6,7	11,7	2,2	0,2	1,6	0,1	1,4	0,1							
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Berlin	<500	fg	3084	<20000	1,167	0,840	319	4	21	4:15%	5:13%	14:13%	31	5,9	0,2					14,7	23,3	14,8	0,4	2,2	0,2	1,6	0,1							
HELIOS Klinikum Berlin-Buch	Berlin	>1000	p	2977	>50000	1,257	0,706	504	13	48	8:15%	5:11%	6:8%	43	4,8	1,7				P	14,5	34,2	48,7	0,5	7,2	0,2	5,3	0,1							
HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH	Berlin	<1000	p	3070	<50000	1,147	0,851	269	5	21	4:36%	8:17%	5:17%	38	3,3	2,0				P	10,3	19,5	24,2	0,3	4,2	0,2	3,4	0,1							
Immanuel-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	3121	<10000	1,088	0,971	119	2	4	8:92%	1:3%	9:1%	41	4,2	4,2					21,0	38,6	7,1	0,3	2,8	0,2	2,3	0,1							
Klinik „Helle Mitte“	Berlin	<50	p	3065	<1000	1,537	0,997	7	1	1	8:99%	1:1%		94	0,8	0,0				N	10,2	25,5	24,7	0,4	2,3	0,2	1,7	0,1							
Klinik für MIC Minimal Invasive Chirurgie	Berlin	<50	p	2934	<10000	1,159	0,970	52	3	6	13:43%	6:40%	7:10%	98	0,6	0,0					N	24,1	30,6	22,5	0,3	5,3	0,2	3,9	0,1						
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Berlin	<500	fg	3084	<1000	1,015	0,974	39	2	6	1:62%	8:26%	23:6%		2,3	22,3	P			N	17,3	24,6	14,1	0,3	1,3	0,2	1,0	0,2							
Krankenhaus Waldfriede	Berlin	<200	fg	3104	<10000	0,831	0,883	260	4	16	6:29%	8:13%	14:11%	56	1,4	0,0					11,1	18,8	6,6	0,2	1,9	0,2	1,6	0,1							
Malteser Krankenhaus	Berlin	<50	fg	3033	<5000	1,644	0,969	92	1	3	8:34%	5:16%	1:11%		1,0	0,0				N	7,6	13,0	1,1	0,3	0,8	0,2	0,7	0,1							
MEDIAN Klinik Berlin	Berlin	<50	p												0,0	100,0	B																		
Paulinenkrankenhaus	Berlin	<200	fg	3033	<10000	2,774	0,929	121	2	3	5:80%	-1:8%	4:2%	12	4,0	2,8				N	19,2	27,4	2,5	0,3	1,1	0,2	0,9	0,1							
St. Gertrauden-Krankenhaus GmbH	Berlin	<500	fg	3032	<20000	0,971	0,810	390	8	27	5:16%	3:14%	8:13%	50	0,6	0,0					4,9	11,2	6,3	0,3	3,1	0,2	2,7	0,1							

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B				P	Med	oQ	10KM	20KM	30KM	
St. Hedwig-Kliniken Berlin GmbH	Berlin	<1000	fg	3138	<20000	1,113	0,836	326	9	26	6:19%	11:17%	8:13%	46	3,7	0,1	P		14,8	21,7	4,4	0,2	3,2	0,1	2,9	0,1	
St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee	Berlin	<500	fg	3096	<1000	0,866	0,986	31	1	2	1:86%	8:10%	23:1%		0,3	47,5	P	N	13,2	169,9	1,6	0,3	1,3	0,2	1,1	0,1	
St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof)	Berlin	<500	fg	3068	<50000	0,892	0,890	356	2	12	14:19%	15:17%	6:14%	26	3,0	0,0	P		5,8	9,4	9,0	0,2	4,4	0,2	4,0	0,1	
St. Marien-Krankenhaus Lankwitz	Berlin	<500	fg	3080	<10000	1,231	0,867	250	7	22	8:33%	6:20%	5:12%	42	0,3	0,1			5,1	8,1	9,3	0,3	1,7	0,2	1,5	0,1	
Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn	Berlin	<1000	p	3095	<50000	1,595	0,772	364	14	40	5:16%	8:16%	1:14%	52	2,2	11,7			6,3	13,0	24,0	0,3	3,7	0,2	3,1	0,1	
Vitanas Krankenhaus für Geriatrie, Berlin	Berlin	<50	p	3035	<5000	1,853	0,975	64	2	4	4:23%	8:19%	1:15%		0,4	0,0		N	10,7	16,8	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,1	
Vivantes GmbH	Berlin	>1000	ö	3120	>50000	1,131	0,731	520	11	42	5:16%	8:12%	6:10%	37	2,0	1,9	P		16,9	25,8	41,0	0,3	25,0	0,2	23,5	0,1	
Brandenburg		322		3013		1,084	0,801		13	46	5:18%	8:15%	6:11%	34	3,1	3,53	4	12	2								
GLG Fachklinik Wollitzsee GmbH	Angermünde	<50	ö	3019											0,0	100,0	B										
MSZ Uckermark, Kreiskrankenhaus Angermünde GmbH	Angermünde	<200	ö	3167	<5000	0,755	0,940	122	3	8	4:42%	5:19%	6:13%	3	3,7	0,0	P		7,1	28,8	100,0	1,0	20,0	0,8	9,9	0,5	
HELIOS Klinikum Bad Saarow GmbH	Bad Saarow-Pieskow	<1000	p	3071	<50000	1,169	0,755	363	15	43	5:16%	8:15%	4:9%	44	3,2	0,6			22,8	48,6	100,0	1,0	100,0	1,0	40,8	0,4	
KMG Klinikum Mitte GmbH	BadWilsnack	<500	p	3151	<20000	1,041	0,840	295	8	26	8:28%	5:25%	6:13%	33	1,1	0,0			32,2	32,2	100,0	1,0	100,0	1,0	42,6	0,5	
Kliniken Beelitz GmbH, Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation	Beelitz	<50	p	3031	<5000	10,641	0,990	14	1	2	1:63%	-1:37%		37	2,3	38,1			52,8	78,8	82,4	0,9	18,5	0,6	6,7	0,2	
Kliniken Beelitz, Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson-GmbH	Beelitz	<50	p	3103	<1000	1,291	0,998	4	1	1	1:100%	19:0%			0,2	53,6			102,5	168,3	98,0	1,0	57,7	0,8	38,2	0,5	
Brandenburg Klinik Bernau	Bernau	<50	p	3065										0,0	100,0	B											
Immanuel Kliniken Bernau Herzzentrum Brandenburg	Bernau	<500	fg	3084	<50000	1,803	0,865	292	7	20	5:50%	6:10%	8:6%	42	4,4	0,0			21,4	36,5	24,1	0,7	8,8	0,3	2,0	0,1	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis												
									25%	50%	10:16%	5:23%	8:57%		10:16%	75	ZE				SE	B	P	HHI	Marktanteil	10KM	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI
ASKLEPIOS Klinik Birkenwerder	Birkenwerder	<200	p	3109	<10000	1,609	0,954	103	3	9	8:57%	5:23%	10:16%	75	2,4	0,0				31,1	55,3	43,2	0,6	3,9	0,2	2,7	0,1						
St. Marien-Krankenhaus Brandenburg	Brandenburg	<200	fg	3089	<5000	1,756	0,964	92	2	4	8:24%	5:23%	4:13%		0,0	5,4				5,9	22,1	14,1	0,8	12,6	0,7	7,2	0,4						
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH	Brandenburg	<500	ö	3182	<50000	1,023	0,755	426	11	37	5:19%	8:12%	6:10%	40	2,5	0,2				5,6	23,5	89,4	0,9	84,4	0,8	84,4	0,8						
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH	Cottbus	>1000	ö	3147	<50000	1,059	0,709	488	17	49	8:13%	5:11%	1:9%	35	3,3	1,4	P			20,6	36,6	94,0	0,9	85,7	0,8	75,0	0,7						
Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH	Cottbus	<50	p	3040	<20000	3,171	0,967	63	2	5	5:96%	1:2%	8:1%	63	2,5	0,0				64,1	94,6	42,8	0,7	39,9	0,6	37,0	0,6						
Klinikum Barmin, Werner-Forßmann-Krankenhaus	Eberswalde	<500	ö	3093	<50000	1,100	0,724	476	13	46	5:15%	6:12%	3:10%	40	5,2	0,6				11,3	23,6	91,4	0,9	91,4	0,9	22,2	0,4						
Martin Gropius Krankenhaus GmbH	Eberswalde	<500	ö	2752	<5000	1,129	0,971	81	1	4	1:81%	3:6%	8:3%	2	0,9	10,3	P			13,1	22,3	27,3	0,8	27,3	0,8	12,4	0,4						
Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH	Eisenhüttenstadt	<500	fg	3183	<10000	0,906	0,828	290	8	26	5:24%	6:15%	8:11%	23	2,3	1,9	P			6,5	11,4	100,0	1,0	100,0	1,0	21,9	0,5						
Elbe-Ekster-Klinikum (KKH Finsternwalde/KKH Herzberg/KKH Ekstenwerda) GmbH	Finsternwalde	<500	ö	3149	<20000	0,850	0,848	317	6	22	5:18%	6:17%	8:15%	23	1,0	0,0	P			37,0	41,2	100,0	1,0	53,4	0,6	53,4	0,6						
Krankenhaus Forst GmbH	Forst	<500	ö	3077	<10000	0,904	0,838	284	8	26	5:14%	6:12%	8:11%	27	0,6	2,6				5,0	26,8	100,0	1,0	100,0	1,0	12,0	0,4						
Ev. Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder)/Seelow	Frankfurt	<200	fg	3202	<5000	0,981	0,875	198	5	16	2:1%	6:18%	8:14%	13	3,5	2,1				27,4	45,8	20,4	0,8	20,4	0,8	15,6	0,5						
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH	Frankfurt	<1000	p	3100	<50000	1,068	0,725	467	14	47	8:15%	5:12%	6:9%	41	5,8	0,8	P			19,0	33,2	88,2	0,8	88,2	0,8	42,6	0,4						
Median-Klinik Grünheide	Grünheide	<50	p	3019											0,0	100,0	B																
Naemi-Wilke-Stift Guben	Guben	<200	fg	3142	<10000	1,009	0,887	208	5	17	8:41%	5:15%	6:13%	37	0,1	0,0				14,9	14,9	100,0	1,0	100,0	1,0	34,0	0,4						
Oberhavel Kliniken Hennigsdorf/Oranienburg GmbH	Hennigsdorf	<1000	fg	3037	<20000	1,026	0,802	322	9	32	5:19%	6:13%	1:11%	34	1,8	1,7	P			25,3	29,1	62,1	0,7	4,3	0,3	2,7	0,1						
Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin	Lehnin	<50	fg	3339	<5000	0,789	0,923	145	4	10	5:25%	6:16%	4:13%	2	7,6	0,0				13,6	28,1	100,0	1,0	11,7	0,7	5,5	0,5						
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg, Epilepsieklinik Tabor	Lobetal	<50	fg														B																

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis											
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI	Markt-anteil	10KM	HHI	Markt-anteil	20KM	HHI	Markt-anteil	30KM	HHI
Klinikum Dahme-Spreewald GmbH	Lübben	<500	fg	3091	<50000	0,934	0,810	354	8	29	5:18%	6:16%	8:14%	36	2,4	0,3	45,9	59,2	94,8	1,0	94,8	1,0	88,1	0,9									
DRK Krankenhaus Luckenwalde	Luckenwalde	<500	fg	3128	<20000	0,970	0,794	361	10	32	5:15%	8:13%	6:12%	34	2,3	0,0	17,5	26,8	100,0	1,0	100,0	1,0	37,6	0,6									
Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH	Ludwigsfelde	<500	fg	3126	<10000	0,842	0,838	291	7	26	6:17%	5:16%	8:12%	24	1,7	0,0	16,3	18,0	100,0	1,0	10,6	0,3	2,7	0,1									
Haveland Kliniken GmbH	Nauen	<1000	ö	3146	<20000	0,887	0,809	357	9	28	5:18%	6:17%	8:8%	26	1,2	0,8	41,2	44,6	100,0	1,0	53,2	0,6	13,7	0,2									
Ruppiner Kliniken GmbH	Neuruppin	<1000	ö	3121	<50000	1,095	0,730	469	14	44	5:14%	3:10%	8:10%	37	4,2	1,2	28,1	46,3	100,0	1,0	81,1	0,9	52,2	0,6									
Oberhavel Klinik Gransee GmbH	Oranienburg	<50	ö	3131	<5000	0,778	0,896	159	5	17	5:23%	6:21%	4:14%	20	1,4	0,0	46,1	46,1	56,5	0,9	2,7	0,7	1,0	0,2									
Kreiskrankenhaus Prignitz GmbH	Perleberg	<500	ö	3174	<20000	0,916	0,828	326	9	26	5:22%	8:13%	6:12%	24	3,3	0,1	12,0	29,2	100,0	1,0	100,0	1,0	69,7	0,6									
Evangelisches Zentrum für Altersmedizin	Potsdam	<200	fg	3091	<5000	1,548	0,962	87	2	5	8:28%	5:20%	1:16%		1,0	6,8	9,4	21,6	17,7	0,6	3,6	0,2	0,8	0,2									
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH	Potsdam	>1000	ö	3125	<50000	1,132		14	46	5:13%	6:9%	3:9%	36	4,3	0,0	15,4	30,9																
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam	Potsdam	<500	fg	3152	<20000	1,055	0,823	352	9	27	5:23%	6:13%	1:12%	34	2,3	0,1	11,2	15,4	73,0	0,9	10,3	0,2	2,2	0,2									
MSZ Uckermark, Kreiskrankenhaus Prenzlau GmbH	Prenzlau	<200	ö	3253	<5000	0,981	0,854	252	8	22	5:20%	6:15%	8:13%	25	1,2	0,0	1,9	1,9	100,0	1,0	100,0	1,0	28,8	0,6									
Immanuel Klinik Rüdersdorf	Rüdersdorf	<500	fg	3120	<10000	0,898	0,855	288	6	22	6:16%	8:12%	1:11%	25	2,9	5,2	9,8	21,0	95,4	0,9	12,0	0,3	3,1	0,2									
ASKLEPIOS Klinikum Uckermark-Schwedt GmbH	Schwedt	<500	p	3119	<20000	1,012	0,764	382	14	41	5:19%	8:12%	6:11%	30	5,4	1,8	6,6	31,6	100,0	1,0	87,7	0,9	87,7	0,9									
Sana Kliniken Sommerfeld GmbH Hellmuth-Ullrich-Kliniken	Sommerfeld	<500	p	3080	<10000	1,650	0,980	53	2	3	8:89%	1:9%	19:2%	59	8,2	6,5	58,7	89,1	100,0	1,0	57,0	0,6	29,8	0,3									
Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH	Strausberg	<500	ö	3078	<20000	0,957	0,836	291	9	27	8:19%	6:18%	5:15%	36	1,9	0,0	21,1	31,6	100,0	1,0	56,5	0,6	9,1	0,2									
Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen gGmbH	Treuenbrietzen	<500	fg	3149	<10000	1,152	0,952	153	3	6	4:45%	8:38%	23:7%	20	4,9	5,6	54,7	73,2	100,0	1,0	100,0	1,0	33,5	0,5									
Ev. Krankenhaus Gottes-friede GmbH	Woltersdorf	<200	fg	3143	<5000	1,758	0,952	121	1	4	8:31%	1:20%	5:13%	2	0,7	8,4	21,0	32,1	29,1	0,9	4,8	0,2	1,3	0,1									

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			P	B	Med	oQ	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
ASKLEPIOS Klinik St. Georg	Hamburg	<1000	p	3237	>50000	1,858	0,791	409	9	30	5:27%	8:11%	3:11%	55	5,4	3,3			12,4	24,9	11,3	0,2	6,6	0,1	5,8	0,1					
ASKLEPIOS Klinik Wandsbek	Hamburg	<1000	p	3127	<50000	1,270	0,824	348	9	27	5:24%	1:16%	8:14%	28	1,4	0,9			5,9	10,7	10,3	0,2	5,2	0,1	4,3	0,1					
Beufgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<500	fg	3111	<10000	1,814	0,936	152	3	9	8:71%	9:7%	21:5%	88	1,0	41,6			31,7	92,8	16,6	0,3	2,8	0,1	2,1	0,1					
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<200	ö	3232	<10000	1,022	0,821	286	10	31	3:22%	11:13%	8:11%	46	2,0	0,1			5,5	9,5	3,5	0,2	2,0	0,1	1,8	0,1					
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH	Hamburg	<500	fg	3186	<20000	1,091	0,836	324	6	23	5:24%	8:14%	6:12%	31	0,8	0,8			7,9	9,5	12,6	0,3	3,8	0,1	2,9	0,1					
Facharztambulanz Hamburg GmbH	Hamburg	<50	fg	3139	<10000	0,921	0,947	125	3	8	8:64%	6:10%	3:7%	98	0,2	0,0			9,7	23,2	5,1	0,2	3,8	0,1	3,2	0,1					
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg	Hamburg	<200	p	3223	<10000	0,736	0,863	316	3	14	14:17%	6:15%	15:14%	27	1,0	0,0			7,7	11,6	14,2	0,4	3,5	0,1	2,7	0,1					
Israelitisches Krankenhaus	Hamburg	<200	fg	3150	<10000	1,097	0,924	173	3	10	6:62%	7:14%	5:5%	41	1,5	0,0			10,4	26,8	3,6	0,1	2,5	0,1	2,2	0,1					
Kath. Marienkrankenhaus gGmbH	Hamburg	<1000	fg	3200	<50000	1,044	0,787	406	6	29	3:14%	14:13%	8:10%	44	1,2	1,1			6,6	11,7	9,3	0,2	5,5	0,1	4,9	0,1					
Klinik Dr. Guth	Hamburg	<50	p	3178	<5000	1,084	0,932	176	2	7	8:52%	6:24%	5:7%	81	0,0	0,0			18,3	40,6	2,7	0,3	1,1	0,1	0,9	0,1					
Krankenhaus Jerusalem	Hamburg	<50	p	3139	<5000	0,897	0,988	28	2	3	9:93%	13:7%		98	0,0	0,0			14,9	26,5	4,3	0,2	2,9	0,1	2,5	0,1					
Krankenhaus Tabea GmbH	Hamburg	<50	p	3115	<10000	1,049	0,985	65	1	1	5:55%	8:35%	9:9%	95	0,7	0,1			26,5	44,4	27,0	0,5	6,4	0,1	5,5	0,1					
PraxisKlinik Mümmelmannsberg	Hamburg	<50	p	3232	<1000	0,376	0,926	122	2	11	4:22%	3:17%	8:13%	37	0,0	0,0	P		0,8	6,6	1,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1					
Schon Klinik Hamburg-Elbek	Hamburg	<1000	p	3129	<50000	1,737	0,864	272	6	19	8:45%	6:11%	10:11%	52	1,9	5,3	P		6,8	18,1	7,9	0,2	4,2	0,1	3,7	0,1					
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand	Hamburg	<500	fg	3209	<10000	1,234	0,883	244	4	17	6:28%	8:17%	5:15%	30	1,5	15,3			3,4	13,8	3,5	0,2	1,8	0,1	1,4	0,1					
Hessen		297		3065		1,099	0,811		13	44	5:16%	8:15%	6:12%	37	2,4	2,03	10	11	15												
Krankenhaus Bad Arolsen GmbH	Bad Arolsen	<200	ö	3336	<10000	0,837	0,860	255	7	23	4:20%	5:19%	8:16%	22	0,3	0,0			8,5	15,3	80,6	0,9	25,4	0,3	14,5	0,2					
MEDICAL PARK Bad Camberg – Fachklinik für Neurologie	Bad Camberg	<50	p											2,6	97,5	B															
Hessische Berglandklinik Koller GmbH	Bad Endbach	<50	p	3091	<5000	1,859	0,989	41	1	2	8:40%	1:34%	5:13%		0,0	8,2			27,3	41,1	38,4	1,0	14,8	0,6	3,3	0,2					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1-3%	8-96%	1-3%		9-0%	O	ZE			SE	B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Rheumazentrum Mittelhessen GmbH & Co KG	Bad Endbach	<50	p	3015	<5000	0,763	0,993	20	1	2	8-96%	1-3%	9-0%		0,0	0,0		N	37,8	54,3	96,9	1,0	53,7	0,6	13,2	0,2				
Orthopädie Bad Hersfeld GmbH	Bad Hersfeld	<50	ö	3165	<5000	1,454	0,984	42	2	3	8-99%	18-1%	21-0%	94	0,4	0,0		N	22,2	39,1	99,7	1,0	44,5	0,6	34,9	0,4				
Hochtaunus Kliniken gGmbH	Bad Homburg	<500	ö	3183	<50000	0,973	0,797	395	9	30	5-16%	6-14%	8-12%	33	1,5	0,0			6,7	18,1	52,9	0,6	6,9	0,1	5,2	0,1				
ASKLEPIOS Schlossberg Klinik Bad König	Bad König	<200	p	3276	<10000	19,025	0,991	12	1	2	-1-78%	1-22%		78	2,6	12,1			62,7	94,4	100,0	1,0	26,2	0,3	5,5	0,3				
Gesundheitszentrum Wetzlar gGmbH – Bad Nauheim – Friedberg – Gedern	Bad Nauheim	<1000	ö	3160	<20000	0,936	0,835	310	8	28	6-17%	8-14%	5-12%	28	0,9	0,0	P		12,5	18,3	72,2	0,8	33,3	0,4	4,8	0,1				
GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim gGmbH	Bad Nauheim	<50	ö	3140	<5000	1,047	0,997	13	1	1	10-87%	5-12%	14-1%	13	0,0	0,0		N	33,6	62,6	53,9	0,7	29,9	0,4	6,3	0,1				
HELIOS William Harvey Klinik Bad Nauheim	Bad Nauheim	<50	p	3102	<5000	1,462	0,980	61	1	2	5-83%	1-5%	4-4%	81	1,8	0,0			26,0	49,7	28,9	0,7	16,9	0,4	3,5	0,1				
Kerckhoff-Klinik GmbH	Bad Nauheim	<500	fg	3014	<50000	2,525	0,954	108	3	8	5-78%	8-13%	4-6%	55	4,8	0,0			43,3	73,3	63,0	0,8	40,0	0,5	8,9	0,1				
HELIOS Klinik Bad Schwalbach	Bad Schwalbach	<200	p	3172	<5000	0,855	0,872	218	7	21	6-23%	5-19%	8-19%	30	0,4	0,0			11,9	13,6	87,1	0,9	6,1	0,3	2,6	0,2				
Otto-Fricke-Krankenhaus	Bad Schwalbach	<200	p	3041	<5000	1,729	0,988	35	1	2	8-55%	1-23%	5-13%		1,5	1,6			23,9	34,2	75,2	0,9	15,0	0,4	6,4	0,2				
Kliniken des Main-Taunus-Kreises – Krankenhaus Bad Soden	Bad Soden	<1000	ö	3184	<50000	1,057	0,808	391	8	29	5-18%	6-14%	8-13%	37	1,1	0,1			11,5	19,2	18,6	0,3	5,9	0,1	3,4	0,1				
ASKLEPIOS Fachklinik Fürstenthor Bad Wildungen	Bad Wildungen	<50	p		<1000	1,799	0,993	9	1	2	1-96%	4-1%	11-1%		6,5	52,3		N												
Neurologische Akutklinik WienerVickler KG	Bad Zwesten	<50	p	3164	<5000	0,876	0,977	59	2	4	1-68%	8-20%	3-3%		1,9	0,0			24,9	38,3	47,4	0,8	27,2	0,5	27,2	0,5				
Heilig-Geist Hospital Bensheim	Bensheim	<200	fg	3079	<5000	0,781	0,884	216	5	17	6-20%	8-16%	14-13%	40	0,4	0,0			2,1	10,7	24,6	0,6	11,4	0,3	1,6	0,1				
DRK Krankenhaus Biedenkopf	Biedenkopf	<200	fg	3207	<5000	0,604	0,833	275	7	27	5-14%	6-14%	8-11%	35	0,8	0,1			13,4	18,7	100,0	1,0	33,0	0,4	9,6	0,4				
BDH-Klinik Braunsfels gGmbH	Braunsfels	<50	fg	2725	<5000	1,655	0,978	45	2	3	1-66%	8-21%	3-5%	3	0,5	17,7		N	17,6	31,0	16,7	0,6	11,3	0,4	4,2	0,2				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC		Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	1	2		3	4	5			6	7	8	9	10KM	20KM	30KM	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
									O	ZE	SE	P		B																
MEDIAN Orthopädische Klinik Braunfels	Braunfels	<200	p	2965	<10000	1,522	0,983	36	1	3	8:100%	69	0,0	0,0	N	234	37,9	82,7	0,8	39,6	0,4	14,2	0,2							
Capio Mathilden-Hospital	Büdingen	<500	p	3191	<5000	0,871	0,860	257	6	22	6:21%	31	0,7	0,0	P	12,8	15,7	100,0	1,0	80,8	0,9	7,7	0,3							
Agapleson Elisabethenstift Evangelisches Krankenhaus	Darmstadt	<500	fg	3121	<20000	1,134	0,839	301	7	25	8:20%	35	1,6	2,0		10,5	15,0	18,7	0,5	11,6	0,3	3,1	0,1							
Alice-Hospital Darmstadt	Darmstadt	<200	fg	3191	<10000	0,589	0,885	252	5	15	5:34%	42	2,7	0,0		9,7	16,2	20,5	0,5	13,1	0,3	3,6	0,1							
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Darmstadt	<200	fg	3185	<5000	0,825	0,947	130	2	6	6:25%	4	1,9	1,7		15,5	27,1	13,9	0,4	9,0	0,3	2,4	0,1							
Klinikum Darmstadt GmbH	Darmstadt	<1000	ö	3093	<50000	1,079	0,740	480	13	40	1:13%	42	2,8	0,7		14,4	22,5	52,9	0,5	38,2	0,3	8,5	0,1							
Marienhospital Darmstadt	Darmstadt	<200	fg	3177	<5000	0,565	0,913	214	2	7	14:27%	35	0,3	0,0		9,0	15,9	12,3	0,4	7,1	0,2	2,6	0,1							
St. Rochus Krankenhaus	Dieburg	<50	fg	2977	<5000	0,978	0,916	160	4	11	8:31%	43	1,8	0,0	N	7,9	13,6	24,7	0,7	3,9	0,2	1,0	0,1							
Dill-Kliniken Dillenburg	Dillenburg	<500	ö	3272	<10000	0,752	0,833	337	9	26	6:16%	30	1,3	0,0		11,1	16,7	100,0	1,0	64,6	0,7	8,5	0,2							
Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus	Ehringshausen	<50	p	3111	<5000	0,641	0,927	127	4	11	5:24%	42	0,6	0,0	N	15,6	22,0	58,3	0,8	8,0	0,3	4,8	0,3							
Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH	Erbach	<500	ö	3184	<20000	0,966	0,807	340	11	33	8:17%	36	0,8	0,0		12,5	19,0	100,0	1,0	77,8	0,7	12,9	0,2							
Klinikum Werra-Meißner GmbH	Eschwege	<1000	ö	3166	<20000	0,885	0,816	333	10	29	5:21%	22	1,1	0,1	P	16,9	28,9	100,0	1,0	93,1	0,9	23,9	0,4							
Marienkrankenhaus	Flörsheim	<50	fg	2978	<5000	0,610	0,977	66	1	3	8:73%	40	8,7	0,0		16,2	21,7	22,0	0,8	2,4	0,1	1,3	0,1							
Agapleson Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH	Frankfurt	<1000	fg	3078	<50000	1,044	0,782	437	10	33	5:31%	42	3,1	1,6	P	7,3	15,2	12,6	0,2	9,7	0,1	6,4	0,1							
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main	Frankfurt	<500	fg	3095	<20000	1,704	0,947	122	3	9	8:86%	83	1,0	15,4		19,6	42,3	10,7	0,2	7,1	0,1	5,6	0,1							
Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH	Frankfurt	<500	fg	3127	<20000	0,878	0,882	331	3	10	14:17%	35	0,4	5,8	B	7,7	15,4	10,3	0,2	6,7	0,1	4,7	0,1							
Evangelisches Hospital für palliative Medizin	Frankfurt	<50	fg											B																
Frankfurter Rotkreuz-Krankenhäuser	Frankfurt	<500	fg	3110	<20000	0,948	0,883	295	7	17	5:37%	55	2,6	0,1		10,7	20,3	8,0	0,2	5,3	0,1	3,6	0,1							
Hospital Zum Heiligen Geist	Frankfurt	<500	fg	3205	<10000	0,919	0,846	298	5	21	5:19%	32	0,9	1,1		6,5	10,3	4,9	0,2	3,2	0,1	2,2	0,1							

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
									25%	50%	1	3	5:59%		6:22%	9:9%	O				ZE	SE	B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	20KM	HHI Marktanteil	30KM	HHI Marktanteil
HELIOS Klinik Oberwald GmbH Grebenhain	Grebenhain	<200	p	3115	<5000	0,640	0,986	51	3	5:59%	6:22%	9:9%	75	0,3	0,0			35,2	55,5	100,0	1,0	58,6	7,7	22,8	0,4						
Kreiskrankenhaus Groß-Gerau GmbH	Groß-Gerau	<500	ö	3106	<10000	0,969	0,860	273	6	8:24%	6:17%	5:11%	38	0,3	0,0			10,8	14,8	28,9	0,6	5,3	0,2	1,9	0,1						
Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	Groß-Umstadt	<500	ö	3046	<20000	1,206	0,821	332	9	5:23%	8:20%	6:14%	37	1,9	0,5			12,5	17,7	78,3	0,7	15,6	0,3	5,0	0,1						
Klinikum Hanau GmbH	Hanau	<1000	ö	3161	<50000	0,966	0,800	415	10	5:15%	6:13%	1:12%	30	2,2	0,3			9,2	16,5	100,0	1,0	12,0	0,2	6,7	0,1						
St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau gGmbH	Hanau	<500	fg	3155	<20000	1,060	0,841	328	6	8:18%	6:16%	14:11%	31	2,0	1,0			7,3	15,8												
Kreiskrankenhaus Bergstraße gGmbH	Heppenheim	<500	ö	3180	<20000	0,882	0,833	316	9	5:23%	6:16%	8:15%	32	0,8	0,0			13,1	16,6	45,2	0,4	13,7	0,3	4,0	0,1						
Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau GmbH	Hessisch Lichtenau	<200	fg	3137	<10000	1,356	0,970	88	1	8:95%	1:3%	9:1%	58	0,9	25,1			27,5	42,2	100,0	1,0	66,2	0,8	10,3	0,2						
Kreiskliniken Kassel GmbH	Hofgeismar	<500	ö	3220	<10000	0,747	0,838	300	8	5:16%	6:15%	8:15%	25	0,5	0,0			20,1	29,5	100,0	1,0	47,1	0,5	9,6	0,3						
HELIOS St. Elisabeth Klinik Hünfeld	Hünfeld	<200	p	3075	<10000	0,763	0,851	266	8	6:14%	8:12%	5:12%	32	0,6	0,0			13,1	21,4	100,0	1,0	16,6	0,5	13,9	0,4						
HELIOS Klinik Idstein	Idstein	<50	p	3170	<5000	0,810	0,878	206	7	8:24%	6:21%	5:15%	33	0,4	0,1			4,4	14,0	100,0	1,0	6,2	0,3	2,0	0,1						
Agaplesion Diakonie-Kliniken Kassel	Kassel	<500	fg	3261	<20000	0,936	0,859	310	4	5:22%	14:17%	6:13%	33	0,7	0,5			8,9	21,5	19,8	0,4	17,3	0,4	13,0	0,3						
Elisabeth-Krankenhaus Kassel	Kassel	<200	fg	3167	<10000	0,882	0,849	293	8	6:18%	5:16%	3:13%	46	0,5	0,0			7,4	12,8	12,6	0,4	10,5	0,4	8,8	0,3						
Klinikum Kassel gGmbH	Kassel	>1000	ö	3163	>50000	1,232	0,710	492	14	1:12%	5:10%	9:9%	38	3,1	3,8	B	P	17,2	40,9	49,4	0,5	42,0	0,4	34,0	0,3						
Vitos Orthopädische Klinik Kassel gemeinnützige GmbH	Kassel	<200	ö	3150	<10000	1,207	0,965	104	2	8:93%	1:4%	23:1%	60	0,7	0,0			12,7	38,1	17,8	0,4	16,4	0,4	11,6	0,2						
Deutsches-Rotes-Kreuz Klinik Kaufungen	Kaufungen	<50	fg	3099	<5000	1,885	0,975	75	1	8:31%	1:28%	5:13%		0,2	3,6		N	16,4	24,5	100,0	1,0	2,7	0,3	2,7	0,3						
ASKLEPIOS Neurologische Fachklinik Falkenstein	Königstein	<50	p	3107	<1000	2,099	0,996	6	1	1:100%				2,5	67,2		N	63,4	73,3	19,3	0,5	2,6	0,2	1,2	0,1						
St.-Josef-Krankenhaus Königstein	Königstein	<50	ö	3113	<5000	0,686	0,934	108	3	8:55%	6:13%	17:7%	49	3,2	0,0			12,9	17,7	17,5	0,8	1,4	0,1	0,8	0,1						
Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach	Korbach	<500	ö	3183	<10000	0,965	0,803	350	9	8:16%	5:16%	6:13%	32	1,2	0,0			13,9	19,4	100,0	1,0	62,9	0,6	19,6	0,3						
St. Marien Krankenhaus Lampertheim	Lampertheim	<50	fg	2730	<5000	0,997	0,943	116	3	5:24%	8:18%	6:14%		0,2	4,9			9,7	17,4	81,3	1,0	2,6	0,2	1,6	0,1						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.		Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis															
									25%	50%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ASKLEPIOS Klinik Langen GmbH	Langen	<500	p	3198	<20000	0,933	0,850	305	6	23	5:23%	6:19%	8:12%	32	2,5	0,0	P			10,1	12,4	100,0	1,0	4,1	0,1	3,1	0,1														
Medizinisches Zentrum Echnor	Lauterbach	<500	fg	3164	<10000	0,990	0,842	297	8	23	8:18%	5:16%	6:16%	35	0,8	0,0				16,0	20,8	100,0	1,0	68,0	0,9	13,3	0,4														
Gertrudis-Klinik Biskirchen Parkinson-Zentrum	Leun-Biskirchen	<50	p	3365	<5000	1,249	0,998	5	1	1	1:100%				0,2	7,7		N		107,5	184,8	94,4	0,9	82,7	0,8	68,6	0,7														
ASKLEPIOS Klinik Lich GmbH	Lich	<500	p	3260	<20000	0,968	0,855	261	7	23	8:25%	6:14%	14:10%	38	0,9	0,0				16,5	24,3	100,0	1,0	8,2	0,3	7,4	0,2														
St. Vincenz Krankenhaus Limburg	Limburg	<500	fg	3154	<50000	1,036	0,808	333	9	30	5:17%	6:14%	1:11%	29	3,2	0,0				11,5	20,6	78,5	0,7	59,1	0,5	37,3	0,4														
Luisen Krankenhaus Lindenfels	Lindenfels	<200	fg	3322	<5000	0,822	0,888	178	5	18	5:23%	6:16%	8:15%	23	0,3	0,8				9,2	15,9	100,0	1,0	8,1	0,3	2,2	0,2														
Schön Klinik Lorsch	Lorsch	<50	p	3078	<5000	1,761	0,983	51	2	3	8:99%	18:0%	9:0%	74	0,5	0,0				15,3	29,1	40,6	0,5	9,3	0,2	4,1	0,1														
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH – Standort Marburg	Marburg	>1000	p	3143	>50000	1,333	0,680	494	16	55	3:11%	8:10%	5:10%	44	4,6	1,7	P			24,3	41,0	87,4	0,8	87,4	0,8	33,6	0,3														
Diakonie-Krankenhaus Wehrda	Marburg-Wehrda	<500	fg	3128	<10000	1,037	0,876	258	6	17	8:27%	5:21%	6:12%	32	0,2	0,0				15,7	25,2	18,8	0,8	16,3	0,6	7,0	0,3														
ASKLEPIOS Neurologische Klinik Bad Salzhausen	Nidda	<50	p	3084	<5000	2,547	0,976	70	1	3	1:77%	-1:8%	3:3%	8	1,7	10,0				20,1	27,2	100,0	1,0	8,1	0,4	4,5	0,3														
Ketteler Krankenhaus gGmbH	Offenbach	<500	fg	3129	<10000	0,806	0,881	279	5	16	6:27%	4:13%	14:10%	30	1,6	0,0				4,5	8,1	7,4	0,2	3,8	0,1	2,5	0,1														
Klinik Dr. Frühauf	Offenbach	<50	p	3137	<1000	0,570	0,986	48	1	1	20:53%	5:20%	10:9%		0,0	0,0	N			7,1	17,6	2,5	0,2	1,1	0,1	0,7	0,1														
Sana Klinikum Offenbach GmbH	Offenbach	<1000	p	3197	<50000	1,116	0,773	451	11	31	5:14%	1:12%	8:10%	36	2,3	3,1	B P			7,6	14,8	16,0	0,2	9,5	0,1	6,6	0,1														
Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a. d. Fulda GmbH & Co. Betriebs KG	Rotenburg	<200	p	3135	<20000	1,483	0,952	92	3	7	5:75%	4:12%	1:8%	29	1,9	1,1				35,3	61,4	76,3	0,9	75,0	0,8	41,5	0,6														
Kreiskrankenhaus Rotenburg a.d. Fulda	Rotenburg	<200	fg	3162	<10000	0,978	0,868	255	6	20	8:35%	6:21%	4:12%	41	0,8	0,1				10,4	24,0	52,2	0,9	45,4	0,8	35,6	0,6														
Scivias Caritas gGmbH Krankenhaus St. Josef Rüdesheim	Rüdesheim am Rhein	<500	fg	3298	<10000	1,005	0,876	244	6	18	8:29%	5:16%	6:13%	39	0,7	0,0				14,3	21,4	45,5	0,6	11,6	0,3	2,9	0,2														
GPR Rüsselshheim	Rüsselshheim	<500	fg	3127	<50000	0,960	0,771	425	11	33	5:16%	6:13%	8:13%	34	2,1	0,0				8,8	12,4	69,2	0,7	10,0	0,2	4,5	0,1														

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	8:21%	6:17%	5:15%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Gesundheitszentrum Wietrau – Kreiskrankenhaus Schrotten	Schrotten	<200	ö	3098	<5000	0,842	0,890	222	5	15	8:21%	6:17%	5:15%	23	0,5	0,0			12,2	19,1	100,0	1,0	61,1	0,9	20,2	0,4			
Hephata-Klinik	Schwainstadt	<200	fg	3633	<5000	0,657	0,978	62	2	4	1:62%	4:17%	8:8%		1,2	7,3	P		17,5	27,2	100,0	1,0	49,2	0,6	8,0	0,4			
ASKLEPIOS Klinik Seligenstadt GmbH	Seligenstadt	<200	p	3125	<10000	1,077	0,873	272	6	19	8:28%	5:18%	6:17%	30	0,5	1,6			12,5	19,4	56,9	0,6	7,6	0,2	2,6	0,1			
St.-Josef-Krankenhaus	Viertheim	<50	fg	3180	<5000	0,650	0,889	240	6	17	8:36%	3:13%	6:12%	48	0,4	0,0			3,3	11,1	6,3	0,5	1,9	0,2	1,6	0,1			
St.-Elisabeth Krankenhaus Volkmarren	Volkmarren	<50	fg	3123	<5000	0,737	0,965	118	2	5	5:43%	14:17%	15:11%	56	0,1	0,0	N		13,6	30,8	28,1	0,6	13,6	0,4	3,5	0,2			
Kreiskrankenhaus Weilburg gGmbH	Weilburg	<200	ö	3174	<10000	1,139	0,876	215	8	20	8:36%	6:19%	5:13%	46	0,4	1,2			14,0	22,7	79,0	1,0	18,4	0,5	8,6	0,3			
VfzS Weilmünster gemeinnützige GmbH	Weilmünster	<500	ö	3151	<5000	1,430	0,959	112	3	6	1:58%	8:12%	4:8%	3	2,3	20,1	P		21,7	28,3	100,0	1,0	16,6	0,5	4,3	0,2			
Lahn-Dill-Kliniken GmbH	Wetzlar	<1000	ö	3156	<50000	1,041	0,768	420	13	39	5:21%	6:14%	8:11%	32	2,5	0,4			15,9	28,2	94,2	0,9	24,7	0,3	16,9	0,2			
ASKLEPIOS Klinik Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<500	p	3182	<20000	1,077	0,834	332	7	25	8:23%	6:11%	3:9%	44	2,3	1,4			6,5	16,5	8,1	0,3	6,3	0,2	4,3	0,1			
DKD HELIOS Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	<50	p	3085	<10000	1,310	0,893	248	4	13	5:18%	6:16%	4:14%	64	10,0	12,5			25,1	57,0	12,0	0,5	3,8	0,2	2,3	0,1			
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH	Wiesbaden	>1000	ö	3152	>50000	1,166	0,741	466	11	38	1:11%	6:11%	5:10%	36	2,1	1,9	B		13,2	31,2	30,8	0,4	21,1	0,3	15,5	0,2			
HELIOS Aukamm-Klinik Wiesbaden	Wiesbaden	<50	p	3091	<5000	1,129	0,983	42	1	3	8:98%	1:1%	18:0%	98	1,5	0,0			20,0	50,0	18,4	0,4	6,9	0,1	4,1	0,1			
MEDIAN Klinik NRZ Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<50	p											0,0	100,0	B			56,1	61,3									
St.-Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	<500	fg	3269	<50000	1,118	0,823	370	7	25	8:21%	6:18%	5:18%	49	1,4	0,0			8,2	18,1	14,4	0,3	11,2	0,2	5,9	0,1			
Mecklenburg-Vorpommern		347		3019		1,099	0,779		13	45	5:16%	8:13%	6:10%	35	3,5	4,88	1	7	2										
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH	Bergen	<500	p	3228	<10000	0,753	0,842	307	7	22	6:16%	5:14%	8:11%	24	1,7	0,0			21,4	23,2	100,0	1,0	100,0	1,0	34,2	0,6			
Wamow-Klinik Bützow gGmbH	Bützow	<50	fg	3194	<5000	0,871	0,892	205	6	17	5:21%	6:19%	8:14%	19	3,8	0,0			6,3	17,8	100,0	1,0	19,7	0,7	5,7	0,3			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				B	P	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Krankenhaus am Crivitzer See GmbH	Crivitz	<50	p	3035	<5000	0,835	0,891	214	4	14	8:24%	14:13%	6:12%	33	1,3	0,0			18,9	29,3	100,0	1,0	9,3	0,9	6,3	0,5		
Kreiskrankenhaus Demmin	Demmin	<500	ö	3097	<10000	0,774	0,851	292	6	20	6:15%	8:11%	4:10%	26	0,7	2,0			15,8	25,3	100,0	1,0	100,0	1,0	64,4	0,7		
BHK-Klinik Greifswald GmbH	Greifswald	<50	fg	3049	<1000	5,614	0,982	28	1	3	1:44%	-1:38%	11:12%	41	1,4	68,3	N		46,2	80,9	8,8	0,9	8,4	0,8	5,6	0,5		
Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	Greifswald	<1000	ö	3155	<50000	1,377	0,673	519	19	56	8:13%	1:11%	5:11%	41	6,1	2,7	P		33,8	58,4	99,2	1,0	72,7	0,7	60,7	0,6		
KMG Klinikum Güstrow GmbH	Güstrow	<500	p	3129	<20000	0,939	0,810	376	9	28	5:21%	6:12%	8:10%	31	1,5	0,2	P		21,8	27,2	100,0	1,0	84,8	0,8	71,0	0,6		
Krankenhaus Bad Doberan GmbH	Hohenfelde	<200	p	3113	<10000	0,861	0,882	223	6	18	5:23%	6:17%	8:12%	23	0,6	0,0			15,0	20,4	100,0	1,0	17,2	0,5	15,9	0,4		
Klinikum Karlsburg	Karlsburg	<500	p	3050	<20000	2,022	0,960	117	2	6	5:71%	10:23%	11:2%	40	4,7	0,0			57,1	91,6	100,0	1,0	33,6	0,6	33,6	0,6		
HELIOS Klinik Leezen	Leezen	<200	p											0,0	100,0	B												
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum	Neubrandenburg	<1000	fg	3113	<50000	1,080	0,727	467	14	45	8:16%	5:12%	6:10%	38	4,7	3,0	P		27,3	45,2	100,0	1,0	100,0	1,0	84,1	0,8		
ASKLEPIOS Klinik Parchim	Parchim	<200	p	3088	<10000	0,869	0,851	282	6	21	5:16%	6:16%	8:12%	26	1,1	0,0			14,2	16,4	100,0	1,0	100,0	1,0	22,9	0,4		
ASKLEPIOS Klinik Pasewalk GmbH i. G.	Pasewalk	<500	p	3272	<20000	0,873	0,818	335	7	27	8:14%	5:13%	6:13%	29	1,4	0,2			22,5	32,1	100,0	1,0	100,0	1,0	49,6	0,5		
MediClin Krankenhaus Plau am See	Plau	<200	p	3002	<10000	1,292	0,885	225	4	16	8:36%	1:23%	5:9%	37	3,1	16,1			25,5	47,5	100,0	1,0	100,0	1,0	31,2	0,5		
Bodden-Kliniken Ribnitz-Dangeren GmbH	Ribnitz-Dangeren	<200	ö	3160	<10000	0,884	0,885	234	7	19	5:20%	6:17%	8:16%	32	1,4	0,0			17,8	29,5	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0		
Klinikum der Universität Rostock	Rostock	>1000	ö	3089	>50000	1,398	0,724	458	15	46	5:16%	8:13%	1:12%	46	5,8	1,9	P		16,1	37,3	68,3	0,7	60,5	0,6	57,7	0,6		
Klinikum Südstadt	Rostock	<500	ö	3149	<50000	1,021	0,833	348	3	23	14:19%	15:13%	8:11%	36	2,3	3,9			15,1	23,5	45,0	0,7	39,5	0,6	37,5	0,6		
Fachklinik Waldeck Schwaan	Schwaan	<50	ö	2776	<5000	14,254	0,991	11	1	2	-1:58%	1:42%		58	0,8	16,7	N		43,3	117,7	100,0	1,0	8,3	0,5	8,0	0,5		
HELIOS-Kliniken Schwerin, Klinikum Schwenn	Schwerin	>1000	p	3121	>50000	1,086	0,714	464	16	49	5:16%	8:13%	4:11%	39	3,3	0,7			23,7	42,4	100,0	1,0	93,2	0,9	70,9	0,6		
HELIOS HanseKlinikum Stralsund	Stralsund	<1000	p	3128	<50000	1,042	0,775	397	11	34	5:14%	6:12%	4:10%	30	3,8	1,4	P		15,8	36,7	100,0	1,0	100,0	1,0	58,8	0,5		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	HHI Marktanteil	10KM	HHI Marktanteil	20KM	HHI Marktanteil	30KM	HHI	
																														8:12%
DRK-Krankenhaus Teterow GmbH	Teterow	<50	fg	3243	<5000	0,810	0,882	237	5	16	5:20%	6:18%	8:12%	24	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	23,9	100,0	1,0	100,0	1,0	15,3	0,5	
Ameos Diakonie Klinikum Anklam-Ueckermünde gGmbH	Ueckermünde	<500	fg	3259	<10000	0,789	0,872	270	6	19	1:17%	5:16%	6:15%	22	1,5	0,2	P					22,7	34,2	100,0	1,0	100,0	1,0	44,4	0,6	
Klinik Amsee GmbH	Waren	<50	p	2917	<5000	1,033	0,986	43	1	2	4:87%	23:7%	-1:2%	5	3,2	0,0						43,8	62,9	44,4	0,9	44,4	0,9	28,4	0,5	
Mürtz-Klinikum GmbH Waren	Waren	<500	p	3152	<10000	0,834	0,804	330	9	30	6:12%	5:12%	3:9%	36	0,6	0,0	P					21,6	29,5	84,0	0,9	84,0	0,9	47,8	0,6	
Kreiskrankenhaus Wolgast GmbH	Wolgast	<200	ö	3177	<10000	0,786	0,858	304	6	19	6:16%	5:15%	8:12%	21	0,5	0,0						18,3	34,9	100,0	1,0	68,3	0,9	23,2	0,6	
Niedersachsen		218		3016		1,068	0,816		13	42	5:16%	8:15%	6:12%	36	3,1	1,61	0	7	26											
Aller-Weser-Klinik	Achim	<200	ö	3142	<10000	0,936	0,866	236	7	21	8:26%	5:13%	6:13%	44	0,6	0,0						13,9	21,5	35,9	0,7	6,5	0,3	4,1	0,2	
AMEOS Klinikum Alfeld	Alfeld	<200	p	3132	<10000	0,886	0,845	294	7	23	6:17%	5:17%	8:14%	28	1,0	0,0						11,5	13,5	100,0	1,0	11,5	0,3	9,3	0,2	
Marienhospital Anklam-Bersenbrück	Anklam	<200	fg	3240	<5000	0,709	0,886	240	3	14	14:16%	6:15%	8:13%	30	0,8	0,0						13,8	16,0	100,0	1,0	34,1	0,5	12,9	0,2	
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich	Aurich	<500	ö	3173	<20000	0,895	0,821	369	7	24	8:15%	6:15%	14:11%	30	1,1	0,1						12,3	25,1	100,0	1,0	100,0	1,0	22,1	0,2	
Fachklinik Bad Bentheim	Bad Bentheim	<50	p	3007	<5000	1,105	0,998	6	1	1	9:96%	8:3%	17:0%		0,0	0,0						N	145,4	225,8	99,5	1,0	38,5	0,5	27,7	0,3
Paulinenkrankenhaus	Bad Bentheim	<50	fg	3276	<5000	1,327	0,976	44	2	5	8:97%	1:1%	18:1%	76	0,1	0,0						21,6	34,2	97,3	1,0	18,5	0,3	7,2	0,2	
Diana-Klinik	Bad Bevensen	<50	p	3073	<5000	1,941	0,989	18	1	2	1:54%	8:21%	5:14%		0,2	0,0						N	37,8	53,4	46,4	0,9	13,5	0,8	7,2	0,5
Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen	Bad Bevensen	<200	p	3020	<20000	2,542	0,944	115	4	9	5:87%	1:3%	-1:3%	57	4,1	0,1						37,8	53,7	99,2	1,0	48,8	0,7	30,0	0,5	
Klinik Fallingbostal	Bad Fallingbostal	<50	p	2984	<1000	0,615	0,995	12	1	1	5:97%	4:2%	-1:1%		0,8	17,5						N	70,3	88,8	60,5	0,8	46,8	0,6	46,8	0,6
HELIOS Klinik Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	<50	p	3235	<10000	1,075	0,848	242	7	23	8:20%	6:18%	5:15%	37	0,9	0,0						17,1	21,9	100,0	1,0	14,6	0,3	8,7	0,2	
ASKLEPIOS Herzkliniken GmbH Fritz-König-Stift	Bad Harzburg	<50	p	3114	<5000	1,387	0,959	121	2	5	8:81%	5:7%	4:3%	65	1,3	0,0						19,8	31,5	100,0	1,0	12,8	0,5	6,5	0,3	
Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten	Bad Lauterberg	<50	fg	3139	<5000	0,988	0,997	19	1	1	10:92%	5:7%	14:0%	7	0,0	0,0						65,4	116,2	94,6	1,0	39,5	0,7	21,8	0,4	
Kirchberg-Klinik	Bad Lauterberg	<50	p	3185	<1000	0,742	0,995	14	1	2	5:100%				0,0	0,0						73,6	92,1	99,9	1,0	42,5	0,6	27,3	0,4	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis			
									25%	50%	1:15%	1:85%	21:0%	O	ZE	SE	B	P	10KM				20KM	30KM		
									Med	oQ	Marktanteil	Marktanteil	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI								
Orthopädische Klinik Dr. Muschinsky	Bad Lauterberg	<50	p	3098	<1000	0,620	0,997	9	1	1	8:85%	21:0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,2	32,2	99,3	1,0	55,5	0,6	22,2	0,3	
Deister-Süntel-Klinik_AWO Gesundheitsdienste GmbH	Bad Münder	<50	fg	3154	<5000	1,004	0,912	149	5	14	5:29%	4:11%	1:10%	5	10,7	4,8		11,1	26,7	39,9	0,6	7,8	0,4	1,5	0,1	
AGAPLISION Evang. Bahnhofs-Krankenhaus Bad Pyrmont gGmbH	Bad Pyrmont	<500	fg	3105	<20000	1,133	0,846	298	7	26	8:27%	1:17%	5:16%	32	1,6	0,6		15,7	24,7	100,0	1,0	36,9	0,6	11,4	0,3	
Augenklinik Dr. Georg	Bad Rothenfelde	<50	p	3160	<1000	0,448	0,991	15	1	2	2:100%			83	0,0	0,0		N	30,1	39,8	99,8	1,0	34,1	0,6	13,0	0,4
Johann-Wilhelm-Ritter Klinik	Bad Rothenfelde	<50	p	3202	<1000	0,998	0,998	4	1	1	9:100%				0,0	0,0		N	35,1	75,1	91,5	1,0	53,9	0,5	21,0	0,2
Schlüchtermann Klinik	Bad Rothenfelde	<200	p	3085	<50000	3,159	0,963	105	2	6	5:94%	-1:2%	4:2%	61	2,7	0,3			43,3	82,9	85,6	0,9	35,6	0,5	10,5	0,2
Klinik Hildesheimer Land	Bad Salzdetfurth	<50	p	3104	<1000	1,030	0,956	82	2	6	8:26%	1:19%	5:18%		4,1	0,0			30,6	52,2	4,7	0,5	3,5	0,3	1,6	0,1
St. Ansgar Klinik Bassum	Bassum	<200	fg	3142	<5000	0,907	0,884	241	5	17	6:24%	5:19%	8:10%	40	0,1	0,1			13,9	24,4	100,0	1,0	55,5	0,7	4,1	0,2
Krankenhaus Borkum	Borkum	<50	ö	3812	<1000	0,402	0,928	102	5	13	5:21%	6:13%	4:12%		0,0	0,0			8,7	8,7	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0
St. Bernhard-Hospital Brake	Brake	<200	fg	3118	<10000	1,001	0,860	255	7	22	5:18%	6:17%	8:15%	32	1,7	0,0			13,1	20,3	100,0	1,0	23,4	0,5	4,1	0,2
Niels Stensen Kliniken Bransche GmbH	Bransche	<50	fg	3158	<5000	0,943	0,887	222	5	15	8:19%	6:18%	20:15%	25	2,4	0,0			2,7	19,4	100,0	1,0	6,7	0,2	4,8	0,2
Augenklinik Dr. Hoffmann	Braunschweig	<50	p		<1000	0,450	0,988	20	2	3	2:100%			86	0,0	0,0		N	60,5	67,6	35,8	0,7	35,7	0,7	33,8	0,6
Fu-Luth. Diakonissenanstalt Marienstift	Braunschweig	<200	fg	3184	<10000	0,821	0,879	260	4	15	6:19%	14:15%	15:10%	38	1,6	0,0			6,3	12,3	10,6	0,4	9,0	0,4	5,3	0,2
Herzogin-Elisabeth-Hospital	Braunschweig	<500	fg	3082	<20000	1,327	0,887	223	5	16	8:44%	6:19%	5:12%	62	1,8	0,1			12,7	26,7	12,8	0,5	10,9	0,4	6,6	0,2
Krankenhaus St. Vinzenz	Braunschweig	<200	fg	3240	<5000	0,698	0,905	201	5	14	4:28%	5:21%	14:10%	30	1,2	0,8			6,3	13,2	7,9	0,4	6,7	0,4	4,0	0,2
Städtisches Klinikum Braunschweig	Braunschweig	>1000	ö	3142	>50000	1,274	0,714	510	15	46	5:14%	1:11%	3:10%	40	3,7	0,6	P		9,0	27,1	63,6	0,6	49,1	0,4	34,6	0,3
Venenzentrum Braunschweig	Braunschweig	<50	p	3022	<5000	0,767	0,997	9	1	1	5:93%	6:5%	9:2%	99	0,0	0,0		N	28,2	39,3	54,7	0,6	50,2	0,5	35,7	0,4
OsteMed Klinik Bremerörde	Bremerörde	<50	ö	3157	<5000	0,801	0,849	263	6	23	5:15%	6:13%	8:13%	24	0,7	0,0			5,8	16,4	100,0	1,0	100,0	1,0	17,6	0,6
Krankenhaus BUCHHOLZ und Winsen gGmbH	Buchholz	<500	ö	3119	<20000	0,916	0,799	379	10	32	5:15%	8:13%	6:12%	30	1,5	0,9			14,1	20,8	99,3	1,0	22,8	0,4	4,8	0,2

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis		
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM	20KM	30KM	
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM	20KM	30KM	
Agaplesion Ev. Krankenhaus Bethel gGmbH	Bielefeld	<200	fg	3144	<10000	0,902	0,853	275	6	22	8:26%	6:16%	5:12%	51	0,2	0,0	14,2	20,9	68,1	0,7	11,4	0,4	7,3	0,2		
Klinikum Großburgwedel	Burgwedel	<500	ö	3152	<20000	0,890	0,832	334	8	24	8:17%	6:15%	5:12%	32	1,0	0,0	16,1	25,9	70,0	0,7	6,7	0,2	4,9	0,1		
Elbe Klinikum Buxtehude	Buxtehude	<500	ö	3137	<20000	0,884	0,837	319	7	23	8:16%	6:16%	5:13%	36	1,0	2,8	11,8	21,5	100,0	1,0	10,5	0,3	3,2	0,1		
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	<1000	fg	3133	<50000	1,082	0,762	444	11	37	5:14%	6:14%	8:12%	34	2,2	0,4	13,8	23,6	100,0	1,0	100,0	1,0	58,0	0,5		
ASKLEPIOS Harz Kliniken GmbH Robert-Koch-Krankenhaus	Clausthal-Zellerfeld	<50	p	3133	<5000	1,135	0,935	119	3	10	8:25%	5:23%	4:11%		1,4	0,2	23,3	28,5	100,0	1,0	6,1	0,4	3,5	0,3		
St. Josefs-Hospital Cloppenburg	Cloppenburg	<500	fg	3146	<20000	0,953	0,824	355	8	25	5:19%	6:12%	8:11%	37	1,5	0,1	10,9	15,6	84,5	0,9	84,5	0,9	17,7	0,3		
Krankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	<200	fg	3035	<5000	1,326	0,960	72	3	7	1:62%	8:10%	4:6%		8,0	60,6	22,7	42,0	26,6	0,8	5,9	0,4	1,6	0,2		
HELIOS Seehospital Sahlenburg	Cuxhaven	<50	p	3123	<5000	1,388	0,972	58	2	5	8:96%	23:2%	1:1%	51	2,3	0,1	41,9	67,4	65,2	0,7	55,8	0,6	32,2	0,5		
Krankenhaus Cuxhaven	Cuxhaven	<500	p	3147	<20000	1,032	0,787	381	10	32	5:18%	6:14%	8:12%	31	3,2	0,1	5,9	11,8	79,7	0,9	61,5	0,7	43,9	0,6		
Krankenhaus St. Elisabeth gGmbH	Damme	<500	fg	3166	<20000	0,890	0,851	316	8	22	1:20%	8:19%	6:11%	29	1,2	0,9	15,5	25,7	100,0	1,0	34,1	0,4	12,2	0,2		
Elbe-leeztel-Klinik, Dannenberg (Elbe)	Dannenberg	<200	p	3036	<5000	0,802	0,853	273	7	22	8:19%	5:17%	6:15%	28	1,2	0,0	14,3	25,0	100,0	1,0	100,0	1,0	22,1	0,7		
Klinikum Delmenhorst	Delmenhorst	<500	ö	3160	<20000	0,985	0,794	370	10	32	6:16%	4:12%	8:12%	34	2,7	0,3	6,3	7,9	65,5	0,6	9,6	0,2	5,9	0,1		
St. Josef-Stift Delmenhorst	Delmenhorst	<200	fg	3195	<10000	0,841	0,847	289	5	22	6:14%	14:13%	8:13%	34	0,7	0,1	4,7	6,6	36,1	0,6	5,1	0,2	3,0	0,1		
Lungenklinik Diekhöfen GmbH	Diekhöfen	<50	ö	3211	<5000	0,886	0,986	30	1	3	4:95%	5:2%	-1:2%	16	4,9	10,5	36,7	54,1	29,4	0,4	26,5	0,4	17,9	0,2		
St. Ansgar Klinik Diepholz	Diepholz	<200	fg	3157	<10000	0,921	0,832	290	10	28	8:19%	5:19%	6:11%	40	0,4	0,0	17,7	22,9	100,0	1,0	16,1	0,4	13,3	0,3		
St. Anne-Hospital Dinklage	Dinklage	<50	fg	3020	<1000	0,849	0,985	21	2	3	8:98%	18:1%	21:1%	99	2,7	0,0	12,8	21,1	39,6	0,7	9,4	0,2	6,8	0,2		
Klinikum Osnabrücker Land, Dissen	Dissen	<200	ö	3125	<10000	0,767	0,857	271	7	22	8:16%	11:13%	6:13%	30	1,7	0,0	10,7	13,8	68,2	0,9	12,0	0,4	2,8	0,1		
Krankenhaus St. Martini	Duderstadt	<200	fg	3139	<10000	0,937	0,851	279	7	23	5:22%	6:16%	8:15%	28	1,7	0,0	13,4	17,6	100,0	1,0	33,2	0,6	6,5	0,3		
Embecker Bürgerspital	Einbeck	<200	ö	3154	<5000	0,800	0,877	208	6	19	8:20%	6:20%	5:18%	22	0,2	0,0	3,5	23,5	100,0	1,0	21,2	0,3	11,2	0,2		
Klinikum Emden Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH	Emden	<500	ö	3656	<20000	0,929	0,836	329	7	24	1:20%	8:14%	6:13%	26	3,1	1,1	7,8	20,8	100,0	1,0	100,0	1,0	20,1	0,3		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.			Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	3	8-99%	1-1%	23-0%	55	0,5	0,0	N	Med	oQ	Marktanteil		HHI	20KM	Marktanteil	HHI	30KM	Marktanteil	HHI	30KM	
																																3
St. Antonius-Stift Emstek*	Emstek	<50	fg	3061	<1000	1,272	0,984	29	1	3	8-99%	1-1%	23-0%	55	0,5	0,0									28,3	43,7	64,6	0,8	27,3	0,3	17,8	0,2
St. Marien-Hospital gGmbH Friesoythe	Friesoythe	<200	fg	3205	<10000	0,915	0,869	276	6	18	8-18%	6-16%	5-12%	29	2,2	0,2									17,0	24,4	100,0	1,0	100,0	1,0	16,4	0,3
STENUM Ortho GmbH	Ganderkesee	<50	p	3072	<5000	2,013	0,980	39	2	4	8-99%	9-0%	1-0%	76	1,6	0,4									42,2	63,1	21,9	0,5	3,4	0,2	2,0	0,1
Klinikum Robert-Koch Gehrden	Gehrden	<500	ö	3146	<20000	0,913	0,815	360	8	27	5-22%	6-14%	11-11%	35	1,3	0,0									11,9	18,8	100,0	1,0	8,1	0,2	5,2	0,1
Franziskus Hospital Hardenberg	Georgsmarienhütte	<500	fg	3105	<20000	0,957	0,853	302	6	23	8-22%	6-18%	9-11%	43	2,1	0,0									12,4	23,0	20,1	0,4	12,9	0,2	11,4	0,2
Klinikum Osnabrücker Land, Georgsmarienhütte	Georgsmarienhütte	<50	ö	3243	<5000	1,048	0,980	66	1	2	20-58%	1-10%	5-7%		2,6	0,0									15,8	33,4	5,4	0,4	4,0	0,3	2,5	0,1
Klinikum Gifhorn GmbH	Gifhorn	<500	p	3140	<20000	0,951	0,813	366	7	29	5-15%	6-14%	8-12%	31	1,8	0,0									12,1	18,4	100,0	1,0	40,6	0,6	14,0	0,3
ASKLEPIOS Herzkliniken GmbH Dr. Herbert-Nieper-Krankenhaus	Goslar	<500	p	3147	<20000	0,971	0,785	391	11	34	5-20%	6-16%	8-10%	36	2,1	0,0									13,6	18,8	100,0	1,0	45,7	0,5	18,8	0,2
Agaplesion Krankenhaus Neu - Bethlehem GGBH	Göttingen	<50	fg	3178	<10000	0,764	0,909	207	4	12	5-40%	14-14%	6-11%	53	1,7	0,0									17,6	34,2	16,9	0,5	14,3	0,4	11,5	0,3
Evangel. Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH	Göttingen	<500	fg	3080	<50000	1,134	0,808	368	9	30	8-22%	4-20%	6-13%	42	2,4	0,5									20,5	32,1	26,5	0,6	22,6	0,5	16,6	0,3
Krankenhaus Neu-Marahlif gGmbH	Göttingen	<200	fg	3059	<10000	1,014	0,899	233	3	10	8-25%	5-21%	6-11%	48	0,8	0,0									17,7	34,2	10,8	0,5	9,1	0,4	7,2	0,3
Universitätsmedizin Göttingen	Göttingen	>1000	ö	3094	>50000	1,511	0,680	516	19	56	1-15%	5-14%	8-10%	40	8,1	2,8									32,3	54,1	61,1	0,6	53,1	0,5	38,8	0,3
Johanniter - Krankenhaus Gronau gGmbH	Gronau	<200	fg	3130	<10000	1,119	0,876	230	6	18	5-21%	8-19%	6-17%	28	0,4	0,0									11,4	14,9	65,4	0,9	8,6	0,3	4,5	0,2
Reha-Zentrum Gyhum	Gyhum	<50	p	3061	<1000	1,539	0,973	50	2	3	1-28%	8-25%	6-18%		3,5	0,0									61,1	94,6	24,8	0,8	6,0	0,7	3,3	0,3
Krankenhaus Hann. Münden gGmbH	Hann. Münden	<200	fg	3262	<5000	0,847	0,837	276	9	28	8-18%	5-16%	6-14%	44	1,1	0,0									6,6	14,9	64,3	0,8	5,6	0,4	3,1	0,2
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	Hann. Münden	<200	fg	3148	<10000	1,240	0,908	200	4	12	11-33%	5-22%	-1-11%	38	10,2	0,0									35,8	66,9	74,3	0,9	12,6	0,4	6,8	0,2
Anastift Hannover	Hannover	<200	fg	3114	<10000	1,637	0,967	62	3	6	8-98%	1-1%	18-1%	78	3,0	0,0									37,2	81,0	12,8	0,2	10,9	0,2	8,3	0,1
Auf der Bult Kinder- und Jugendkrankenhaus	Hannover	<500	fg	3122	<10000	0,947	0,910	235	3	9	6-19%	1-17%	3-14%	20	4,7	8,5									13,0	31,2	6,0	0,2	5,0	0,2	3,9	0,1

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.			Not-fall		AOK-Patienten-wege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med	oQ	10KM	20KM	30KM	Med	oQ	10KM	20KM	30KM	Med	oQ	10KM	20KM	30KM
									Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil
Diakonienkrankenhaus Friede-riensstift gGmbH	Hammer	<500	fg	3168	<50000	1,020	0,799	403	7	29	8:25%	1:11%	14:9%	42	2,7	0,5				6,6	13,1	10,6	0,2	8,9	0,2	6,9	0,1						
Diakonienkrankenhaus Henrietenstiftung gGmbH	Hammer	<1000	fg	3190	<50000	1,015	0,791	397	8	31	5:14%	1:11%	14:11%	37	1,3	0,3				8,6	19,1	10,5	0,2	8,9	0,2	6,9	0,1						
DRK-Krankenhaus Clemeni-nenhaus	Hammer	<200	fg	3132	<20000	0,951	0,887	244	5	16	5:31%	6:21%	8:14%	42	1,6	0,0				6,4	14,0	6,7	0,2	5,5	0,2	4,6	0,1						
Klinikum Nordstadt	Hammer	<500	ö	3169	<50000	1,022	0,787	394	10	32	3:14%	8:14%	1:13%	44	0,8	0,3				8,8	15,0	13,3	0,2	10,6	0,2	9,7	0,2						
Klinikum Oostadt-Heide-haus*	Hammer	<500	ö	3140	<20000	1,226	0,897	248	5	13	4:44%	5:20%	6:9%	25	2,8	1,2				13,1	24,4	9,6	0,2	7,5	0,2	6,8	0,2						
Klinikum Siloah*	Hammer	<500	ö	3145	<20000	1,045	0,862	296	6	20	6:29%	5:24%	11:12%	37	2,3	0,7				6,6	13,1	11,1	0,2	9,1	0,2	6,9	0,1						
Lister Krankenhaus	Hammer	<50	fg	3123	<1000	0,430	0,988	45	1	2	3:79%	2:17%	21:1%	96	0,0	0,0				N	13,8	21,8	9,1	0,3	8,3	0,3	8,0	0,3					
Medizinische Hochschule Hammer	Hammer	>1000	ö	3103	>50000	1,769	0,660	533	19	59	5:13%	1:11%	3:9%	44	11,9	3,0				26,1	65,7	25,6	0,2	21,7	0,2	16,9	0,2						
Sophienklinik	Hammer	<50	p	3208	<5000	0,631	0,959	133	2	5	8:76%	6:6%	3:5%	56	0,1	0,0				10,3	16,2	4,4	0,2	3,6	0,2	2,8	0,1						
Sophienklinik Vahrenwald	Hammer	<50	p	3138	<1000	0,605	0,973	50	2	5	8:65%	6:19%	13:9%	99	0,0	0,0				N	14,3	30,4	2,7	0,2	2,0	0,2	1,8	0,1					
Vinzenzkrankenhaus	Hammer	<500	fg	3139	<20000	0,944	0,828	345	7	24	5:21%	6:13%	11:12%	34	0,5	0,0				7,5	13,9	8,7	0,2	7,2	0,2	5,3	0,1						
St. Vinzenz - Hospital	Haselünne	<200	fg	3152	<5000	0,770	0,934	112	4	11	5:27%	4:22%	6:14%	1	1,1	0,5				2,7	14,1	100,0	1,0	6,0	0,3	6,0	0,3						
HELIOS St. Marienberg Klinik	Helmeberg	<500	p	3102	<20000	0,910	0,830	276	9	27	5:18%	6:16%	8:15%	26	0,8	0,0				14,3	22,6	100,0	1,0	100,0	1,0	27,5	0,5						
Kliniken Herzberg u. Osterode GmbH	Herzberg am Harz	<500	p	3131	<20000	0,925	0,828	333	8	26	5:19%	6:16%	8:13%	25	1,4	0,0				9,8	18,9	100,0	1,0	45,4	0,6	11,0	0,3						
BDH-Klinik Hessisch Olden-dorf	Hessisch Oldendorf	<200	fg	3078	<5000	3,249	0,987	25	1	2	1:91%	-1:8%	21:1%	8	5,7	55,7				32,6	56,8	100,0	1,0	21,1	0,4	7,0	0,3						
Klinikum Hildesheim GmbH	Hildesheim	<1000	p	3139	<50000	1,089	0,770	435	10	34	8:18%	5:16%	6:12%	39	2,2	1,0				13,0	22,3	46,2	0,6	38,0	0,4	8,8	0,2						
St. Bernward Krankenhaus	Hildesheim	<1000	fg	3150	<50000	0,984	0,800	409	9	29	5:15%	1:13%	6:11%	30	2,0	0,9				12,7	21,8	49,6	0,6	40,9	0,4	9,1	0,1						
AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus	Holzmissen	<200	fg	3109	<10000	0,972	0,799	346	11	34	5:20%	8:14%	6:13%	32	1,0	0,1				14,6	20,8	31,5	0,6	31,5	0,6	19,1	0,4						
Waldklinik Jesterburg	Jesterburg	<50	p	3070	<1000	3,330	0,991	15	1	2	1:90%	-1:10%		10	5,0	75,4				60,7	101,4	8,8	0,9	2,8	0,4	0,8	0,1						
Klinikum Agnes-Karll Laatzten	Laatzten	<500	ö	3151	<20000	1,050	0,867	280	6	19	8:28%	1:19%	5:15%	32	1,1	0,0				4,5	14,0	9,6	0,3	6,6	0,2	4,7	0,1						

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	11:26%	8:56%	12:9%	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM		20KM		30KM			
																							Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI		
Seepark Klinik Debestedt	Langen-Debestedt	<500	fg	3147	<10000	1,149	0,948	120	4	8	8:56%	11:26%	12:9%	66	3,1	0,0	P	19,2	43,8	33,1	0,5	29,8	0,4	21,4	0,3					
Geriatric Langenhagen	Langenhagen	<50	ö	3089	<5000	1,549	0,974	66	1	3	8:33%	1:18%	5:16%		0,4	0,4		21,0	32,3	1,6	0,2	1,0	0,1	1,0	0,1					
Paracelsus-Klinik am Silbersee	Langenhagen	<50	p	3165	<5000	0,807	0,892	237	5	15	8:24%	6:13%	5:12%	37	0,3	0,0		8,4	16,3	3,3	0,2	2,8	0,2	2,5	0,1					
Bormäus-Hospital gGmbH	Leer	<500	fg	3143	<20000	0,875	0,811	363	7	30	8:18%	11:13%	6:13%	46	0,7	0,0		19,3	26,7	46,9	0,6	34,4	0,4	20,0	0,3					
Kreiskrankenhaus Leer	Leer	<500	ö	3159	<20000	0,874	0,857	341	6	19	5:24%	6:16%	8:15%	26	0,9	0,1		15,3	22,6	55,7	0,6	37,9	0,4	21,9	0,3					
Klinikum Lehrte	Lehrte	<200	ö	3172	<10000	0,900	0,855	253	9	25	8:19%	6:19%	5:18%	37	1,1	0,0		7,0	13,0	100,0	1,0	4,9	0,2	3,5	0,1					
Residenz Kliniken GmbH	Lilienthal	<50	p	3116	<10000	1,383	0,878	203	4	18	5:44%	8:17%	6:13%	50	1,6	0,0		12,5	21,2	7,9	0,5	4,2	0,3	3,2	0,2					
Hedon-Klinik GmbH & Co. KG	Lingen (Ems)	<50	p	2998	<1000	2,083	0,993	11	1	2	1:100%				3,9	81,2		N	86,9	139,6	35,8	0,6	32,0	0,5	7,6	0,3				
St. Bonifatius-Hospital, Lingen	Lingen (Ems)	<500	fg	3168	<50000	1,108	0,780	416	9	32	5:17%	8:16%	6:11%	42	1,4	0,1		14,9	25,5	99,4	1,0	33,3	0,3	23,2	0,3					
St. Franziskus-Hospital Lohne	Lohne	<200	fg	3212	<10000	0,838	0,855	241	8	24	8:18%	11:17%	6:13%	42	1,2	0,1		8,5	17,5	32,4	0,7	18,4	0,4	10,8	0,2					
St. Anna-Klinik gGmbH	Löningen	<50	fg	3199	<5000	0,809	0,867	260	7	19	11:20%	6:17%	5:15%	40	0,2	0,1		13,3	22,0	100,0	1,0	24,8	0,4	12,7	0,3					
Orthoklinik Lüneburg	Lüneburg	<50	ö	3094	<5000	1,176	0,982	33	2	4	8:100%	1:0%		91	0,7	0,0	N	15,0	31,0	27,3	0,6	15,9	0,4	11,9	0,2					
Privatklinik Dr. Havemann	Lüneburg	<50	p	3034	<1000	0,596	0,974	49	2	4	13:34%	14:29%	15:21%	54	0,0	0,0	N	10,2	21,4	7,7	0,9	5,4	0,5	3,3	0,3					
Städtisches Klinikum Lüneburg	Lüneburg	<500	ö	3065	<50000	1,033	0,768	440	9	32	5:14%	6:14%	1:10%	34	2,6	0,2		11,5	26,6	89,3	0,9	59,4	0,5	34,9	0,3					
Christliches Klinikum Meile GmbH	Meile	<200	fg	3176	<10000	0,909	0,858	293	7	21	8:24%	6:13%	5:12%	41	1,4	0,1		5,3	16,7	100,0	1,0	17,5	0,3	3,7	0,1					
Ludmillersftt	Meppen	<500	fg	3125	<20000	1,098	0,808	399	8	27	8:19%	1:13%	6:11%	36	3,3	5,4		18,6	26,3	100,0	1,0	46,0	0,5	35,1	0,4					
Altus-Klinik	Munster	<50	p	3129	<1000	0,630	0,997	11	1	1	5:93%	6:4%	9:2%	96	0,0	0,0	N	34,0	53,6	100,0	1,0	79,7	1,0	72,5	0,8					
Flügelhofsee Klinik	Munster	<50	p	3189	<1000	0,357	0,994	6	1	2	3:59%	21:41%		58	0,0	0,0	N	20,2	21,0	100,0	1,0	43,5	0,7	23,0	0,4					
Klinikum Neustadt a. Rbge.	Neustadt a. Rbge.	<500	ö	3156	<20000	0,844	0,841	337	7	24	5:21%	6:15%	8:11%	23	0,8	0,0		13,9	16,8	100,0	1,0	98,9	1,0	6,3	0,1					
Mittelweserkliniken GmbH, Krankenhaus Nienburg	Nienburg	<500	p	3096	<20000	0,978	0,825	356	9	27	5:21%	1:14%	8:12%	29	2,0	0,1		14,8	25,6	100,0	1,0	84,4	0,8	30,7	0,3					
Ubbö-Emmius-Klinik Norden	Norden	<500	ö	3204	<10000	0,750	0,882	259	6	17	5:22%	6:20%	4:11%	16	1,5	0,1	P	7,0	13,6	100,0	1,0	79,9	0,8	26,4	0,4					

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungs-dichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis				
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	P	B	Med			oQ	HHI Markt-anteil	HHI Markt-anteil	HHI Markt-anteil	10KM	20KM	30KM
Wesermarsch-Klinik Nordenham	Nordenham	<200	p	3127	<5000	0,856	0,844	282	8	22	8:17%	6:13%	5:12%	29	1,2	0,2	3,9	17,6	100,0	1,0	9,7	0,4	5,6	0,2				
Allergie- und Hautklinik	Nordney	<50	p	3586	<5000	0,718	0,922	153	2	11	9:39%	5:13%	8:10%	21	0,8	0,0	5,4	118,5	100,0	1,0	23,7	0,8	23,7	0,8				
Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße GmbH	Nordhorn	<500	ö	3028	<20000	0,910	0,809	367	8	27	5:16%	6:14%	8:11%	29	1,4	0,1	12,4	19,9	100,0	1,0	43,9	0,6	30,2	0,3				
HELIOS Albert-Schweitzer-Klinik Northheim	Northheim	<500	p	3129	<20000	1,050	0,814	244	11	33	5:27%	8:13%	6:11%	42	2,1	0,0	13,1	30,1	100,0	1,0	13,5	0,4	10,2	0,3				
Evang. Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	3139	<20000	1,106	0,848	326	6	21	8:21%	1:20%	3:18%	42	2,9	4,1	17,5	34,1	29,3	0,5	29,3	0,5	13,6	0,2				
Klinikum Oldenburg	Oldenburg	<1000	ö	3110	>50000	1,477	0,735	472	13	41	5:21%	3:11%	6:10%	43	6,4	1,2	25,2	57,7	54,9	0,6	54,9	0,6	27,4	0,3				
Plus-Hospital Oldenburg	Oldenburg	<500	fg	3116	<50000	1,192	0,807	355	10	33	6:15%	4:14%	8:13%	59	5,5	1,8	20,8	45,3	31,3	0,6	31,3	0,6	14,3	0,2				
Christliches Kinderhospital Osnabrück	Osnabrück	<200	fg	3169	<10000	0,900	0,911	218	3	12	6:21%	4:15%	15:13%	12	1,9	4,7	18,8	28,4	16,2	0,4	11,2	0,2	8,3	0,2				
Klinikum Osnabrück GmbH	Osnabrück	<1000	ö	3137	<50000	1,288	0,745	454	11	41	8:17%	5:13%	1:13%	42	3,3	3,9	14,3	28,7	33,5	0,4	22,9	0,3	19,3	0,2				
Marienhospital Osnabrück	Osnabrück	<1000	fg	3143	<50000	1,115	0,776	408	12	36	5:22%	6:11%	8:11%	41	4,6	0,1	10,0	26,5	32,8	0,4	23,1	0,3	17,4	0,2				
Paracelsus-Klinik Osnabrück	Osnabrück	<200	p	3174	<10000	1,035	0,872	257	6	18	1:23%	8:20%	3:18%	56	5,3	0,1	12,9	34,3	12,4	0,4	9,5	0,3	6,2	0,2				
Krankenhaus St. Raphael	Ostercappeln	<200	fg	3133	<10000	1,116	0,877	269	5	16	4:36%	6:17%	5:11%	36	2,1	0,2	13,4	25,5	100,0	1,0	9,0	0,2	6,4	0,2				
Kreis-Krankenhaus Osterholz	Osterholz	<200	ö	3192	<10000	0,776	0,865	256	7	21	5:15%	8:14%	6:14%	21	0,5	0,0	4,6	16,2	100,0	1,0	6,7	0,3	4,2	0,2				
Krankenhaus Land Hadeln	Otterndorf	<50	p	3140	<5000	0,945	0,857	229	8	25	6:22%	8:21%	5:18%	40	1,1	0,0	16,1	28,2	100,0	1,0	30,2	0,6	22,3	0,6				
Marien-Krankenhaus Papenburg	Papenburg – Aschendorf	<500	fg	3121	<20000	0,941	0,833	336	7	24	8:18%	5:18%	6:14%	30	0,9	0,0	10,7	16,3	100,0	1,0	27,6	0,4	21,0	0,3				
Klinikum Peine gGmbH	Peine	<500	fg	3136	<20000	1,051	0,813	346	11	30	5:24%	6:15%	8:12%	31	2,5	0,0	7,1	13,3	100,0	1,0	16,7	0,4	6,5	0,2				
Christliches Krankenhaus Quakenbrück e.V.	Quakenbrück	<500	fg	3078	<20000	1,199	0,860	280	6	20	5:24%	8:18%	1:17%	31	1,1	0,3	16,8	30,0	100,0	1,0	51,5	0,5	15,5	0,2				
Kreis-Krankenhaus Rinteln	Rinteln	<200	ö	3556	<5000	0,733	0,878	218	7	19	5:20%	6:17%	8:11%	21	0,1	0,0			35,9	0,6	5,8	0,4	3,4	0,2				
Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg	Rotenburg	<1000	fg	3138	<50000	1,045	0,753	461	11	36	5:12%	8:12%	1:12%	34	2,1	1,2	27,6	36,9	100,0	1,0	99,2	1,0	50,5	0,4				
Klinikum Salzgitter GmbH	Salzgitter	<500	p	3132	<20000	1,000	0,805	403	9	28	5:16%	8:15%	6:13%	34	1,3	0,0	7,5	13,9	100,0	1,0	13,5	0,3	8,7	0,2				
St. Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter gGmbH	Salzgitter	<200	fg	3173	<10000	0,788	0,866	254	6	20	5:20%	6:15%	8:11%	23	0,4	0,0	3,0	13,4	100,0	1,0	13,5	0,3	5,4	0,2				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	10KM		20KM		30KM	
																								Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
Rheiderland-Krankenhaus Ammerland Klinik Westerstede	Weener/fms Westerstede	<50	fg	3145	<5000	1,077	0,939	140	3	7	5:50%	20:16%	6:7%	38	0,5	0,0			13,5	28,2	24,4	0,8	8,6	0,4	6,4	0,3			
Bundeswehrkrankenhaus Westerstede	Westerstede	<50	ö	3107	<20000	1,055	0,796	370	10	33	5:22%	6:14%	1:13%	40	2,4	0,3			20,3	41,9	91,0	0,9	91,0	0,9	19,2	0,3			
Reinhard-Nieter-Krankenhaus	Wilderhausen	<200	fg	3164	<10000	0,896	0,841	288	7	26	8:15%	6:14%	5:12%	31	1,5	0,0			11,1	17,7	100,0	1,0	32,5	0,6	7,3	0,2			
St. Wilhelms-Hospital	Wilhelmshaven	<200	fg	3128	<10000	0,953	0,817	329	8	29	8:18%	5:18%	6:13%	36	3,7	0,0			4,9	13,0	21,9	0,5	18,4	0,4	14,2	0,3			
Krankenhaus Buchholz und WINSER gombH	Winsen/Lohe	<500	ö	3100	<20000	0,912	0,822	335	8	29	8:22%	3:14%	6:12%	42	1,6	0,1			8,9	25,0	100,0	1,0	14,7	0,3	4,8	0,1			
Städtisches Krankenhaus Wittlingen GmbH	Wittlingen	<50	p	3183	<5000	0,695	0,880	199	6	18	6:18%	5:15%	8:14%	17	1,3	0,2			12,5	19,7	100,0	1,0	100,0	1,0	75,4	0,9			
Kreiskrankenhaus Wittmund	Wittmund	<200	ö	3071	<10000	0,839	0,864	270	7	20	8:25%	5:14%	6:14%	36	0,6	0,0			19,2	20,2	100,0	1,0	22,6	0,5	13,8	0,3			
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel	Wolfenbüttel	<500	ö	3169	<20000	0,913	0,828	328	8	26	5:19%	6:16%	8:14%	30	1,0	0,0			12,3	21,2	18,1	0,5	14,3	0,3	11,2	0,2			
Städtisches Klinikum Wolfsburg	Wolfsburg	<1000	ö	3160	<50000	0,974	0,760	454	9	35	5:15%	6:12%	3:11%	37	1,9	1,3			11,5	24,2	100,0	1,0	64,6	0,6	22,0	0,3			
OsteMed Martin-Luther-Krankenhaus	Zeven	<50	p	3147	<5000	0,816	0,864	223	7	21	5:21%	6:16%	8:14%	20	0,3	0,0			2,3	20,4	94,9	0,9	94,9	0,9	14,0	0,6			
Nordrhein-Westfalen		371		3037		1,089	0,821		14	46	5:16%	8:15%	6:12%	37	3,1	1,36	24	66	12										
Luisen-Hospital	Aachen	<500	fg	3127	<20000	0,949	0,816	379	9	28	6:16%	5:15%	8:12%	44	1,0	0,0			4,6	10,7	18,3	0,4	13,9	0,3	9,0	0,2			
Marien-Hospital Aachen	Aachen	<500	fg	3101	<20000	1,024	0,816	361	8	25	8:18%	5:14%	9:13%	52	1,4	0,0			6,7	11,1	12,6	0,3	11,1	0,3	7,2	0,2			
St.-Franziskus-Krankenhaus Aachen	Aachen	<200	fg	3127	<10000	0,941	0,879	250	6	19	8:27%	11:14%	4:12%	49	2,1	0,1			8,2	17,8	7,2	0,3	5,4	0,3	3,7	0,2			
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	>1000	ö	3096	>50000	1,590	0,693	505	17	54	5:18%	1:12%	8:8%	40	6,7	2,4	B		20,6	37,1	43,3	0,4	31,8	0,3	25,9	0,2			
St.-Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Ahaus	<500	fg	3147	<20000	0,881	0,806	364	11	31	8:18%	5:13%	6:10%	34	2,3	0,1			15,4	21,4	100,0	1,0	26,8	0,4	19,0	0,3			
St.-Vinzenz-Gesellschaft mbH	Ahlen	<500	fg	3129	<20000	0,817	0,847	312	6	22	6:16%	4:12%	1:11%	22	1,5	0,1			6,4	14,0	31,3	0,6	14,3	0,3	4,4	0,1			
St.-Vinzenz-Krankenhaus	Altena	<200	fg	3068	<5000	0,861	0,878	220	6	18	8:24%	5:18%	6:17%	26	1,7	0,0			2,3	8,5	5,3	0,4	2,6	0,2	1,1	0,1			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1:13%	6:15%	5:20%		6:15%	1:13%	10KM				20KM	30KM	HHI	HHI	HHI	
																										O
Klinikum Arnsberg GmbH	Arnsberg	<1000	fg	3121	<50000	0,925	0,803	386	9	28	5:20%	6:15%	1:13%	24	1,8	0,8	P		13,5	19,8						
Krankenhaus St. Barbara Attendorf GmbH	Attendorf	<500	p	3138	<10000	0,979	0,844	300	7	25	8:27%	5:19%	6:10%	34	1,0	1,8			16,1	19,0	69,2	0,7	14,1	0,4	7,1	0,2
HELOS Klinik Bad Berleburg Wittgensteiner Akutklinik "Bad Berleburg" GmbH	Bad Berleburg	<200	p	3034	<10000	0,924	0,836	262	9	28	5:22%	8:16%	6:15%	34	0,9	0,0			1,1	26,1	100,0	1,0	25,2	0,4	19,9	0,3
Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	<500	fg	3006	<10000	0,913	0,839	300	8	25	8:17%	6:15%	5:13%	38	1,7	0,9			15,0	16,5	23,4	0,4	4,2	0,1	3,2	0,1
Artemed Fachklinik Prof. Dr. Dr. Salfeld GmbH Bad Oeynhaus	Bad Oeynhaus	<50	p	3025	<5000	0,713	0,998	2	1	1	5:100%			100	0,0	0,0		N	52,6	82,1	85,3	0,7	81,5	0,7	76,6	0,6
Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhaus	<200	fg	3091	<10000	1,743	0,973	71	2	5	8:97%	1:1%	21:1%	72	0,9	0,0			24,9	43,5	42,5	0,7	8,9	0,2	4,9	0,2
Herz- und Diabetiszentrum Nordrhein Westfalen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum	Bad Oeynhaus	<500	fg	3093	<50000	3,197	0,950	164	3	7	5:74%	10:14%	4:6%	48	12,5	0,0			41,9	87,6	37,4	0,6	17,5	0,3	8,6	0,2
Rheuma-Klinik Dr. Lauen	Bad Oeynhaus	<50	p	3051	<1000	0,841	0,996	4	1	1	8:100%	9:0%			0,0	0,0		N	15,0	27,5	37,7	0,5	14,7	0,2	8,0	0,1
Zweckverband Krankenhaus Bad Oeynhaus	Bad Oeynhaus	<500	ö	3136	<20000	0,986	0,845	312	7	22	5:23%	6:16%	8:16%	28	1,3	0,0			7,2	8,5	22,6	0,6	9,0	0,3	4,3	0,2
St.-Elisabeth-Hospital Beckum GmbH	Beckum	<500	fg	3109	<10000	0,973	0,864	298	5	17	8:26%	5:17%	6:14%	29	0,4	0,0			2,5	14,5	100,0	1,0	9,9	0,3	4,6	0,1
St.-Hubertus-Stift	Bedburg	<50	fg	3091	<5000	0,860	0,905	158	5	15	5:22%	8:19%	6:16%	20	0,3	0,0			3,7	14,8	31,6	0,6	7,6	0,2	0,9	0,1
LVR-Klinik Bedburg-Hau	Bedburg-Hau	<500	ö	3028	<5000	0,967	0,975	71	2	5	1:82%	3:6%	19:3%		1,0	0,4	P		9,6	15,2	14,9	0,5	14,9	0,5	9,5	0,3
Krankenhaus Maria Hilf	Bergheim	<500	fg	3089	<10000	0,848	0,856	283	7	22	6:15%	5:14%	8:14%	26	0,4	0,0			6,0	15,3	74,0	0,7	7,4	0,2	1,9	0,1
Ev. Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	3124	<20000	0,992	0,844	327	7	22	5:36%	8:12%	6:11%	37	1,0	0,0	P		6,8	13,8	12,7	0,3	3,6	0,1	2,3	0,1
Marien-Krankenhaus gGmbH	Bergisch Gladbach	<500	fg	3105	<20000	1,146	0,838	304	8	26	8:22%	1:20%	11:14%	35	0,4	0,2			8,1	15,1	13,6	0,3	3,8	0,1	2,5	0,1
Frauenklinik Dr. Hartog	Bielefeld	<50	p	3087	<1000	0,643	0,977	35	2	6	13:44%	14:19%	9:18%	72	0,0	0,0		N	8,5	16,3	6,6	0,3	4,3	0,2	3,0	0,1
Katholische Hospitalvereinigung Ostwestfalen	Bielefeld	<500	fg	3127	<50000	0,971	0,805	400	9	30	6:18%	8:16%	5:12%	38	1,7	0,0			16,6	32,6	25,2	0,4	16,4	0,2	10,2	0,2

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC						Part. in %	Budget-Anteile		Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1:30%	8:25%	11:15%	O	ZE	SE		B	P			Med	oQ	HHI Marktanteil	10KM	HHI Marktanteil	20KM	HHI Marktanteil	30KM	HHI Marktanteil
MediClin Robert Janker Klinik	Bonn	<50	p	3159	<5000	1,402	0,973	54	2	5	1:30%	8:25%	11:15%	44	10,3	0,0						21,4	41,5	6,6	0,3	4,5	0,2	2,1	0,1	
Universitätsklinikum Bonn	Bonn	>1000	ö	3098	>50000	1,576	0,711	490	16	51	1:12%	5:12%	8:9%	45	9,3	2,4	P					24,6	50,8	33,5	0,3	21,9	0,2	10,1	0,1	
St.-Marien-Hospital Borken GmbH	Borlen	<500	fg	3090	<20000	1,021	0,840	316	8	25	8:27%	1:17%	6:12%	34	1,1	1,3						12,2	18,9	100,0	1,0	34,9	0,5	9,4	0,2	
Krankenhaus Zur Heiligen Familie	Bornheim	<50	fg	3107	<5000	1,781	0,967	78	1	3	1:34%	5:19%	8:13%		0,3	0,0						10,3	19,6	7,3	0,4	0,6	0,1	0,4	0,0	
Knappschaftskrankenhaus Bottrop gmbH	Bottrop	<500	ö	3126	<20000	1,279	0,884	298	9	30	5:21%	1:17%	6:13%	34	4,7	0,2						4,4	7,6	12,0	0,2	3,5	0,1	2,3	0,1	
Marienhospital Bottrop gmbH	Bottrop	<500	fg	3154	<20000	0,897	0,841	341	6	21	6:21%	5:15%	8:13%	32	1,5	0,0						3,5	9,1	13,1	0,2	2,9	0,1	1,7	0,0	
Städt. Krankenhaus Maria-Hilf-Brilon	Brilon	<500	ö	3157	<10000	0,822	0,812	404	8	28	8:17%	5:16%	6:13%	34	1,5	0,0						14,8	23,6	63,7	0,8	46,8	0,5	15,7	0,2	
Marienhospital Brühl GmbH	Brühl	<500	fg	3142	<10000	0,817	0,837	297	7	25	6:18%	5:16%	8:13%	31	0,2	0,0						1,5	9,6	32,3	0,4	2,5	0,1	1,5	0,1	
Lukas-Krankenhaus Bünde	Bünde	<500	fg	3135	<20000	1,061	0,809	343	10	32	8:21%	5:19%	6:17%	41	0,9	2,4	B					5,4	11,9	98,7	1,0	14,1	0,3	5,0	0,2	
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauel	Castrop-Rauel	<500	fg	3076	<20000	1,019	0,855	295	7	21	8:21%	1:17%	5:15%	25	2,1	2,1	P					5,6	13,9	9,0	0,2	2,2	0,1	1,3	0,0	
Christophorus-Kliniken GmbH Betriebsteil St. Vincenz-Hospital GmbH	Coesfeld	<1000	fg	3137	<50000	0,901	0,812	387	8	27	5:17%	6:16%	4:10%	21	1,7	1,7						16,5	19,0	100,0	1,0	54,7	0,5	21,8	0,3	
St. Vincenz-Krankenhaus Datteln	Datteln	<500	fg	3062	<20000	0,871	0,828	347	6	24	14:15%	6:11%	5:11%	41	1,1	0,0						7,6	15,1	31,8	0,5	4,1	0,1	2,3	0,1	
Vestische Kinderklinik Detmold	Detmold	<500	fg	3466										0,6	99,4	B	P					20,7	26,4							
Klinikum Lippe GmbH – Detmold	Detmold	>1000	ö	3126	<50000	1,095	0,752	476	12	39	5:15%	8:14%	6:11%	38	2,8	0,6	P					13,4	20,1	100,0	1,0	84,2	0,9	14,6	0,2	
St. Vincenz-Hospital gGmbH Dinslaken	Dinslaken	<500	fg	3108	<20000	0,850	0,832	308	6	24	6:16%	8:15%	5:11%	28	1,2	0,0	P					4,6	11,8	17,4	0,4	4,3	0,1	1,9	0,1	
Kreis-Krankenhaus Dormagen	Dormagen	<500	ö	3116	<20000	0,953	0,818	338	9	30	5:18%	8:17%	6:14%	39	1,6	0,1						8,0	11,9	79,0	0,7	3,2	0,1	1,8	0,0	
Ev. Krankenhaus Bethanien GmbH	Dortmund	<200	fg	3094	<5000	1,085	0,907	165	5	16	8:45%	5:20%	20:7%	34	1,0	0,0						5,7	12,5	7,1	0,4	1,6	0,1	1,0	0,1	
Ev. Krankenhaus Lütgendortmund GmbH	Dortmund	<500	fg	3091	<10000	0,980	0,873	242	6	19	8:22%	6:22%	5:13%	42	0,7	0,0	P					4,5	11,3	3,1	0,2	1,3	0,1	0,7	0,0	
Hüttenhospital Dortmund-Hörde	Dortmund	<200	ö	3107	<10000	1,626	0,959	117	2	5	1:26%	5:15%	10:11%		1,6	5,8						8,6	12,1	6,4	0,3	1,5	0,1	0,9	0,1	

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Kath.-Krankenhaus Dortmund West	Dortmund	<500	fg	3095	<20000	0,908	0,844	336	7	23	8:22%	6:16%	5:14%	33	0,5	0,0			6,3	14,4	8,5	0,2	3,4	0,1	1,9	0,1		
Klinikum Dortmund gGmbH	Dortmund	>1000	ö	3134	>50000	1,331	0,721	494	17	49	8:13%	5:11%	1:9%	45	1,8	0,8			8,1	19,2	36,5	0,3	11,4	0,1	7,3	0,1		
Klinikum Westfalen GmbH	Dortmund	<1000	ö	3028	<50000	1,125	0,802	390	10	30	8:18%	6:13%	4:12%	35	1,7	0,1			7,1	14,1	16,0	0,3	5,8	0,1	3,2	0,1		
Marien Hospital Dortmund-Hornbruch	Dortmund	<200	fg	3147	<5000	0,890	0,953	100	2	5	20:29%	5:22%	10:14%	4	1,4	0,0	P		6,0	10,7	3,4	0,2	1,3	0,1	0,7	0,0		
St.-Elisabeth-Krankenhaus Dortmund	Dortmund	<50	fg	3069	<5000	1,480	0,969	85	2	3	1:34%	8:24%	5:22%		1,0	6,3			10,6	17,0	3,7	0,2	1,3	0,1	0,5	0,1		
St.-Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	<1000	fg	3133	<50000	1,169	0,859	379	8	24	5:34%	2:14%	6:10%	46	2,7	0,8	B		8,3	15,6	23,8	0,3	7,5	0,1	4,8	0,1		
St.-Josefs-Hospital	Dortmund	<500	fg	3030	<20000	0,973	0,818	346	8	28	6:16%	11:14%	5:10%	34	1,3	0,0			5,8	10,0	11,8	0,4	2,8	0,1	1,8	0,1		
Beufsenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Buchholz	Duisburg	<50	ö	3094	<5000	1,548	0,942	137	2	8	8:77%	1:6%	9:6%	87	1,3	35,0			22,1	43,0	5,9	0,2	1,3	0,1	0,8	0,0		
Evang. Krankenhaus Bethesda	Duisburg	<500	fg	3124	<20000	0,993	0,848	329	6	20	4:16%	8:14%	6:11%	40	1,1	0,1			3,9	8,3	11,5	0,2	3,3	0,1	2,1	0,0		
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH	Duisburg	>1000	fg	3190	>50000	1,504	0,809	425	10	31	5:29%	4:12%	8:10%	44	4,8	0,1	P		10,3	17,2	29,5	0,3	8,8	0,1	4,9	0,1		
HELIOS Klinikum Duisburg	Duisburg	>1000	p	3127	<50000	1,145	0,834	423	10	31	8:14%	6:14%	5:12%	28	4,8	0,1	P		4,6	7,5	13,4	0,2	5,4	0,1	2,9	0,1		
Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen	Duisburg	<500	fg	3164	<20000	1,111	0,856	294	6	21	5:37%	6:16%	8:13%	33	4,3	0,9			4,2	7,2	9,1	0,2	3,0	0,1	1,4	0,0		
Malteser St. Anna gGmbH	Duisburg	<1000	fg	3138	<50000	1,049	0,799	414	10	31	3:24%	6:13%	5:13%	41	2,4	0,4			14,0	18,4	19,7	0,3	3,7	0,1	2,2	0,0		
Krankenhaus Dören gGmbH	Dören	<500	ö	3164	<20000	1,077	0,795	359	10	32	5:21%	6:14%	11:10%	36	3,0	0,0			6,2	12,8	44,9	0,5	21,4	0,2	8,8	0,1		
St.-Augustinus-Krankenhaus GmbH	Dören	<500	fg	3154	<20000	1,043	0,862	261	6	20	8:29%	1:22%	6:13%	27	1,5	0,3			9,7	14,2	29,8	0,5	16,2	0,3	5,7	0,1		
St.-Marien-Hospital gGmbH Dören-Birkesdorf	Dören	<500	fg	3146	<20000	0,803	0,850	327	5	19	6:19%	4:11%	14:10%	22	1,9	0,8	P		10,3	17,4	35,6	0,5	17,2	0,2	7,5	0,1		
Dominikus-Krankenhaus	Düsseldorf	<500	fg	3114	<20000	1,113	0,868	286	3	14	3:35%	5:25%	6:9%	61	0,8	0,2			7,7	21,8	6,3	0,2	2,8	0,1	1,4	0,1		
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	fg	3152	<50000	0,877	0,831	354	7	27	6:18%	5:15%	3:11%	33	1,9	1,6	B	P	5,5	9,2	17,2	0,3	7,4	0,1	2,8	0,1		
Florence-Nightingale-Krankenhaus	Düsseldorf	<1000	fg	3133	<20000	0,901	0,854	370	4	15	4:26%	6:13%	14:11%	29	1,8	6,4	B	P	10,9	16,5	19,3	0,3	5,0	0,1	2,1	0,0		

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	8-23%	5-50%	8-23%		6-8%	O	ZE			SE	B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	10KM Marktanteil	20KM Marktanteil	30KM Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil
Krankenhaus Moersbroich-Rath GmbH	Düsseldorf	<500	fg	3120	<20000	1,350	0,888	243	6	18	5:50%	8:23%	6:8%	48	3,1	0,0	P			6,6	10,5	10,3	0,3	3,0	0,1	1,4	0,0			
IVR-Klinikum Düsseldorf	Düsseldorf	<1000	ö	3132	<1000	0,874	0,967	52	3	6	1:76%	19:7%	8:6%		1,3	0,0	P			12,5	21,2	6,4	0,3	1,3	0,1	0,5	0,0			
Marien-Hospital Düsseldorf	Düsseldorf	<500	fg	3183	<20000	0,906	0,844	369	7	25	6:15%	1:12%	2:11%	33	3,5	2,8	B			4,8	9,1	11,0	0,2	5,6	0,1	2,0	0,1			
Paracelsus Klinik Gozheim	Düsseldorf	<200	p	3171	<5000	0,956	0,977	71	2	4	11:70%	12:28%	17:0%	64	0,8	0,0				8,9	13,1	10,9	0,2	5,7	0,1	2,1	0,0			
St. Vinzenz-Krankenhaus	Düsseldorf	<500	fg	3158	<10000	1,048	0,884	247	5	18	8:42%	6:19%	5:9%	40	1,0	3,0				3,9	7,5	7,7	0,2	2,9	0,1	1,2	0,0			
Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorf	>1000	ö	3138	>50000	1,690	0,682	557	17	54	5:15%	1:12%	8:9%	43	11,3	1,1				11,9	22,3	27,8	0,3	12,6	0,1	5,0	0,1			
St. Franziskus-Krankenhaus Eitorf GmbH	Eitorf	<200	p	3144	<5000	0,778	0,862	226	7	19	5:17%	6:16%	8:13%	23	0,1	0,1				12,4	21,9	100,0	1,0	11,7	0,4	1,9	0,1			
Marienhospital GmbH	Emsdetten	<500	fg	3119	<10000	1,038	0,871	257	6	17	8:25%	6:18%	5:17%	35	2,8	0,1				9,8	15,6	100,0	1,0	13,7	0,3	4,5	0,2			
Ev. Krankenhaus Enger gGmbH	Enger	<50	fg	3071	<5000	1,823	0,985	48	1	2	8:46%	1:28%	5:10%		4,8	0,0			N	11,3	18,7	8,5	0,6	1,8	0,2	1,3	0,2			
Marien-Hospital	Erfstadt	<200	fg	3032	<5000	0,809	0,892	215	6	16	5:31%	6:20%	8:11%	22	0,8	0,0				4,6	15,9	47,9	0,5	3,7	0,1	1,4	0,1			
Hermann-Josef-Krankenhaus	Erkelenz	<500	p	3129	<20000	0,921	0,820	327	9	29	5:20%	6:15%	11:11%	33	2,9	0,6				10,0	17,6	88,5	0,8	11,8	0,2	6,6	0,1			
St. Antonius-Hospital	Eschweiler	<500	fg	3140	<20000	1,033	0,837	385	9	34	5:27%	8:14%	11:10%	46	3,0	0,0				5,6	14,5	38,5	0,5	11,5	0,2	9,9	0,1			
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gGmbH	Essen	<1000	fg	3113	<50000	1,221	0,801	398	9	29	8:21%	5:15%	1:15%	46	5,4	0,0				9,4	14,6	11,4	0,2	3,7	0,1	2,1	0,0			
Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH	Essen	<1000	fg	3128	<50000	1,126	0,843	367	6	23	5:31%	6:13%	14:10%	31	2,3	0,4				5,9	9,0	13,2	0,2	4,6	0,1	2,5	0,0			
Ev. Krankenhaus Essen-Werden GmbH	Essen	<500	fg	3130	<10000	1,229	0,909	202	4	12	8:29%	2:27%	5:16%	50	7,7	4,4	P			10,3	15,5	4,3	0,2	1,3	0,1	0,7	0,0			
Ev. Krankenhaus Lutherhaus gGmbH	Essen	<500	fg	3100	<20000	1,080	0,850	307	5	22	8:21%	6:17%	4:14%	42	0,8	0,1				3,3	9,1	5,8	0,2	2,2	0,1	1,2	0,0			
Kath. Kliniken Essen-Nord gGmbH	Essen	<1000	fg	3141	<20000	0,971	0,813	360	9	28	5:23%	8:15%	6:13%	32	1,7	0,0				4,1	6,7	6,4	0,1	2,6	0,1	1,8	0,0			
Kath. Krankenhaus St. Josef Essen Werden	Essen	<200	fg	3161	<10000	0,940	0,858	270	5	18	6:23%	8:21%	3:20%	43	2,4	0,0				8,4	14,4	4,4	0,2	1,4	0,1	0,7	0,0			
Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH	Essen	<500	fg	3110	<20000	0,977	0,854	292	8	23	8:28%	1:15%	6:13%	43	1,2	0,1	P			8,5	14,5	9,2	0,2	2,6	0,1	1,3	0,0			

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis												
									25%	50%	1:16%	1:33%	1:16%		8:15%	O	ZE			SE	B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI
Katholisches Krankenhaus Philippusstr. gGmbH Essen-Borbeck	Essen	<500	fg	3115	<20000	1,109	0,865	261	7	20	5:33%	1:16%	8:15%	28	1,5	0,0	P			3,5	4,2	5,2	0,1	1,9	0,1	1,1	0,0							
Kliniken Essen Mitte Ev.-Huyssens-Stiftung / Knappschaft gGmbH/Akademisches Lehrkrankenhaus	Essen	<1000	fg	3154	<50000	1,129	0,824	360	7	25	4:20%	6:15%	11:8%	40	5,6	6,4	B	P		7,1	15,3	10,8	0,2	3,9	0,1	2,2	0,0							
Ruhlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH	Essen	<500	fg	3013	<20000	1,445	0,973	113	2	4	4:90%	1:3%	5:1%	28	3,6	1,1				34,0	61,6	14,1	0,3	4,0	0,1	1,9	0,0							
Universitätsklinikum Essen	Essen	>1000	ö	3119	>50000	1,736	0,694	516	19	54	5:11%	2:10%	1:9%	47	9,1	0,8				14,5	37,1	17,9	0,2	6,7	0,1	3,9	0,0							
Marien-Hospital	Euskirchen	<500	fg	3105	<20000	0,976	0,821	341	8	28	5:20%	6:15%	1:14%	31	1,8	1,4	B	P		11,9	24,1	100,0	1,0	29,2	0,4	6,0	0,1							
St.-Katharinen-Hospital	Frechen	<500	fg	3118	<20000	0,987	0,816	321	9	29	5:18%	1:16%	8:12%	29	1,3	0,0				11,4	20,9	14,4	0,3	4,6	0,1	2,9	0,1							
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Gellenkirchen	<500	fg	3071	<10000	0,935	0,874	206	6	20	8:31%	6:20%	5:13%	40	1,2	0,0				6,7	16,0	100,0	1,0	14,1	0,2	5,9	0,1							
Ev. Kliniken Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen	<500	fg	3164	<20000	0,943	0,830	340	7	24	9:17%	1:16%	6:11%	34	1,4	0,4	P			4,1	7,1	5,9	0,2	2,2	0,1	1,4	0,0							
Marienhospital GmbH	Gelsenkirchen	<1000	fg	3123	<50000	0,959	0,814	403	7	24	5:31%	6:11%	3:10%	31	2,3	0,1				5,4	8,5	9,4	0,2	3,6	0,1	2,2	0,0							
Bergmännel und Kinderklinik Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	3081	<20000	1,021	0,847	305	5	22	8:29%	6:15%	1:9%	38	1,1	3,3	P			6,3	10,6	8,7	0,2	3,6	0,1	2,1	0,0							
Sankt Marien-Hospital Buer GmbH	Gelsenkirchen-Buer	<500	fg	3080	<20000	1,060	0,855	291	6	21	5:18%	8:15%	14:14%	44	2,1	0,0				4,7	7,3	6,6	0,2	2,2	0,1	1,3	0,0							
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Gelsenkirchen-Ehle	<500	fg	3068	<5000	1,346	0,936	116	3	9	5:23%	8:16%	10:14%	8	0,6	0,0	P			4,6	8,5	1,4	0,2	0,6	0,1	0,4	0,0							
Hospital Zum Hl. Geist gGmbH	Geselle	<50	fg	3202	<5000	0,674	0,919	160	3	12	8:25%	5:21%	6:13%	17	0,0	0,0				9,2	13,6	34,9	0,6	4,9	0,3	3,3	0,2							
Katholisches Kliniken EMScher Lippe	Gladbeck	<1000	fg	3072	<50000	1,009	0,788	408	11	34	6:15%	1:13%	8:13%	28	4,2	1,9	B	P		3,8	8,2	20,7	0,3	3,4	0,1	2,3	0,1							
Wilhelm-Anton-Hospital	Goch	<500	fg	3143	<10000	0,791	0,888	250	4	15	4:34%	6:22%	5:7%	17	3,0	0,6				13,8	21,8	79,7	0,9	16,7	0,3	13,1	0,2							
Maria-Josef-Hospital GmbH	Greven	<500	fg	3135	<10000	0,865	0,849	282	7	24	8:18%	5:16%	6:15%	29	0,5	0,2				3,5	14,0	100,0	1,0	6,0	0,3	4,5	0,2							
Kreiskrankenanstalten	Grevenbroich	<500	ö	3099	<20000	0,945	0,824	336	8	26	5:19%	6:18%	8:10%	28	0,9	0,9				4,6	10,2	100,0	1,0	5,4	0,1	2,1	0,1							
Lukas-Krankenhaus	Gronau	<200	fg	3146	<5000	1,593	0,976	70	1	3	1:35%	8:23%	5:14%		0,7	5,7	P			13,0	25,6	23,5	0,9	8,9	0,5	3,4	0,2							

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	4-94%	-1,2%	17,1%	O	ZE	SE	B			P	Med	oQ	HHI Marktanteil	10KM	HHI Marktanteil	20KM	HHI Marktanteil	30KM	HHI
Lungenklinik Hemer des Deutschen Gesundheits-Diakonieverbandes GmbH	Hemer	<500	fg	3078	<10000	1,272	0,983	64	1	2	4-94%	-1,2%	17,1%	26	3,6	1,2							26,8	51,2	36,7	0,6	15,4	0,2	5,6	0,1	
Paracelsus-Klinik Hemer GmbH	Hemer	<200	p	3131	<10000	1,009	0,866	241	6	20	8-29%	6-17%	5-16%	34	1,2	0,0							3,4	8,8	15,1	0,6	5,3	0,2	1,7	0,1	
Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus	Herdecke	<500	fg	3186	<20000	0,989	0,836	325	6	21	1-15%	8-12%	14-11%	24	3,0	12,5	P						10,2	24,2	11,3	0,3	3,1	0,1	1,2	0,0	
Klinikum Herford	Herford	<1000	ö	3129	<50000	1,040	0,782	456	10	30	6-17%	5-12%	1-10%	30	2,8	0,3	P						12,1	18,2	53,1	0,6	13,5	0,2	8,9	0,2	
Ev. Krankenhaus Herne	Herne	<500	fg	3094	<50000	1,214	0,825	332	9	28	4-22%	6-17%	5-12%	39	2,9	1,2	B						4,8	8,7	7,9	0,2	2,7	0,1	1,8	0,0	
Kath. Krankenhaus Marienhospital	Herne	<1000	fg	3164	<50000	1,175	0,821	405	9	32	5-22%	11-18%	6-12%	39	3,7	1,0							5,6	12,1	7,8	0,2	3,0	0,1	2,0	0,1	
Rheumazentrum Ruhrgebiet St.-Josef-Krankenhaus	Herne	<200	fg	2983	<5000	1,013	0,989	50	1	2	8-97%	4-1%	1-1%		4,0	0,0	N						16,3	29,5	10,7	0,4	5,1	0,2	3,4	0,1	
St.-Anna-Hospital	Herne/Wanne-Eickel	<500	fg	3085	<50000	0,943	0,921	307	1	5	8-68%	6-6%	5-4%	38	0,6	0,0							10,8	24,9	12,4	0,2	5,2	0,1	3,1	0,0	
St.-Elisabeth-Hospital Herne gGmbH	Herten	<500	fg	3121	<20000	1,128	0,872	276	5	16	8-38%	5-19%	6-13%	31	0,8	0,0							3,8	12,2	5,9	0,2	2,5	0,1	1,4	0,0	
Capio Klinik im Park	Hilden	<50	p	2848	<5000	0,749	0,998	12	1	1	5-100%	9-0%	21-0%	99	0,0	0,0							20,8	41,3	63,9	0,7	25,4	0,3	11,7	0,1	
St.-Josefs-Krankenhaus Hilden GmbH	Hilden	<500	fg	3099	<10000	0,900	0,838	288	9	26	6-17%	8-13%	5-13%	38	1,1	0,1							2,6	9,5	11,5	0,3	2,4	0,1	1,0	0,0	
Katholische Kliniken Weser-Egge	Höxter	<500	fg	3135	<50000	0,992	0,813	422	9	33	8-17%	5-17%	6-14%	31	1,4	0,0	P						19,6	28,6	73,2	0,7	73,2	0,7	43,5	0,4	
Klinikum Ibbenbüren gGmbH	Ibbenbüren	<500	fg	3131	<20000	1,050	0,829	381	10	29	5-14%	6-13%	8-12%	29	2,9	0,2	P						11,6	19,3	100,0	1,0	22,4	0,3	11,5	0,2	
Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn gGmbH	Iserlohn	<500	fg	3143	<10000	0,819	0,899	238	4	13	5-18%	14-16%	1-14%	16	0,8	4,3							8,8	11,5	23,3	0,4	5,9	0,2	2,8	0,1	
Katholische Kliniken im Märkischen Kreis	Iserlohn	<1000	fg	3134	<20000	0,878	0,807	360	9	31	6-21%	8-14%	5-14%	32	0,6	0,0							13,9	14,1	40,3	0,4	10,3	0,2	4,6	0,1	
Marienhospital Letmathe	Iserlohn-Letmathe	<50	ö	3109	<5000	0,921	0,887	203	6	18	6-20%	1-18%	8-17%	26	4,1	0,1							6,2	11,2	5,3	0,2	1,8	0,1	0,9	0,1	
Augusta-Hospital Anholt GmbH	Isselburg-Anholt	<50	fg	3097	<5000	1,572	0,997	12	1	1	1-100%	8-0%	19-0%		3,0	12,3	N						53,8	89,7	100,0	1,0	77,9	0,9	27,6	0,4	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KW)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	Markt-anteil	HHI	20KM	Markt-anteil	HHI	30KM	Markt-anteil	HHI
Krankenhaus St. Elisabeth	Jülich	<200	fg	3136	<10000	0,859	0,846	256	8	24	5:20%	6:20%	8:16%	28	1,7	0,1			0,4	11,1	59,1	0,6	5,7	0,2	2,7	0,1					
St.-Nikolaus-Hospital	Kalkar	<50	fg	3160	<1000	0,674	0,957	69	2	7	5:25%	6:19%	4:17%		8,7	0,0	P		2,6	13,8	24,6	0,9	2,4	0,3	1,1	0,2					
Hellwig-Krankenhaus Kamen gGmbH*	Kamen	<500	fg	3142	<10000	0,913	0,857	272	7	23	6:17%	8:17%	5:15%	26	1,5	0,0			6,0	6,0	18,4	0,4	3,6	0,1	1,9	0,1					
St.-Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH	Kamp-Lintfort	<500	fg	3134	<20000	1,104	0,858	280	7	22	5:28%	8:27%	6:15%	33	2,2	0,4			12,2	19,9	30,1	0,5	5,9	0,1	3,1	0,1					
Hospital zum Heiligen Geist	Kempen	<500	fg	3148	<10000	0,882	0,862	311	7	24	8:17%	6:14%	5:11%	39	1,3	7,8			6,1	11,9	48,7	0,6	4,3	0,2	2,1	0,1					
Marienhospital gGmbH Kevelaer	Kevelaer	<500	fg	3123	<10000	0,984	0,866	255	6	21	5:29%	1:20%	6:13%	40	0,9	0,1			7,5	19,5	51,7	0,7	29,6	0,4	7,6	0,2					
St.-Antonius-Hospital gGmbH	Kleve	<500	fg	3219	<20000	0,793	0,912	339	7	22	5:23%	6:11%	11:9%	28	1,3	0,1			6,1	14,2	72,6	0,8	61,5	0,7	50,9	0,5					
Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln	Köln	<50	fg	3095	<10000	1,465	0,974	55	3	6	8:98%	1:1%	21:0%	87	1,2	0,0			18,6	29,3	8,8	0,1	4,8	0,1	3,1	0,0					
Eduardus-Krankenhaus gGmbH	Köln	<500	fg	3155	<10000	1,190	0,896	205	5	15	8:53%	6:12%	5:11%	54	0,6	0,0			6,2	14,4	4,2	0,1	2,5	0,1	1,5	0,1					
Evang. Krankenhaus Köln Weyertal gGmbH	Köln	<500	fg	3121	<10000	0,796	0,873	295	4	16	8:16%	6:16%	14:13%	47	0,8	0,2			8,8	17,2	5,9	0,1	3,6	0,1	2,4	0,1					
Heilig-Geist-Krankenhaus Köln	Köln	<500	fg	3131	<20000	0,906	0,845	320	6	20	11:16%	6:14%	1:13%	29	1,0	0,0			7,3	7,9	7,0	0,1	4,0	0,1	2,4	0,1					
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsstell. Holweide	Köln	<500	ö	3136	<50000	1,080	0,810	370	6	27	14:12%	3:11%	11:11%	44	2,1	0,1			6,6	12,3	9,0	0,2	5,1	0,1	3,0	0,1					
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsstell. Merheim	Köln	<1000	ö	3134	<50000	1,541	0,789	368	12	36	8:22%	4:17%	5:14%	50	4,6	3,6			14,2	26,9	12,6	0,2	7,9	0,1	4,5	0,1					
Kliniken der Stadt Köln gGmbH Betriebsstell. Riehl	Köln	<500	ö	3244	<20000	0,826	0,886	216	4	17	6:21%	4:14%	1:10%	19	1,3	1,4	P		14,5	25,6	5,6	0,1	4,1	0,1	2,4	0,1					
Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	<500	fg	3119	<20000	1,087	0,859	312	3	15	8:19%	14:15%	4:14%	36	1,2	0,1			5,8	11,8	5,5	0,1	3,4	0,1	2,2	0,1					
Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	<500	fg	3113	<50000	0,949	0,850	341	5	19	5:29%	6:14%	8:8%	31	1,7	0,0			5,5	12,6	11,9	0,2	4,7	0,1	3,6	0,1					
Maltesser-Krankenhaus St.-Hildegardis	Köln	<500	fg	3133	<10000	0,890	0,863	309	3	16	4:29%	8:17%	5:14%	31	2,7	0,7			8,3	16,9	5,4	0,1	3,4	0,1	2,2	0,1					
St.-Agatha-Krankenhaus	Köln	<200	fg	3107	<5000	1,010	0,896	208	3	13	10:19%	8:16%	6:15%	41	0,5	0,1	P		3,1	11,0	2,5	0,1	1,6	0,1	1,0	0,1					
St.-Antonius-Krankenhaus	Köln	<500	fg	2963	<10000	0,915	0,871	243	6	20	5:21%	8:19%	6:16%	37	1,0	0,0			5,1	7,6	3,8	0,1	2,5	0,1	1,6	0,1					

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
									25%	50%	1	2	3	1	2	3	O	ZE	SE			P	B	Med	oQ	HHI	Markt-anteil	10KM	HHI	Markt-anteil	20KM	HHI	Markt-anteil	30KM	HHI
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Köln	<500	fg	3137	<20000	0,872	0,823	378	6	22	3:15%	2:13%	6:10%	56	0,7	0,1				10,3	21,3	10,8	0,2	5,8	0,1	3,7	0,1								
St.-Franziskus-Hospital GmbH	Köln	<500	fg	3141	<20000	1,047	0,854	293	7	23	8:32%	3:19%	6:15%	53	0,8	0,1				4,2	11,3	6,7	0,1	4,1	0,1	2,5	0,1								
St.-Marien-Hospital GmbH	Köln	<200	fg	2957	<10000	1,380	0,929	168	3	9	4:29%	1:17%	5:17%	5	0,3	3,8				7,3	16,1	3,7	0,1	2,2	0,1	1,3	0,0								
St.-Vinzenz-Hospital GmbH	Köln	<500	fg	3107	<20000	1,236	0,832	323	7	25	5:35%	8:13%	14:10%	45	1,9	0,0				5,2	12,6	6,7	0,1	4,4	0,1	2,6	0,1								
Universitätsklinikum Köln	Köln	>1000	ö	3081	>50000	1,697	0,697	510	16	49	5:14%	2:13%	1:12%	50	8,7	2,8	P			17,2	40,0	19,0	0,2	12,3	0,1	7,9	0,1								
HELIOS Klinikum Krefeld	Krefeld	>1000	p	3066	>50000	1,297	0,702	507	14	48	5:17%	6:10%	8:10%	38	3,4	1,2				5,8	14,2	5,9	0,5	11,3	0,1	7,0	0,1								
Klinik Königshof	Krefeld	<200	fg	3190	<1000	1,089	0,991	14	1	2	1:84%	4:16%	3:0%		0,0	0,0	P			8,4	24,1	7,3	0,5	1,3	0,1	1,0	0,1								
Krankenhaus Maria-Hilf	Krefeld	<1000	fg	3178	<20000	1,017	0,828	316	9	27	6:20%	5:15%	8:14%	31	1,4	7,4	P			4,4	10,1	17,8	0,4	3,1	0,1	2,1	0,1								
Malterser Krankenhaus St. Josefshospital	Krefeld	<500	fg	3137	<20000	0,938	0,819	309	8	29	8:19%	11:16%	6:13%	52	1,1	0,0				6,6	13,2	9,2	0,3	2,3	0,1	1,3	0,0								
St.-Martinus-Krankenhaus	Langenfeld	<200	fg	3146	<10000	0,769	0,847	266	8	23	6:17%	8:14%	5:13%	35	0,5	0,0				2,8	7,4	16,6	0,3	2,4	0,1	1,1	0,0								
HELIOS Klinik Lengerich GmbH	Lengerich	<200	p	3084	<10000	0,976	0,868	260	5	20	8:37%	6:21%	5:12%	41	2,2	0,0				8,3	16,5	83,8	0,9	8,8	0,3	4,4	0,1								
Westfälische Klinik Lengerich	Lengerich	<500	ö	3062	<5000	0,900	0,973	74	2	5	1:73%	8:8%	4:8%		1,7	7,1	P			11,4	28,9	39,6	0,9	5,1	0,2	3,0	0,1								
Klinikum Leverkusen gGmbH	Leverkusen	<1000	ö	3116	<50000	1,092	0,775	420	10	33	5:17%	6:16%	14:8%	31	2,6	1,3	B			10,0	16,2	22,2	0,2	7,1	0,1	4,5	0,1								
Remigius-Krankenhaus Opladen	Leverkusen	<500	fg	3138	<20000	1,392	0,826	309	9	28	8:26%	4:15%	6:12%	40	1,5	1,0				5,8	12,0	18,4	0,4	3,2	0,1	1,8	0,0								
St.-Josef-Krankenhaus	Linnich	<200	fg	3272	<5000	1,023	0,948	232	6	19	8:22%	5:21%	6:19%	27	2,5	0,1				9,9	12,0	67,9	0,7	18,8	0,3	4,6	0,1								
Dreifaltigkeits-Hospital gem. GmbH	Lippstadt	<500	fg	3115	<20000	1,115	0,868	353	9	30	5:22%	8:22%	11:12%	44	1,7	0,8				7,4	16,7	61,9	0,7	37,3	0,4	11,5	0,2								
Ev. Krankenhaus Lippstadt	Lippstadt	<500	fg	3163	<20000	0,844	0,839	334	6	23	6:17%	1:15%	14:9%	25	1,0	0,0				10,0	19,9	60,0	0,7	40,5	0,4	9,5	0,1								
Krankenhaus Lübbecke	Lübbecke	<500	ö	3138	<20000	0,833	0,828	341	8	25	6:15%	5:12%	11:12%	30	1,3	0,0	P			11,8	21,4	100,0	1,0	19,8	0,4	11,9	0,3								
Berglandklinik Lüdenscheid	Lüdenscheid	<50	p	3159	<1000	0,449	0,976	56	2	4	14:51%	15:24%	13:19%	34	0,0	0,0			N	5,6	14,7	23,2	0,7	9,9	0,3	3,5	0,1								
Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid	<1000	ö	3147	<50000	1,004	0,746	464	14	41	5:15%	6:12%	4:9%	36	2,8	0,2	P			14,0	20,4	70,1	0,7	34,9	0,3	13,7	0,2								
Sportklinik Hellersen	Lüdenscheid	<500	fg	3136	<10000	1,074	0,978	54	1	5	8:98%	1:1%	21:0%	68	1,2	0,0				18,7	46,5	54,5	0,6	29,9	0,3	12,3	0,1								
St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH	Lüdinghausen	<200	fg	3142	<10000	1,011	0,863	249	7	23	8:28%	5:17%	6:15%	27	0,4	0,5				10,9	13,0	100,0	1,0	10,4	0,3	1,6	0,1								

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.		Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med	oQ	10KM		20KM	30KM	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	
																															8:11%
St. Marien-Hospital	Lünen	<1000	fg	3056	<50000	1,169	0,774	402	12	38	8:11%	6:13%	5:20%	8:11%	36	2,6	1,7				5,7	11,0	37,6	0,4	8,4	0,1	3,3	0,1			
Katholische Kliniken Ruhrgebiet Nord	Marl	>1000	fg	3109	<50000	0,996	0,822	391	11	33	6:17%	8:16%	5:18%	8:16%	34	2,1	0,5				12,7	17,0	31,0	0,3	11,6	0,1	4,6	0,1			
St. Marien-Hospital Marsberg	Marsberg	<200	fg	3158	<5000	0,948	0,838	262	9	27	6:16%	8:29%	5:14%	5:14%	34	0,3	0,0				2,2	17,2	100,0	1,0	39,0	0,6	5,1	0,2			
Kreiskrankenhaus Mecherich	Mecherich	<500	ö	3063	<20000	1,036	0,790	399	9	31	8:16%	5:17%	6:13%	6:13%	33	1,6	0,8				18,0	23,0	100,0	1,0	47,8	0,5	15,8	0,2			
St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank	Meerbusch	<200	fg	3128	<5000	1,236	0,978	64	2	4	8:98%	4:1%	9:1%	9:1%	47	0,2	6,7				19,6	33,2	6,6	0,3	2,1	0,1	1,0	0,0			
St. Walburgs-Krankenhaus GmbH	Meschede	<500	fg	3067	<10000	0,837	0,835	288	8	27	6:21%	5:15%	8:13%	8:13%	31	2,0	0,0				11,7	24,0	100,0	1,0	39,8	0,4	13,7	0,2			
Ev.-Krankenhaus Mettmann GmbH	Mettmann	<500	fg	3131	<10000	0,893	0,844	292	8	24	6:18%	5:17%	8:15%	8:15%	26	2,6	0,0				2,6	7,8	14,7	0,4	2,5	0,1	1,1	0,0			
Innenstadtlinik Minden	Minden	<50	p	3121	<5000	0,950	0,955	104	3	7	8:41%	6:17%	10:17%	10:17%	91	0,5	0,0				11,2	22,4	12,8	0,8	4,9	0,4	2,9	0,2			
Johannes Westing Klinikum Minden	Minden	<1000	ö	3166	<50000	1,098	0,747	493	13	40	5:12%	1:11%	8:10%	8:10%	33	3,6	0,2				17,4	29,2	94,6	1,0	48,2	0,5	27,1	0,3			
Krankenhaus Bethanien Moers	Moers	<1000	fg	3152	<50000	1,045	0,880	375	6	23	4:22%	5:19%	6:13%	6:13%	30	1,5	0,1				6,1	12,6	30,2	0,4	7,1	0,1	3,5	0,1			
St.-Josef-Krankenhaus Moers	Moers	<500	fg	3135	<20000	0,853	0,831	338	8	25	1:15%	5:13%	6:11%	6:11%	33	0,9	0,0	P			5,9	14,3	19,3	0,3	5,4	0,1	2,3	0,0			
Evang.-Krankenhaus Bethesda	Mönchengladbach	<500	fg	2959	<10000	0,907	0,837	303	8	28	6:20%	9:12%	5:11%	5:11%	47	0,7	0,0				5,0	14,3	12,4	0,3	4,7	0,1	2,7	0,1			
Krankenhaus Maria Hilf GmbH I u. II	Mönchengladbach	<1000	fg	3116	<50000	1,112	0,821	418	9	30	5:15%	4:15%	1:14%	1:14%	38	3,0	0,0				7,3	22,1	44,5	0,4	17,2	0,2	9,6	0,1			
Krankenhaus Neuwirk Maria von den Aposteln	Mönchengladbach	<500	fg	3094	<20000	0,834	0,864	299	4	19	8:26%	6:16%	14:12%	14:12%	34	0,1	0,0				10,2	15,6	14,4	0,3	5,6	0,1	2,9	0,1			
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH	Mönchengladbach	<1000	ö	3132	<50000	0,949	0,809	362	6	27	5:16%	6:15%	4:9%	4:9%	27	1,3	0,5				6,9	16,9	31,1	0,4	13,2	0,2	5,7	0,1			
St.-Josef-Krankenhaus Monheim GmbH	Monheim	<200	fg	3313	<5000	0,921	0,904	127	6	17	8:21%	6:21%	5:15%	5:15%	28	0,6	0,0				1,0	1,0	8,9	0,3	1,1	0,1	0,7	0,0			
Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<1000	fg	3029	<50000	1,152	0,773	413	10	36	5:19%	2:17%	8:11%	8:11%	48	2,8	0,1				4,9	6,4	10,7	0,2	3,4	0,1	1,7	0,0			

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
St.-Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr GmbH	Mülheim	<500	fg	3199	<10000	1,033	0,925	266	7	23	8-27%	6-19%	5-18%	30	1,5	0,0	P		5,0	6,1	10,2	0,2	3,4	0,1	1,7	0,0			
Clemenshospital GmbH	Münster	<500	fg	3115	<20000	1,150	0,825	365	6	23	4-21%	8-16%	6-14%	32	2,2	6,4			17,1	31,2	15,5	0,3	13,2	0,3	8,5	0,2			
Ev. Krankenhaus Johannisstift gGmbH	Münster	<200	fg	3116	<10000	1,081	0,866	249	5	19	8-27%	1-13%	14-10%	34	1,2	3,0			7,1	11,5	5,5	0,3	4,8	0,3	3,3	0,2			
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Münster	<500	fg	3134	<20000	0,869	0,824	367	10	29	1-18%	8-13%	6-12%	34	2,9	0,2			18,1	29,4	16,3	0,3	13,9	0,3	7,5	0,2			
LWL-Klinik Münster	Münster	<500	ö	3113	<1000	0,715	0,964	81	1	5	20-44%	4-16%	10-7%		3,6	0,0	P		7,6	11,8	1,7	0,3	1,5	0,2	0,9	0,1			
Raphaelsklinik GmbH	Münster	<500	fg	3117	<20000	1,063	0,841	312	7	23	8-24%	6-16%	5-14%	47	1,5	0,0			9,6	24,7	10,9	0,3	9,6	0,3	7,2	0,2			
St. Franziskus-Hospital GmbH	Münster	<1000	fg	3137	<50000	1,079	0,819	406	7	27	5-17%	8-17%	6-11%	47	6,1	0,3			18,0	34,1	24,0	0,4	21,5	0,3	15,7	0,2			
Universitätsklinikum Münster	Münster	>1000	ö	3079	>50000	1,730	0,664	515	19	57	8-14%	5-13%	1-11%	50	7,6	3,9	P		48,2	89,8	36,6	0,4	32,8	0,4	22,4	0,2			
Fachklinik Homthede	Münster-Handorf	<200	fg	3129	<10000	0,991	0,966	124	1	3	9-78%	3-6%	2-5%	85	2,5	0,0			74,0	104,5	17,2	0,5	13,4	0,4	9,9	0,3			
Städt. Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal	<200	ö	3096	<10000	0,965	0,864	250	7	21	8-27%	6-20%	5-17%	35	1,1	0,0			2,1	14,4	48,3	0,5	7,4	0,2	3,4	0,1			
Johanna-Etienne-Krankenhaus	Neuss	<500	fg	3112	<20000	1,177	0,811	343	9	31	5-16%	1-16%	8-15%	38	1,2	0,0			5,2	15,4	12,5	0,2	4,5	0,1	2,6	0,1			
Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH	Neuss	<1000	ö	3130	<50000	0,953	0,795	449	7	28	5-19%	6-12%	3-8%	39	2,2	0,2			7,8	12,7	18,5	0,3	6,4	0,1	3,7	0,1			
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH	Oberhausen	<1000	fg	3117	<50000	1,054	0,806	386	7	26	5-22%	6-12%	14-11%	33	2,7	0,6			2,9	6,7	7,9	0,2	3,3	0,1	1,8	0,0			
HELIOS St.-Elisabeth Klinik gGmbH	Oberhausen	<500	p	3073	<10000	0,958	0,874	272	6	18	9-23%	8-23%	5-14%	42	0,7	0,0			4,0	10,6	3,9	0,1	1,6	0,1	0,8	0,0			
Katholische Kliniken Oberhausen gGmbH	Oberhausen	<500	fg	3100	<20000	1,034	0,840	300	7	26	1-18%	6-17%	8-15%	28	0,8	0,3	P		6,8	10,6	6,6	0,2	2,0	0,1	1,3	0,0			
St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH	Oberhausen	<500	fg	3099	<20000	0,925	0,832	325	6	23	6-19%	5-12%	8-12%	22	1,6	1,1			3,9	5,2	8,5	0,2	2,5	0,1	1,4	0,0			
Plus-Hospital	Ochtrup	<50	fg	3152	<5000	0,835	0,949	111	2	6	5-27%	9-26%	6-14%		0,0	0,0			0,9	39,6	100,0	1,0	6,9	0,4	2,9	0,2			
Marien-Hospital	Oelde	<200	fg	3192	<10000	0,763	0,858	239	6	20	6-14%	8-14%	5-11%	31	1,0	0,0			12,6	12,9	100,0	1,0	11,8	0,2	4,6	0,1			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KW)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis			
									25%	50%	6:13%	5:21%	8:10%	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Klinikum Katholische Hospitälerei Südwestfalen	Olpe	<500	fg	3130	<20000	0,991	0,838	388	10	34	5:21%	6:13%	8:10%	40	2,5	0,3	P			9,8	24,3	100,0	1,0	20,8	0,3	8,0	0,2	
Elisabeth-Klinik Bigge	Olberg	<200	fg	3110	<10000	1,153	0,942	159	2	8	8:80%	5:5%	1:3%	49	1,2	5,5			28,4	45,1	49,2	0,7	22,3	0,3	12,0	0,2		
Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn	Paderborn	<500	fg	3070	<20000	0,952	0,818	366	8	28	8:20%	6:17%	5:13%	35	5,0	2,3			9,7	21,7	31,9	0,6	23,8	0,4	12,8	0,2		
St.-Johannis-Stift	Paderborn	<500	fg	3131	<10000	0,896	0,885	271	4	13	5:19%	14:16%	15:11%	24	0,4	0,8			7,8	16,7	14,1	0,5	10,5	0,4	5,7	0,2		
Krankenhaus Plettenberg	Paderborn	<1000	fg	3169	<50000	0,866	0,821	379	7	27	5:21%	1:13%	6:12%	24	2,9	0,1			10,7	21,7	52,3	0,6	39,6	0,4	20,4	0,2		
Krankenhaus Plettenberg gGmbH	Plettenberg	<200	fg	3027	<5000	0,882	0,871	211	7	21	5:23%	8:21%	6:16%	31	0,0	0,0			2,9	13,6	29,5	0,4	8,1	0,4	3,6	0,2		
Institut für Venenchirurgie Porta Westfalica	Porta Westfalica	<50	p	3081	<1000	0,745	0,998	1	1	1	5:100%			100	0,0	0,0	N		22,6	36,7	14,1	0,7	13,9	0,7	13,7	0,7		
Sana Krankenhaus Radevormwald	Radevormwald	<200	p	2980	<5000	1,234	0,872	225	5	18	8:22%	5:18%	6:15%	25	2,5	0,0			3,3	12,0	38,2	0,6	2,3	0,1	0,9	0,1		
Fachkrankenhaus & Altenhilfe Ratingen gGmbH	Ratingen	<200	fg	3153	<5000	1,366	0,967	88	3	6	8:97%	9:1%	1:1%	60	1,8	2,1			11,7	22,7	13,8	0,3	2,3	0,1	1,2	0,0		
St.-Marien-Krankenhaus GmbH	Ratingen	<500	fg	3179	<10000	0,900	0,847	290	7	24	6:22%	5:13%	8:10%	33	1,4	0,0			2,6	7,2	9,2	0,3	1,7	0,1	0,9	0,0		
Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Recklinghausen	<500	fg	3164	<20000	1,073	0,861	260	7	23	5:43%	8:17%	1:13%	33	1,8	1,7	B		8,4	13,4	6,2	0,2	2,0	0,1	1,3	0,0		
Klinikum Vest GmbH	Recklinghausen	<500	fg	3082	<50000	1,149	0,775	403	14	39	8:19%	1:15%	5:10%	39	2,7	0,2			10,7	20,3	17,7	0,3	6,6	0,1	3,2	0,1		
Prosper-Hospital	Recklinghausen	<1000	fg	3181	<20000	1,013	0,846	396	9	30	6:20%	3:14%	11:11%	40	2,1	1,0			7,5	10,5	12,6	0,2	5,7	0,1	2,9	0,1		
Ev. Stiftung Fannehof	Remscheid	<500	fg	3185	<1000	0,917	0,974	51	2	5	1:67%	19:19%	8:11%		0,7	19,7	P		12,1	19,2	3,4	0,3	1,8	0,1	0,6	0,0		
Gesundheitszentrum Rheine	Rheine	<1000	fg	3127	<50000	1,074	0,808	421	8	29	5:20%	6:14%	14:9%	30	2,2	1,8	P		6,6	20,5	100,0	1,0	41,0	0,4	22,8	0,2		
St. Josefs-Krankenhaus gGmbH*	Salzkotten	<500	fg	3173	<10000	0,788	0,850	301	5	22	8:18%	6:17%	5:12%	33	1,0	0,0			14,3	19,7	74,2	0,7	9,7	0,3	6,7	0,2		
St.-Antonius-Krankenhaus	Schleiden	<200	fg	3146	<5000	0,905	0,885	233	5	17	8:32%	5:16%	6:14%	39	0,8	0,1			15,0	22,8	100,0	1,0	22,6	0,5	11,7	0,3		
Fachkrankenhaus Kloster-Graschaft	Schmalenberg-Graschaft	<200	fg	3151	<10000	0,820	0,974	93	1	3	4:68%	6:8%	5:7%	2	1,0	16,9	B		34,2	56,8	77,8	0,9	38,3	0,5	23,5	0,3		
HELIOS Klinikum Schwelm	Schwelm	<500	p	3074	<20000	1,010	0,800	343	10	33	8:17%	6:13%	5:12%	33	3,0	1,3			9,0	9,4	15,3	0,4	5,4	0,1	1,7	0,1		
Marienhospital Schwelm	Schwelm	<50	fg	3250	<5000	1,120	0,951	122	1	4	8:68%	6:9%	4:6%	66	0,2	0,0			9,0	15,8	5,0	0,5	1,4	0,1	0,5	0,0		

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis			
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	10KM	20KM	30KM		
											1:16%	4:21%	5:19%	1:16%	1	0,4	5,3										
Ev. Krankenhaus Schwerte GmbH	Schwerte	<200	fg	3002	<5000	0,969	0,931	138	3	9	4:21%	5:19%	1:16%	1	0,4	5,3				2,4	15,3	10,7	0,3	1,3	0,1	0,7	0,1
Marienkrankenhaus Schwerte gGmbH	Schwerte	<500	fg	2976	<20000	0,954	0,837	318	5	25	8:31%	6:12%	5:10%	50	1,3	0,0				4,9	13,5	29,6	0,3	3,4	0,1	2,0	0,1
St.-Josef-Stift	Sendenhorst	<500	fg	3093	<20000	1,322	0,977	83	2	4	8:98%	18:0%	1:0%	37	3,6	0,0				67,7	109,4	80,8	0,8	15,8	0,2	12,7	0,2
HELIOS Klinikum Siegburg	Siegburg	<500	p	3100	<50000	1,367	0,839	325	7	24	5:44%	6:13%	8:9%	37	2,2	0,0				10,0	16,2	31,1	0,4	7,9	0,1	3,5	0,1
Diakonie Klinikum GmbH	Siegen	<1000	fg	3138	<50000	1,060	0,775	440	10	36	8:15%	6:15%	9:10%	40	2,1	1,4	B			20,0	37,6	40,4	0,5	34,6	0,4	21,0	0,2
DRK Kinderklinik Siegen gGmbH	Siegen	<200	fg	4008	<5000	0,758	0,912	204	3	11	1:20%	6:17%	4:14%	18	1,2	33,0	B	P		29,0	44,0	13,3	0,4	11,0	0,3	6,2	0,2
Kreisklinikum Siegen gGmbH	Siegen	<1000	ö	3159	<20000	1,055	0,870	347	8	25	1:21%	8:17%	4:12%	31	2,9	0,3	P			13,6	25,1	34,6	0,5	25,7	0,4	18,5	0,2
St. Marien-Krankenhaus gGmbH	Siegen	<500	fg	3103	<50000	1,128	0,832	351	9	24	5:32%	8:18%	6:12%	50	5,3	0,0				13,4	21,5	31,0	0,5	26,4	0,4	14,8	0,2
Klinikum Stadt Soest gGmbH	Soest	<500	ö	3070	<20000	1,008	0,796	337	10	33	8:22%	5:14%	6:13%	39	1,2	1,4				12,3	20,7	63,4	0,7	29,9	0,3	7,3	0,1
Marienkrankenhaus gGmbH	Soest	<500	fg	3123	<20000	1,074	0,848	301	6	21	5:29%	4:22%	8:14%	33	2,1	0,1				12,2	22,3	44,4	0,6	17,7	0,3	6,1	0,1
Krankenhaus Bethanien gGmbH	Sollingen	<200	fg	3120	<10000	1,197	0,980	69	1	3	4:88%	1:5%	5:3%	13	1,8	2,7				14,4	24,4	18,4	0,3	3,8	0,1	2,0	0,0
St.-Lukas-Klinik GmbH	Sollingen	<500	fg	3070	<20000	1,055	0,820	349	7	25	1:24%	3:15%	6:12%	31	2,9	1,6				8,1	12,7	13,6	0,3	3,0	0,1	1,4	0,0
Städtisches Klinikum Sollingen	Sollingen	<1000	ö	3133	<50000	1,007	0,830	444	10	32	5:16%	6:13%	3:10%	33	2,8	0,3				4,7	7,7	35,0	0,4	10,8	0,1	4,0	0,1
Krankenhaus und MVZ Maria-Hilf Stadtlohn GmbH	Stadtlohn	<200	fg	3082	<10000	0,899	0,868	279	7	19	5:22%	8:20%	6:11%	28	0,9	0,0				8,5	14,0	100,0	1,0	12,1	0,4	8,0	0,2
Marienhospital Steinfurt gGmbH	Steinfurt-Borghorst	<500	fg	3102	<10000	0,852	0,840	289	8	24	5:20%	8:16%	6:11%	28	0,3	0,0	P			9,1	16,5	100,0	1,0	19,4	0,4	4,1	0,2
Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH	Stolberg	<500	fg	3141	<20000	0,810	0,853	309	5	21	6:15%	8:15%	14:11%	25	1,8	0,0				7,1	8,8	23,0	0,4	8,6	0,2	7,9	0,1
Neurologische Klinik Sorpesee	Sundern	<50	p	3113	<1000	1,136	0,992	16	1	2	1:97%	8:2%	18:0%		2,1	19,5				44,8	114,9	17,5	0,7	5,5	0,4	2,4	0,2
Sauerlandklinik Hachen	Sundern	<200	fg	3066	<5000	1,136	0,997	9	1	1	1:100%	8:0%	19:0%		0,6	0,0				89,9	165,7	57,1	0,6	36,6	0,4	14,3	0,2
Antoniuszentrum GmbH	Tönisvorst	<50	ö	3194	<5000	0,700	0,918	121	4	11	5:28%	4:18%	6:17%	14	0,0	0,0				5,7	7,9	6,3	0,3	1,5	0,1	0,9	0,0
St. Johannes-Krankenhaus	Troisdorf	<200	fg	3095	<10000	0,794	0,864	291	5	20	1:19%	6:14%	14:12%	22	0,6	0,1				10,0	14,8	10,3	0,2	3,4	0,1	2,1	0,1

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.		Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis												
									25%	50%	1:20%	6:15%	8:20%	11:14%	O	ZE	SE	B	P	Med	oQ		10KM		20KM		30KM										
																							Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI									
St. Josef-Hospital	Troisdorf	<500	fg	3144	<20000	0,926	0,830	311	8	26	6:15%	8:20%	11:14%	45	0,5	3,4	B	8,5	17,5	25,7	0,3	4,7	0,1	2,9	0,1												
Ev.-Krankenhaus Uma	Uma	<500	fg	3078	<20000	1,030	0,857	268	8	25	1:20%	8:23%	6:15%	31	1,3	2,9		8,0	9,1	37,0	0,5	5,1	0,1	2,8	0,1												
Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsborn	Uma	<50	fg	3090										0,0	100,0	B																					
Katharinen-Hospital gGmbH	Uma	<500	fg	3132	<20000	0,957	0,890	341	6	24	6:14%	5:35%	9:9%	32	2,1	1,6	B	9,6	19,5	57,4	0,6	9,0	0,1	4,9	0,1												
Klinikum Niederrhein	Velbert	<1000	ö	3162	<20000	0,908	0,816	370	7	24	6:14%	5:15%	8:10%	30	3,3	0,1	P	6,2	10,3	16,5	0,4	3,1	0,1	1,5	0,0												
Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH	Viersen	<500	fg	3161	<20000	0,831	0,843	305	8	23	6:13%	5:18%	4:12%	31	2,0	0,0		6,2	17,5	21,8	0,4	8,7	0,2	3,7	0,1												
LVR Klinik für Orthopädie Viersen	Viersen	<200	ö	3067	<5000	1,263	0,982	49	1	3	8:99%	1:1%	21:0%	68	1,9	0,0		17,5	31,7	31,8	0,3	10,4	0,2	5,2	0,1												
St.-Irmingardis-Krankenhaus Sülchelein	Viersen	<200	fg	3040	<5000	0,828	0,862	239	7	22	6:21%	8:18%	5:17%	29	0,6	0,0		5,7	8,8	12,3	0,3	3,9	0,2	1,7	0,1												
Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH*	Waldbröl	<500	ö	3123	<20000	0,986	0,875	252	6	19	6:14%	5:45%	4:11%	27	2,4	0,0	P	15,1	19,9	100,0	1,0	28,3	0,4	9,1	0,2												
St. Laurentius-Stift	Waltrop	<200	fg	3046	<5000	1,423	0,961	80	2	6	8:27%	1:24%	5:18%		0,4	9,5	P	9,9	11,1	4,7	0,3	0,8	0,1	0,5	0,1												
Klinikum Warburg GmbH	Warburg	<200	p	3130	<10000	0,905	0,848	273	8	25	5:24%	8:16%	6:15%	31	1,0	0,0		10,4	17,8	83,0	0,9	27,0	0,4	9,4	0,2												
Josephs-Hospital	Warendorf	<500	fg	3163	<20000	0,938	0,811	338	8	29	6:14%	5:28%	8:13%	34	1,6	0,0		10,8	18,4	100,0	1,0	41,5	0,6	5,3	0,2												
Krankenhaus Maria-Hilf	Warstein	<200	fg	3066	<10000	0,943	0,835	268	8	27	6:15%	5:17%	8:15%	29	2,4	0,0		9,6	12,4	100,0	1,0	18,6	0,4	5,0	0,2												
Märkische Kliniken GmbH	Werdohl	<200	ö	3104	<5000	0,772	0,884	212	5	17	6:14%	5:22%	8:20%	21	0,7	0,0		3,0	9,2	9,6	0,6	4,6	0,3	2,3	0,1												
Städt. Klinik Werdohl	Werdohl	<200	ö	3104	<5000	0,772	0,884	212	5	17	6:14%	5:22%	8:20%	21	0,7	0,0		3,0	9,2	9,6	0,6	4,6	0,3	2,3	0,1												
Mariannen-Hospital gGmbH	Werl	<200	fg	3079	<10000	1,055	0,875	225	7	21	6:19%	5:23%	8:19%	32	0,2	0,0		0,8	9,1	100,0	1,0	4,3	0,2	2,2	0,1												
St. Christophorus-Krankenhaus GmbH	Werne	<500	fg	3142	<20000	0,997	0,875	255	5	17	6:15%	8:37%	5:14%	41	0,6	0,0		10,1	14,5	31,4	0,5	7,3	0,1	3,2	0,1												
Ev. Krankenhaus Wesel	Wesel	<500	fg	3170	<20000	1,023	0,859	343	9	31	6:17%	8:19%	1:19%	34	3,4	0,2		11,2	18,4	56,7	0,7	23,8	0,4	4,8	0,1												
Marien-Hospital gGmbH	Wesel	<500	fg	3128	<20000	0,931	0,804	369	9	27	6:14%	5:24%	4:13%	30	1,7	1,3	P	9,7	17,0	59,2	0,7	20,2	0,3	5,5	0,1												
Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Wesseling	<200	fg	3016	<10000	1,050	0,848	275	9	26	6:22%	8:17%	5:15%	40	0,2	0,1		9,1	10,7	16,1	0,3	2,2	0,1	1,8	0,1												
Orthopädische Klinik Volmarstein	Weiter	<200	fg	3044	<10000	1,486	0,969	86	3	5	8:98%	1:1%	9:1%	83	2,6	0,0		18,1	36,3	11,4	0,2	3,0	0,1	1,3	0,1												

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)	Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis													
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE				B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI
Katharinen-Hospital Wülfrich gGmbH	Wülfrich	<200	fg	3137	<5000	0,846	0,875	212	6	20	6:18%	3:16%	5:15%	28	0,1	0,1	2,9	12,3	6,5	0,3	1,6	0,1	1,1	0,1										
St.-Franziskus-Hospital Winterberg	Winterberg	<50	fg	3130	<5000	0,926	0,863	222	8	23	5:23%	8:19%	6:16%	24	0,8	0,0	15,0	18,5	100,0	1,0	20,7	0,4	9,6	0,3										
HELIOS Klinik Wipperfurth	Wipperfurth	<200	p	3514	<10000	0,806	0,860	270	5	21	6:18%	8:14%	5:13%	30	0,6	0,0	8,6	16,5	71,2	0,7	11,6	0,3	2,1	0,1										
Ev. Krankenhaus Witten gGmbH	Witten	<500	fg	3050	<20000	1,140	0,819	333	9	28	11:18%	8:16%	6:15%	35	3,0	1,9	3,9	9,0	6,7	0,2	2,0	0,1	1,0	0,0										
Marinen-Hospital Witten gGmbH	Witten	<500	fg	2984	<20000	0,929	0,837	361	5	21	5:25%	6:13%	14:13%	36	1,6	0,0	4,4	11,7	13,1	0,2	3,9	0,1	2,0	0,0										
Agaplesion Krankenhaus Bethesda	Wuppertal	<500	fg	3128	<20000	1,096	0,825	328	8	25	8:18%	5:16%	6:14%	41	1,7	0,1	6,2	9,8	19,6	0,5	5,0	0,1	1,6	0,0										
HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH	Wuppertal	<1000	p	3125	>50000	1,227	0,742	453	14	42	5:19%	8:11%	6:10%	41	2,6	0,2	7,0	17,6	48,4	0,4	16,0	0,2	4,8	0,1										
Klinikverbund St. Antonius und St. Josef GmbH	Wuppertal	<1000	fg	3141	<50000	1,004	0,813	394	8	25	8:24%	6:13%	14:11%	39	1,2	4,9	6,0	12,6	26,2	0,4	9,2	0,1	2,8	0,1										
Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen gGmbH, Würselen	Würselen	<1000	ö	3555	<50000	1,072	0,798	383	10	33	8:21%	1:14%	5:12%	31	1,5	2,8	9,7	16,2	19,6	0,3	18,2	0,2	12,1	0,1										
St.-Josef-Hospital Xanten	Xanten	<200	fg	3149	<5000	0,974	0,882	206	5	19	8:30%	6:16%	5:13%	36	1,3	1,9	8,8	18,4	100,0	1,0	8,0	0,2	2,8	0,1										
Rheinland-Pfalz		347		3250		1,019	0,811		12	40	5:17%	8:14%	6:13%	34	2,5	1,28	6	18	6															
DRK Krankenhaus Alzey	Alzey	<200	fg	3367	<5000	0,748	0,873	262	5	17	6:19%	5:19%	4:16%	26	0,9	0,0	11,9	17,3	82,3	0,9	12,3	0,4	4,4	0,2										
Rheinhesen-Fachklinik Alzey	Alzey	<1000	ö	3748	<5000	0,893	0,977	52	2	5	1:76%	8:13%	3:5%		0,5	0,2	17,9	27,5	37,7	0,9	8,9	0,4	2,9	0,2										
Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	Andernach	<500	ö	3377	<5000	1,022	0,973	76	2	5	1:84%	8:4%	3:3%	1	1,9	3,3	15,7	27,3	18,3	0,6	5,5	0,2	4,0	0,1										
Kamilius-Klinik Asbach	Asbach	<200	fg	3383	<5000	0,845	0,956	124	1	6	1:59%	4:14%	5:8%		2,5	0,0	22,6	40,2	100,0	1,0	23,7	0,3	3,1	0,1										
BioMed-Fachklinik Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	<50	p	3300	<5000	0,764	0,984	19	2	4	9:20%	6:13%	13:11%		0,1	0,0	156,8	274,7	99,2	1,0	68,7	0,6	32,7	0,4										
Capio Mosel-Eifel-Klinik Bad Bertrich	Bad Bertrich	<50	p	3297	<5000	0,826	0,997	8	1	1	5:95%	9:4%	21:1%	92	0,0	0,0	71,1	118,8	100,0	1,0	78,9	0,8	78,9	0,8										
ACURA Rheumazentrum Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	<200	p	3779	<5000	0,997	0,988	37	1	2	8:93%	16:2%	1:2%		17,9	4,4	68,0	106,2	25,9	0,6	18,1	0,4	12,4	0,2										
Diakonie-Krankenhaus Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	<1000	fg	3418	<50000	0,859	0,817	381	8	27	8:19%	5:14%	6:14%	32	1,7	0,0	19,2	34,8	65,5	0,6	41,0	0,3	29,1	0,2										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1:33%	8:21%	5:17%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	20KM Marktanteil	30KM Marktanteil	HHI	20KM	30KM
Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe Zentrum für Akutbehandlungen und Rehabilitation	Bad Kreuznach	<50	ö	3277	<5000	1,999	0,984	38	1	3	1:33%	8:21%	5:17%	3,3	0,0			18,9	42,2	8,7	0,6	5,8	0,4	3,7	0,2				
Krankenhaus St. Marien-wörth	Bad Kreuznach	<500	fg	3360	<10000	0,817	0,833	325	8	27	6:19%	4:11%	5:10%	32	1,3	0,1	P	8,4	20,3	32,2	0,6	23,6	0,4	13,8	0,2				
Gefäßzentrum Dr. Bauer	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<50	p	3349	<5000	1,208	0,990	34	1	1	5:88%	9:8%	6:2%	87	0,0	0,0		43,3	61,5	31,5	0,5	10,0	0,3	5,4	0,1				
Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<500	fg	3296	<20000	0,952	0,804	375	9	30	5:21%	8:16%	6:13%	32	1,2	0,0		19,4	41,2	60,2	0,6	11,3	0,3	5,7	0,1				
Venen-Clinic	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<50	p	3330	<5000	0,737	0,997	10	1	1	5:92%	6:5%	9:1%	98	0,0	0,0	N	45,3	70,5	39,3	0,5	17,7	0,3	10,7	0,2				
DRK-Elisabeth-Krankenhaus	Birkenfeld	<200	fg	3371	<5000	0,734	0,899	220	3	13	8:26%	5:18%	6:13%	20	7,3	0,0		6,8	22,5	100,0	1,0	25,7	0,7	14,4	0,4				
Krankenhaus-Verband Bit-burg/Neuburg	Bitburg	<1000	fg	3360	<20000	0,853	0,821	341	9	29	5:18%	8:17%	6:15%	29	1,0	0,1	P	21,6	37,2	100,0	1,0	100,0	1,0	18,2	0,3				
Marienkrankenhaus Cochem	Cochem	<200	fg	3369	<5000	0,878	0,865	248	6	20	5:21%	6:19%	11:13%	31	0,2	0,0		16,2	24,8	100,0	1,0	29,5	0,7	12,3	0,4				
DRK Krankenhaus Maria Hilf	Daun	<500	fg	3349	<10000	0,927	0,834	315	8	26	8:20%	5:17%	6:15%	34	0,8	0,0	P	17,1	22,4	100,0	1,0	72,7	1,0	25,4	0,5				
Ev. und Johanner-Krankenhaus Dierdorf-Selters gGmbH	Dierdorf	<200	fg	3360	<10000	0,816	0,862	266	7	22	8:18%	5:17%	1:17%	29	0,7	2,1	B	13,6	21,4	100,0	1,0	16,5	0,4	5,9	0,2				
DRK Krankenhaus Diez	Diez	<200	fg	3416	<5000	0,801	0,867	272	4	15	8:17%	4:15%	6:14%	30	0,2	0,0		10,0	17,9	25,1	0,7	22,3	0,6	6,6	0,2				
Gesellschaft MikroNeuroChi-urgie, Dr. Klein	Gensingen	<50	p	3289	<5000	1,449	0,998	4	1	1	8:99%	1:1%		100	0,2	0,0	N	86,8	125,6	77,4	0,7	55,6	0,4	25,5	0,2				
Kreiskrankenhaus Grünstadt	Grünstadt	<200	ö	3370	<10000	0,732	0,851	310	6	22	8:16%	4:15%	5:14%	33	0,4	0,0		12,9	14,0	100,0	1,0	16,8	0,3	4,6	0,2				
DRK Krankenhaus Altenkir-chen/Hachenburg	Hachenburg	<500	fg	3369	<10000	0,754	0,846	307	7	23	8:17%	6:16%	5:13%	27	0,5	1,2		15,8	23,0	100,0	1,0	41,0	0,4	13,6	0,3				
Klinikum Idar-Oberstein	Idar-Oberstein	<1000	p	3337	<20000	0,964	0,794	394	10	32	5:16%	6:14%	8:13%	28	2,5	0,1	P	8,9	23,7	100,0	1,0	77,8	0,7	68,6	0,6				
Lutrina Klinik	Kaiserslautern	<50	p	3459	<1000	0,616	0,987	27	2	3	8:84%	6:13%	5:2%	98	0,3	0,0	N	29,5	50,2	20,8	0,8	14,1	0,5	7,2	0,2				
DRK Krankenhaus GmbH Standorte I + II	Kaiserslautern	>1000	p	3333	>50000	1,228	0,746	485	11	38	5:15%	8:12%	6:10%	37	3,3	1,9	P	22,7	39,1	97,9	1,0	71,5	0,6	53,6	0,4				
DRK Krankenhaus Kirchen	Kirchen	<500	fg	3367	<10000	0,762	0,852	328	5	17	6:15%	4:15%	5:11%	18	0,2	2,5	B	15,4	18,0	100,0	1,0	12,5	0,3	10,3	0,2				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC						Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patienten-wege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
									25%	50%	1	2	3	4	5	6		7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %		Budget-Anteile		Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B			P	Med	oQ	Markt-anteil	HHI	10KM	Markt-anteil	HHI	20KM	Markt-anteil	HHI	30KM
Marienhaus Kliniken GmbH	Neuwied	<1000	fg	3383	<50000	0,984	0,825	410	8	29	8:17%	5:14%	6:11%	37	1,6	1,2	P	12,4	24,7	51,7	0,5	19,6	0,2	14,5	0,2						
Loreley-Kliniken St. Goar-Oberwesel	Oberwesel	<500	fg	3286	<5000	0,844	0,943	173	1	3	8:70%	6:8%	1:6%	21	15,5	0,0		26,2	54,5	100,0	1,0	100,0	1,0	6,6	0,2						
Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH	Pirmasens	<500	ö	3362	<20000	0,905	0,822	327	8	26	5:21%	6:15%	8:10%	28	1,6	0,0	P	7,3	11,4	75,7	0,7	51,4	0,5	11,5	0,3						
St. Joseph-Krankenhaus Prüm	Prüm	<200	fg	3353	<5000	0,889	0,869	247	7	20	5:19%	8:17%	6:16%	20	2,2	0,0		11,4	24,3	100,0	1,0	100,0	1,0	22,6	0,7						
Krankenhaus Maria Stern Remagen	Remagen	<200	fg	3422	<5000	0,784	0,895	195	5	14	8:23%	6:18%	5:17%	26	1,4	0,0		7,5	15,5	16,2	0,3	4,7	0,2	2,7	0,1						
St. Elisabeth-Krankenhaus Rodalben	Rodalben	<200	fg	3401	<10000	1,070	0,889	210	5	16	8:38%	6:15%	5:14%	35	2,2	0,0		10,5	16,8	31,4	0,7	13,4	0,3	5,3	0,3						
Kreis-Krankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH	Saarburg	<500	ö	3413	<10000	0,760	0,836	289	10	28	8:20%	6:19%	5:14%	34	1,0	0,0	P	11,2	17,1	100,0	1,0	105,4	0,4	9,6	0,3						
Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie	Simmern	<500	fg	3457	<10000	0,739	0,847	302	8	23	5:17%	6:14%	4:11%	26	0,5	0,1	P	14,0	20,7	100,0	1,0	100,0	1,0	16,0	0,3						
Ahrta-Klinik	Sinzig	<50	p	2827	<1000	0,591	0,989	15	2	3	5:91%	9:5%	4:2%		0,0	0,0		10,9	17,6	22,3	0,4	7,7	0,2	3,6	0,1						
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer	Speyer	<500	fg	3266	<50000	1,015	0,833	360	4	21	5:20%	14:14%	6:13%	29	0,9	2,0		12,7	19,8	100,0	1,0	16,0	0,3	6,4	0,1						
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH	Trier	<1000	fg	3412	<50000	0,966	0,779	419	10	34	3:14%	6:14%	8:9%	40	0,9	2,0	P	20,2	40,9	42,8	0,5	38,3	0,4	30,4	0,4						
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Trier	<1000	fg	3339	<50000	1,424	0,818	405	12	34	5:27%	8:13%	1:13%	44	3,4	1,2		28,1	50,5	50,3	0,6	45,0	0,5	36,3	0,4						
BDH-Klinik Vallendar GmbH	Vallendar	<50	fg														B														
Verbund-Krankenhaus Bembel-Wittlich	Wittlich	<1000	fg	3414	<20000	0,876	0,819	356	8	26	5:18%	6:14%	8:13%	25	1,1	0,4	P	16,5	29,0	100,0	1,0	85,1	1,0	34,8	0,4						
Klinikum Worms gGmbH	Worms	<1000	ö	3388	<50000	0,939	0,804	407	8	26	6:14%	5:13%	8:9%	28	0,7	0,1		7,6	17,4	100,0	1,0	28,8	0,4	10,6	0,2						
Saarland		330		3141		1,096	0,813		14	45	5:16%	8:13%	6:12%	35	3,3	1,37	0														
Universitätskliniken des Saarlandes	Homburg	>1000	ö	3264	>50000	1,510	0,683	513	17	53	5:14%	1:11%	8:10%	45	6,8	0,4	P	21,8	43,0	73,0	0,7	44,4	0,4	25,5	0,2						
Caritas-Krankenhaus Lebach	Lebach	<200	fg	3279	<10000	0,885	0,868	252	7	22	8:19%	6:17%	5:16%	27	1,3	0,0		6,5	16,9	100,0	1,0	8,8	0,2	5,6	0,1						
SHG Kliniken Merzig Von-Fellenberg-Stift	Merzig	<500	ö	3306	<20000	0,890	0,845	290	7	22	8:18%	1:17%	6:11%	26	1,2	0,1	P	12,3	19,6	98,7	1,0	19,2	0,3	13,0	0,2						
DRK Klinik Mettlach	Mettlach	<50	fg	3117	<1000	1,348	0,972	36	2	6	1:34%	8:30%	4:13%		1,8	8,6		10,9	24,4	7,9	0,9	5,5	0,6	0,9	0,2						

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Marienhausklinik St. Josef Kohlhof	Neunkirchen	<200	fg	3304	<10000	0,705	0,881	255	4	15	6:19%	14:14%	15:11%	24	0,8	13,2			12,1	17,5	18,1	0,4	9,6	0,2	6,0	0,1			
Saarländ. Klinik kreuzmacher diakonie Fleischer Krankenhaus Neunkirchen	Neunkirchen	<200	fg	3292	<5000	0,951	0,938	104	3	9	5:29%	10:24%	4:12%	10	0,4	0,0	P		5,6	16,0	11,9	0,4	2,7	0,2	1,8	0,1			
Städtisches Klinikum Neunkirchen gGmbH	Neunkirchen	<500	ö	3270	<20000	0,977	0,839	270	9	26	5:14%	1:13%	8:11%	34	2,6	0,3			4,3	17,1	42,4	0,5	8,9	0,2	6,6	0,1			
Knappschafts-Krankenhaus Püttlingen	Püttlingen	<500	ö	3307	<20000	1,050	0,831	339	8	27	8:21%	1:18%	6:15%	26	1,2	2,2			11,0	15,6	17,7	0,3	10,7	0,2	7,8	0,1			
CaritasKlinikum Saarbrücken	Saarbrücken	<1000	fg	3246	<50000	0,930	0,791	395	9	31	5:16%	3:13%	6:11%	41	3,0	1,3			9,8	18,4	27,6	0,3	16,4	0,2	11,4	0,1			
Klinikum Saarbrücken gGmbH	Saarbrücken	<1000	ö	3282	<50000	1,200	0,748	452	12	37	5:13%	8:13%	1:12%	37	1,9	0,3			12,9	20,4	38,1	0,4	21,5	0,3	11,8	0,2			
Saarländ. Klinik kreuzmacher diakonie EW Saarbrücken	Saarbrücken	<200	fg	3302	<10000	1,010	0,876	212	6	20	8:22%	5:18%	6:18%	30	0,6	0,0			4,6	10,9	10,6	0,4	4,6	0,2	3,1	0,1			
Saarländ-Heilstätten GmbH Kliniken-Sonnenberg	Saarbrücken	<500	ö	3267	<5000	1,433	0,949	90	3	9	1:35%	8:34%	5:6%	27	4,2	28,5			13,2	19,4	10,9	0,5	5,5	0,2	2,9	0,1			
Krankenhaus Saarlouis vom DRK	Saarlouis	<500	fg	3271	<10000	0,853	0,830	267	8	28	6:13%	5:11%	1:11%	35	0,9	0,1			8,6	14,4	22,8	0,4	11,0	0,2	7,2	0,2			
Marienhaus Klinikum Saarlouis – Dillingen	Saarlouis	<1000	fg	3309	<50000	0,961	0,830	368	8	27	5:21%	8:18%	6:14%	28	2,1	0,1			10,1	20,5	41,2	0,4	22,7	0,3	15,8	0,2			
Kreis-Krankenhaus St. Ingbert gGmbH	St. Ingbert	<200	ö	3260	<10000	0,980	0,855	279	8	23	8:24%	6:19%	5:17%	43	0,5	0,1			4,7	17,6	18,7	0,4	4,4	0,2	3,5	0,1			
Marien-Krankenhaus St. Wendel	St. Wendel	<500	fg	3317	<10000	0,849	0,856	274	7	22	6:19%	5:14%	8:12%	29	2,8	0,0	P		15,2	22,5	100,0	1,0	12,6	0,3	5,3	0,1			
Knappschafts-Krankenhaus Sulzbach	Sulzbach	<500	fg	3270	<20000	0,846	0,843	344	7	23	2:25%	1:12%	5:9%	42	1,4	0,0			12,2	24,8	19,1	0,4	9,9	0,2	6,1	0,1			
SHG Kliniken Völklingen	Völklingen	<500	ö	3280	<50000	1,540	0,943	252	5	15	5:53%	11:17%	4:12%	37	2,9	0,1			11,8	30,9	24,4	0,4	13,3	0,2	10,7	0,2			
Marienhausklinik St. Elisabeth-Krankenhaus/Wadern/ St. Josef Loshelm am See	Wadern	<200	fg	3353	<10000	0,798	0,911	212	2	11	8:30%	5:20%	6:16%	12	7,1	0,1			8,3	17,6	100,0	1,0	47,5	0,6	7,5	0,2			
St. Nikolaus-Hospital	Wallerfangen	<200	fg	3135	<1000	1,540	0,980	27	1	3	8:55%	1:22%	4:8%		3,7	2,1	P		10,7	16,3	4,0	0,6	1,4	0,2	0,8	0,2			

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %			Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis			
									25%	50%	1	2	3	O	ZE	SE	B	P	Med			oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik	Dresden	<500	p	3078	<50000	2,832	0,963	71	3	7	5,94%	-1,3%	4,2%	64	2,9	0,0	28,6	59,2	28,2	0,4	18,3	0,3	16,4	0,2				
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Städtisches Klinikum	Dresden	<1000	ö	3178	<50000	1,127	0,744	457	14	41	8,18%	5,15%	6,11%	47	4,0	2,3	7,5	23,3	21,0	0,3	17,8	0,2	16,5	0,2				
Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden	Dresden	<500	fg	3997	<20000	0,943	0,871	277	3	14	6,20%	14,14%	15,12%	39	5,9	2,8	6,0	10,1	11,2	0,3	7,7	0,2	7,0	0,2				
St.-Marien-Krankenhaus Dresden	Dresden	<200	fg	2997	<5000	0,907	0,980	29	2	5	1,63%	8,26%	19,9%		3,3	10,8	15,9	36,5	9,1	0,3	7,3	0,2	5,6	0,1				
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt	Dresden	<1000	ö	3123	<50000	0,966	0,821	396	6	23	5,17%	1,12%	8,11%	21	2,4	0,1	8,9	18,5	16,1	0,3	12,5	0,2	11,5	0,2				
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden	Dresden	>1000	ö	3139	>50000	1,426	0,699	507	14	45	1,13%	8,12%	3,8%	47	6,8	5,0	12,2	51,2	37,4	0,4	26,4	0,2	23,5	0,2				
Kreiskrankenhaus Freiberg GmbH	Freiberg	<500	p	3149	<20000	0,953	0,805	374	8	30	5,14%	6,13%	1,11%	27	1,0	0,0	12,9	17,6	100,0	1,0	100,0	1,0	18,4	0,2				
Weißeritz-Kliniken GmbH	Freital	<500	p	3874	<20000	0,985	0,828	333	8	26	5,17%	6,16%	8,15%	31	1,4	0,3	12,8	23,9	36,6	0,6	11,1	0,2	8,1	0,2				
Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH	Glauchau	<500	ö	3105	<20000	0,875	0,833	277	8	26	6,17%	5,14%	8,12%	29	4,6	0,2	8,1	16,0	62,7	0,6	11,5	0,2	5,9	0,2				
Malteser Krankenhaus St. Carolus	Görlitz	<200	fg	2993	<10000	0,929	0,870	242	6	19	11,24%	5,17%	6,14%	31	2,1	1,0	6,1	30,5	29,7	0,7	25,0	0,5	13,3	0,4				
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH	Görlitz	<1000	ö	3167	<50000	1,042	0,737	446	13	42	5,14%	8,11%	1,10%	37	5,3	2,7	15,6	29,6	77,7	0,7	62,8	0,6	60,4	0,6				
Ebland Reha- und Präventions-GmbH	Großenhain	<50	ö	3034	<1000	2,712	0,992	13	1	2	1,91%	-1,9%	8,1%	8	0,2	51,1	23,0	54,1	4,6	0,9	1,5	0,2	0,8	0,2				
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Großschweidnitz	Großschweidnitz	<500	ö	2981	<5000	0,895	0,983	36	2	3	1,68%	8,28%	19,3%		1,3	3,2	19,6	27,2	100,0	1,0	29,1	0,8	8,8	0,2				
Diakoniekrankenhaus Chemnitz Land Hartmannsdorf	Hartmannsdorf	<500	fg	3055	<10000	0,973	0,854	256	8	24	8,20%	5,19%	6,15%	31	1,0	0,0	6,5	15,8	13,0	0,6	7,6	0,3	5,9	0,2				
Lausitzer Seenland Klinikum GmbH	Hoyerswerda	<500	ö	3135	<50000	0,945	0,784	394	11	34	8,15%	5,14%	6,10%	34	2,8	0,8	11,0	28,6	100,0	1,0	83,9	0,8	37,2	0,4				

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Malteser Krankenhaus St. Johannes Kamenz	Kamenz	<200	fg	4037	<10000	0,824	0,861	258	6	20	5:18%	6:14%	8:9%	25	2,5	0,4				3,1	17,2	100,0	1,0	52,9	0,6	13,4	0,3				
Evangelisches Diakonissen-Krankenhaus Leipzig gGmbH	Leipzig	<500	fg	3145	<20000	1,062	0,826	306	10	30	8:21%	6:17%	5:16%	53	2,4	0,1				5,2	7,9	10,2	0,3	10,2	0,3	5,8	0,2				
HELIOS Park-Klinikum Leipzig	Leipzig	<1000	p	3068	<20000	1,603	0,869	271	4	19	5:30%	8:25%	6:12%	57	6,9	0,4	P			9,2	30,7	11,9	0,3	9,4	0,3	7,7	0,2				
Herzzentrum Leipzig	Leipzig	<500	p	3043	>50000	3,177	0,955	149	3	7	5:91%	1:4%	4:1%	57	7,8	0,7				46,6	87,2	22,4	0,4	18,2	0,3	15,3	0,2				
Klinikum St. Georg GmbH Leipzig	Leipzig	>1000	ö	3137	<50000	1,166	0,745	474	11	38	5:13%	4:13%	8:12%	34	4,7	4,9	B	P		9,7	14,9	28,4	0,4	24,6	0,3	15,7	0,2				
St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig GmbH	Leipzig	<500	fg	3156	<20000	0,929	0,852	311	5	22	8:17%	6:14%	11:12%	45	2,1	0,0				6,4	10,7	16,6	0,3	15,3	0,3	9,9	0,2				
Universitätsklinikum Leipzig AöR	Leipzig	>1000	ö	3224	>50000	1,521	0,678	529	15	49	8:13%	1:10%	3:8%	43	8,2	1,7	P			8,9	32,9	33,3	0,4	31,3	0,4	21,2	0,2				
HELIOS Klinik Leisnig	Leisnig	<200	p	3831	<10000	0,997	0,841	253	6	23	5:18%	4:18%	6:11%	30	1,2	0,0				17,0	22,4	93,3	0,9	28,3	0,4	11,8	0,2				
DRK Krankenhaus Lichtenstein gGmbH	Lichtenstein	<200	fg	3128	<10000	0,860	0,852	292	6	22	6:18%	8:13%	5:12%	27	2,1	0,0				10,4	15,1	43,1	0,6	7,1	0,2	3,8	0,1				
Elblandklinikum Meißen	Meißen	<500	ö	3126	<20000	0,931	0,835	336	7	25	6:15%	8:14%	1:13%	22	1,8	0,7				10,0	20,3	78,6	0,9	17,8	0,3	9,2	0,2				
Landkreis Mittelsachsen Krankenhaus gGmbH Krankenhaus Mittweida	Mittweida	<500	ö	3157	<20000	0,910	0,834	310	7	26	6:18%	5:17%	8:13%	27	1,2	0,1	P			14,8	18,2	100,0	1,0	12,9	0,4	9,3	0,3				
ASKLEPIOS Orthopädische Klinik Hornwald	Neustadt in Sachsen	<200	p	3158	<10000	1,580	0,979	53	2	3	8:99%	1:1%	21:0%	77	2,9	0,0				35,4	45,9	76,5	0,8	35,7	0,4	27,1	0,3				
Klinik am Tharandter Wald	Niederschöps, OT Herzdorf	<50	p	2909										0,0	100,0	B	P														
Krankenhaus der Diakonissenanstalt „Emmaus“ Niesky	Niesky	<200	fg	4235	<5000	0,808	0,882	198	6	19	5:19%	6:18%	8:18%	22	1,7	0,3				8,5	17,9	100,0	1,0	17,1	0,5	8,9	0,3				
Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH Haus Olbernhau	Olbernhau	<50	ö	3092	<5000	0,871	0,877	202	7	20	6:21%	8:20%	5:17%	26	0,5	0,0				12,8	18,4	100,0	1,0	100,0	1,0	10,3	0,3				
Collim Klinik Oschatz gGmbH	Oschatz	<200	ö	3830	<10000	1,026	0,856	266	6	22	8:27%	5:17%	6:13%	38	1,0	0,0				9,5	17,3	100,0	1,0	24,1	0,4	13,4	0,3				
Klinikum Pirna GmbH	Pirna	<500	p	3886	<20000	0,954	0,780	394	11	35	5:15%	8:13%	6:11%	39	2,5	0,2	P			12,5	18,4	100,0	1,0	16,1	0,4	8,2	0,2				
HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen GmbH	Plauen	<1000	p	3081	<50000	1,140	0,746	438	11	42	5:15%	8:13%	6:9%	35	3,2	0,1				7,5	22,1	91,4	0,9	35,7	0,3	26,4	0,3				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis					
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			P	Med	oQ	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil	HHI	Markt-anteil
Krankenhaus Bethanien Plauen	Plauen	<50	fg	3309	<5000	0,637	0,943	125	3	8	3:53%	8:16%	6:9%	74	0,3	0,0				17,6	34,5	29,5	0,8	14,7	0,4	9,4	0,2	
HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz	Pulsnitz	<50	p											0,0	100,0	B												
ASKLEPIOS-ASB Klinik Radeberg	Radeberg	<200	p	3856	<10000	1,029	0,869	244	6	21	5:26%	8:19%	6:17%	28	1,6	0,0				7,8	9,1	76,5	0,9	4,5	0,2	3,6	0,2	
Kleinwachau Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg gGmbH	Radeberg, OT Liegau-Augustusbad	<50	fg											0,0	100,0	B												
Eblandklinikum Radebeul	Radebeul	<500	ö	3885	<20000	0,957	0,827	336	8	25	8:20%	2:17%	5:12%	48	1,4	0,7	P			7,6	21,6	15,1	0,4	7,0	0,2	5,9	0,2	
Fachkrankenhaus für Geriatrie	Radeburg	<50	p	3091	<1000	1,456	0,976	30	1	5	8:44%	5:18%	10:11%		0,0	0,0				27,2	57,2	100,0	1,0	0,8	0,2	0,6	0,1	
Paracelsus-Klinik Reichenbach GmbH	Reichenbach	<200	p	3055	<10000	0,916	0,834	292	9	27	8:17%	6:16%	11:13%	40	2,2	0,3				4,2	8,6	37,2	0,6	7,4	0,2	5,0	0,1	
Eblandklinikum Riesa GmbH	Riesa	<500	ö	3833	<20000	1,012	0,781	391	10	34	5:20%	6:11%	8:11%	35	3,7	0,9				12,9	22,0	100,0	1,0	41,8	0,5	29,7	0,4	
Klinikum Oberglöbtsch Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	3939	<20000	0,911	0,834	322	8	27	6:18%	8:14%	5:12%	33	2,4	0,1				10,1	13,6	92,2	0,9	24,0	0,4	8,8	0,1	
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch	Rodewisch	<500	ö	3055	<1000	0,818	0,973	39	2	5	1:75%	8:10%	5:4%		5,9	13,3	P			12,1	19,6	26,3	0,8	6,9	0,3	2,5	0,1	
Orthopädisches Zentrum Martin-Ulrich-Haus Rothenburg gGmbH	Rothenburg	<50	fg	3102	<5000	1,456	0,980	47	2	3	8:98%	1:1%	21:0%	72	1,5	0,0				44,5	64,3	100,0	1,0	45,7	0,6	43,4	0,5	
HELIOS Klinik Schleuditz	Schleuditz	<200	p	3058	<10000	1,022	0,884	209	5	15	6:16%	8:15%	5:12%	45	1,3	0,0				12,0	17,9	40,9	0,6	5,0	0,2	3,3	0,1	
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altschbitz	Schleuditz	<500	ö	3068	<5000	0,978	0,973	71	2	4	1:72%	8:10%	19:5%		2,5	10,2	P			13,9	23,0	27,8	0,6	3,2	0,2	2,0	0,1	
Paracelsus-Klinik Adorf/Schöneck	Schöneck	<500	p	3094	<20000	1,037	0,873	291	6	19	8:35%	5:18%	6:16%	33	0,9	0,2				16,0	23,6	100,0	1,0	22,8	0,4	16,9	0,3	
Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz	Sebnitz	<200	p	3969	<10000	0,943	0,829	281	9	29	5:15%	6:15%	8:13%	32	2,0	1,1				9,7	20,8	68,0	0,9	40,2	0,5	12,3	0,3	
Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH	Stollberg	<500	ö	4035	<10000	0,855	0,830	326	9	27	3:16%	5:15%	6:14%	35	1,1	0,5				11,2	13,4	100,0	1,0	7,9	0,3	5,2	0,2	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	Marktanteil	20KM	Marktanteil	30KM	HHI	Marktanteil
Kreiskrankenhaus Torgau „Johann Kemmann“ gGmbH	Torgau	<500	ö	4058	<20000	0,804	0,845	267	7	23	5:17%	8:11%	32	1,0	0,0	11,8	19,2	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0	37,3	0,5							
Kreiskrankenhaus Weißwassers-er gemeinnützige GmbH	Weißwasser	<200	ö	4059	<10000	0,823	0,854	262	5	20	5:20%	8:10%	21	1,3	0,2	20,1	20,1	100,0	1,0	65,6	0,6	20,0	0,4									
Pleibental-Klinik GmbH	Werdau	<500	ö	3075	<10000	0,848	0,843	319	7	24	6:16%	8:14%	28	2,3	0,0	10,3	12,0	25,5	0,5	12,6	0,2	6,0	0,1									
Fachkrankenhaus Hubertus-burg gGmbH	Wermsdorf	<500	ö	3146	<5000	1,103	0,958	78	3	8	1:56%	4:7%	3	6,5	6,8	20,7	35,7	100,0	1,0	13,8	0,4	9,2	0,3									
Muldentalkliniken GmbH – Gemeinnützige Gesellschaft	Wurzen	<500	ö	3681	<20000	0,829	0,830	338	9	27	5:16%	8:15%	29	1,2	0,0	16,5	22,7	100,0	1,0	88,0	0,9	10,1	0,2									
Klinikum Oberlausitzer Berg-land gemeinnützige GmbH	Zittau	<500	ö	4090	<20000	0,831	0,819	355	8	27	5:17%	8:12%	24	4,8	0,4	15,3	25,2	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0	76,3	0,7							
Diakoniewerk Zschadraß gGmbH	Zschadraß	<200	fg	3236	<1000	0,870	0,984	41	2	3	1:81%	8:14%		1,1	0,0	28,9	35,7	32,3	0,8	18,6	0,5	3,9	0,2									
Klinikum Mittlerrhes Erzgebir-ge gGmbH Haus Zschopau	Zschopau	<500	ö	3944	<10000	0,925	0,830	292	8	24	8:22%	6:16%	37	1,0	0,0	14,4	19,4	100,0	1,0	11,9	0,5	6,8	0,2									
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH	Zwickau	<1000	ö	3039	<50000	1,126	0,720	474	14	47	5:16%	8:14%	38	5,2	0,7	11,8	24,7	63,6	0,6	32,7	0,3	17,2	0,2									
Paracetus-Klinik Zwickau	Zwickau	<500	p	3451	<10000	1,121	0,882	269	4	16	1:27%	4:17%	31	3,5	0,3	9,0	18,4	20,0	0,5	11,6	0,3	5,0	0,1									
Sachsen-Anhalt		401		3013		1,042	0,803		12	43	5:17%	8:14%	33	2,8	1,94	0	14	0														
Klinikum Aschersleben-Staßfurt GmbH	Aschersleben	<1000	ö	3227	<20000	0,825	0,823	343	9	26	5:16%	8:10%	24	1,5	0,0	16,5	23,8	100,0	1,0	51,6	0,6	20,4	0,3									
Klinikum Bernburg gGmbH	Bernburg	<500	ö	3019	<20000	0,971	0,846	300	7	23	1:19%	6:16%	21	1,3	0,0	3,2	18,3	94,7	1,0	29,1	0,4	21,9	0,3									
Waldklinik Bernburg GmbH	Bernburg	<50	p	3163	<1000	1,198	0,998	2	1	1	1:100%			0,0	41,2	81,7	120,0	78,5	0,8	69,9	0,7	65,3	0,7									
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH	Bitterfeld	<1000	ö	3081	<20000	0,960	0,810	356	8	29	5:23%	6:14%	26	2,0	0,7	12,2	15,4	100,0	1,0	53,6	0,6	14,1	0,2									
Krankenhaus Jerchow Land GmbH	Burg	<500	p	3156	<10000	0,873	0,835	308	6	25	6:17%	5:14%	25	1,5	0,0	14,6	17,3	79,1	0,9	79,1	0,9	10,1	0,3									
Med/Clin Herzentrum Coswig	Coswig	<200	p	3075	<20000	2,515	0,966	79	3	6	5:95%	4:1%	58	3,3	0,0	34,6	80,1	100,0	1,0	47,3	0,7	17,6	0,3									
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH	Dessau	<200	fg	3086	<10000	1,004	0,888	234	5	17	11:30%	12:13%	47	1,6	0,3	14,2	23,3	24,2	0,8	18,2	0,6	8,7	0,3									
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<1000	ö	3105	<50000	1,050	0,755	441	14	41	5:16%	8:12%	39	3,0	0,3	14,4	25,7	86,9	0,9	55,7	0,5	39,5	0,4									

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis							
									25%	50%	1:2%	8:96%	19:0%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Fachkrankenhaus Vogel-sing-Gommern mbH	Gommern	<200	p	3085	<10000	1,018	0,975	67	2	5	8:96%	1:2%	19:0%	41	0,2	2,1			34,9	67,1	50,4	0,6	21,6	0,3	18,4	0,3			
Ameos Klinikum St. Salvator Halberstadt GmbH	Halberstadt	<500	p	3081	<50000	0,903	0,799	402	10	30	3:17%	5:15%	8:13%	36	1,6	0,3			14,4	24,5	100,0	1,0	33,2	0,4	24,3	0,3			
AMEOS Klinikum Haldensleben	Haldensleben	<500	p	3146	<1000	0,706	0,987	22	1	3	1:45%	8:36%	3:7%		0,0	0,0	P		18,1	33,8	100,0	1,0	100,0	1,0	3,5	0,3			
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost	Halle	<500	fg	3068	<20000	1,761	0,848	275	7	24	8:34%	1:21%	6:10%	44	2,1	17,3			5,1	19,0	13,9	0,4	10,4	0,3	6,7	0,2			
Krankenhaus des Evangelischen Diakoniewerk Halle	Halle	<500	fg	3102	<10000	1,216	0,904	207	4	12	4:22%	5:20%	6:19%	34	4,0	0,9	P		7,0	17,3	9,8	0,3	7,8	0,3	5,2	0,2			
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Döblau gGmbH	Halle	<1000	fg	3092	<50000	1,230	0,784	395	10	34	8:17%	1:14%	4:13%	40	2,4	0,2			14,0	30,5	25,5	0,4	21,1	0,3	17,9	0,3			
Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara	Halle	<1000	fg	3099	<50000	0,963	0,842	342	5	21	5:22%	6:16%	14:10%	30	4,9	0,7	P		7,1	14,4	26,4	0,4	21,6	0,3	15,3	0,2			
KMG Klinikum Havelberg GmbH	Havelberg	<50	p	3107	<5000	0,799	0,890	197	4	16	8:30%	5:20%	6:15%	26	0,4	0,0			12,7	24,2	100,0	1,0	100,0	1,0	8,6	0,4			
AWO Fachkrankenhaus Jerichow	Jerichow	<500	fg	3345	<1000	0,845	0,980	21	2	5	1:78%	8:7%	5:7%		0,8	8,8	P		20,2	44,2	100,0	1,0	10,6	0,9	7,2	0,5			
Lungenklinik Lostau	Lostau	<200	fg	3006	<10000	1,265	0,969	126	1	4	4:77%	23:10%	5:4%	24	4,2	1,5			38,1	65,7	44,5	0,9	9,1	0,4	7,9	0,3			
Klinik Bosse Wittenberg	Lutherstadt Wittenberg	<500	fg	3121	<1000	0,687	0,981	33	2	4	1:70%	8:17%	5:5%		0,7	35,7	P		16,7	26,3	37,2	0,7	36,9	0,7	25,8	0,6			
Paul Gerhardt Diakonie Krankenhaus und Pflege GmbH	Lutherstadt Wittenberg	<500	fg	3130	<20000	1,063	0,785	339	11	35	5:16%	6:14%	8:13%	29	2,2	0,4			10,7	22,9	92,6	0,9	83,2	0,9	50,7	0,6			
Klinik St. Marienstift Magdeburg	Magdeburg	<200	fg	3069	<10000	0,753	0,923	155	4	12	6:21%	8:15%	13:12%	56	0,6	0,3			8,5	22,0	15,9	0,4	12,5	0,3	10,6	0,3			
Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH	Magdeburg	<500	fg	3148	<20000	1,148	0,872	254	6	17	8:31%	5:26%	6:13%	35	1,2	0,7			8,6	12,6	13,8	0,4	11,4	0,4	9,9	0,3			
Klinikum Magdeburg GmbH	Magdeburg	<1000	ö	3121	<50000	1,105	0,760	435	11	37	5:20%	8:12%	6:11%	36	4,9	1,2	P		9,0	21,2	33,3	0,4	26,6	0,4	22,9	0,3			
Median Klinik Neurologisches Rehabilitationszentrum Magdeburg	Magdeburg	<50	p	3065	<5000	16,666	0,990	15	1	3	1:57%	-1:42%	8:1%	42	0,2	40,6			40,5	65,5	4,8	0,5	4,2	0,4	3,9	0,3			

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM	HHI Marktanteil	10KM	20KM	30KM
Otto-von-Guericke Universität	Magdeburg	>1000	ö	3138	>50000	1,388	0,662	508	20	59	8:14%	5:12%	3:9%	50	6,5	1,2	P			18,2	42,5	49,2	0,5	39,7	0,4	33,6	0,3				
Carl-von-Ossietzky-Klinikum Saalekreises GmbH	Merseburg	<1000	ö	3112	<50000	1,013	0,804	366	10	31	5:21%	6:16%	8:11%	29	2,8	1,6	P			13,9	45,2	100,0	1,0	17,3	0,3	7,8	0,1				
Klinikum Burgenlandkreis gGmbH	Naumburg	<1000	fg	3104	<50000	0,897	0,820	358	8	28	5:19%	6:13%	8:13%	26	1,6	0,5	P			26,2	32,4	100,0	1,0	97,7	1,0	38,2	0,4				
Bördekrankenhaus gGmbH	Oschersleben	<500	p	3125	<10000	1,036	0,845	248	9	26	5:24%	8:18%	6:17%	31	1,2	0,0				11,2	20,8	100,0	1,0	100,0	1,0	7,1	0,3				
Harzklinikum Dorothea Christiane Erleben GmbH	Quedlinburg	<1000	ö	3171	<50000	0,953	0,786	410	10	34	5:22%	6:15%	8:12%	30	3,2	1,8	P			23,3	34,9	67,9	0,6	45,0	0,4	31,2	0,3				
Altmark-Klinikum gGmbH	Salzwedel	<500	ö	3124	<20000	0,787	0,818	347	8	27	6:17%	8:15%	5:14%	23	0,6	0,0				33,4	49,2	100,0	1,0	100,0	1,0	79,5	0,7				
HELOS Kliniken Mansfeld-Südharz GmbH	Sangerhausen	<1000	p	3100	<50000	0,953	0,792	354	10	33	5:16%	8:14%	6:13%	31	1,3	0,4	P			28,6	34,8	100,0	1,0	60,1	0,6	56,9	0,6				
Klinikum Schönebeck gGmbH	Schönebeck	<500	ö	3114	<20000	0,762	0,846	316	7	23	5:21%	6:17%	8:11%	30	1,6	0,8				4,8	23,2	78,0	0,9	14,5	0,3	10,8	0,2				
Diakoniekrankenhaus Seehausen gGmbH	Seehausen	<200	fg	3120	<5000	0,751	0,878	187	7	20	5:21%	6:18%	8:12%	24	1,1	0,1				14,6	21,2	100,0	1,0	100,0	1,0	29,4	0,5				
Johanniter KH Genthin-Stendal gGmbH	Stendal	<1000	fg	3114	<20000	0,959	0,795	397	8	30	5:20%	8:15%	6:13%	32	2,4	0,0				23,5	39,9	100,0	1,0	93,2	0,9	82,5	0,8				
SALUS gGmbH Fachklinikum Uchtspringe	Uchtspringe	<500	p	2975	<5000	0,674	0,984	29	2	3	1:54%	4:21%	8:18%		1,9	13,3	P			28,9	54,4	100,0	1,0	37,9	0,8	37,9	0,8				
Krankenhaus Zerbst GmbH	Zerbst	<500	p	3109	<10000	0,876	0,864	265	5	21	8:25%	6:17%	5:15%	32	0,7	0,0				5,0	24,5	100,0	1,0	22,9	0,6	12,0	0,3				
Schleswig-Holstein		287		3012		1,099	0,804		14	44	5:16%	8:15%	6:11%	38	3,3	2,68	4	6	1												
Klinikum Bad Bramstedt GmbH	Bad Bramstedt	<500	fg	3091	<10000	1,363	0,954	150	1	4	8:86%	1:3%	5:2%	31	6,2	0,0				42,8	87,1	58,6	0,8	28,3	0,6	8,6	0,2				
ASKLEPIOS Klinik Bad Oldesloe	Bad Oldesloe	<200	p	3131	<10000	1,012	0,829	269	8	26	5:19%	8:16%	6:14%	29	0,8	0,2				9,7	16,6	100,0	1,0	19,2	0,7	6,9	0,3				
HELOS Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau	Bad Schwartau	<50	p	3143	<5000	0,795	0,918	196	2	10	8:53%	11:11%	6:7%	75	0,8	4,6				9,8	16,3	21,6	0,7	21,2	0,7	6,5	0,2				
Segeberger Kliniken GmbH	Bad Segeberg	<500	p	3044	<50000	1,397	0,820	358	8	26	5:41%	6:9%	8:8%	38	2,9	3,5	P			17,7	30,4	100,0	1,0	65,2	0,6	17,0	0,2				
Krankenhaus Borstel	Borstel	<50	fg	3113	<5000	1,100	0,978	69	1	3	4:87%	-1:4%	5:3%	12	2,2	1,1				33,3	58,5	100,0	1,0	11,6	0,5	2,8	0,2				
Ostseeklinik Damp GmbH	Damp	<500	p	3093	<10000	1,347	0,966	105	2	5	8:91%	1:6%	5:0%	67	2,4	0,2				56,2	85,3	100,0	1,0	100,0	1,0	15,2	0,5				

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis						
									25%	50%	1	2	3		O	ZE	SE			P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil
Sana Kliniken Ostholstein GmbH Klinik Eutin	Eutin	<500	p 3377	<20000	0,916	0,813	368	7	27	8:10%	6:13%	5:19%	8:10%	31	1,9	5,0				27,0	52,7	98,5	1,0	62,2	0,7	31,8	0,4	
St.-Elisabeth-Krankenhaus	Eutin	<50	fg 2999	<5000	1,759	0,980	54	1	2	4:12%	5:22%	8:38%	4:12%		1,1	21,2	B			29,3	42,9	14,7	0,8	10,5	0,6	6,2	0,3	
Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg	Flensburg	<1000	fg 3040	<50000	0,985	0,819	380	9	26	8:17%	5:19%	5:19%	1:14%	36	2,5	0,7	P			6,7	25,6	75,9	0,9	75,9	0,9	75,9	0,9	
Katharinen Hospiz am Park	Flensburg	<50	fg												0,0	100,0	B											
St.-Franziskus-Hospital	Flensburg	<500	fg 3100	<20000	1,267	0,860	312	6	19	3:10%	6:30%	6:30%	3:10%	36	3,6	3,8				12,2	27,7	43,5	0,8	43,5	0,8	43,5	0,8	
HELIOS Klinik Geesthacht	Geesthacht	<50	p 3151												0,0	100,0	B											
Johannes-Krankenhaus Geesthacht/Lauenburg	Geesthacht	<500	fg 3144	<10000	0,790	0,839	298	7	23	6:15%	5:16%	5:16%	6:15%	26	0,8	0,0	P			12,9	18,4	99,0	1,0	19,0	0,3	4,5	0,1	
Vitanas Klinik für Geriatrie Geesthacht	Geesthacht	<50	p 3006	<5000	1,870	0,979	67	1	2	8:40%	8:40%	8:40%	1:15%		0,0	13,0				19,3	22,2	27,8	0,9	7,0	0,3	1,6	0,1	
Krankenhaus Großhansdorf	Großhansdorf	<200	fg 3111	<10000	1,461	0,978	87	1	4	4:91%	4:91%	4:91%	16:2%	26	2,0	3,6				44,4	83,7	62,4	0,9	11,6	0,2	5,1	0,1	
Parkklinik Manhagen	Großhansdorf	<50	p 3143	<20000	0,626	0,984	67	1	3	2:58%	2:58%	2:58%	8:42%	81	0,2	0,0				25,4	35,0	90,6	0,9	24,4	0,3	15,6	0,2	
Westküstenklinik Heide	Heide	<1000	ö 3304	<50000	0,995	0,819	391	10	32	8:15%	5:17%	5:17%	6:13%	28	2,2	3,4	P			18,1	36,8	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0	
Klinikum Nordfriesland GmbH	Husum	<500	ö 3125	<20000	0,944	0,802	345	9	30	6:15%	5:21%	5:21%	8:13%	31	1,3	0,9				26,1	43,2	95,5	1,0	95,5	1,0	95,5	1,0	
KfW Krankenhausbetriebs-gesellschaft mbH & Co. KG	Husum	<50	p 3157	<1000	0,642	0,980	45	2	3	8:87%	8:87%	8:87%	6:6%	98	0,0	0,0				16,7	26,7	22,8	0,8	22,8	0,8	22,8	0,8	
Zweckverb. Krankenhaus Itzehoe	Itzehoe	<1000	ö 3126	<50000	1,015	0,789	415	9	31	5:15%	5:15%	5:15%	6:14%	30	1,4	6,5	P			16,4	23,5	100,0	1,0	100,0	1,0	78,8	0,9	
Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen	Kaltenkirchen	<500	p 3145	<10000	0,899	0,850	289	6	22	6:18%	6:18%	6:18%	8:17%	35	1,1	0,0				11,5	16,7	61,3	0,9	23,3	0,6	2,8	0,1	
Augenklinik Dr. Uthoff Kiel-Belleue	Kiel	<50	p 3188	<1000	0,405	0,990	17	1	3	2:100%	2:100%	2:100%	9:0%	76	0,0	0,0				20,6	87,9	17,9	0,7	17,8	0,7	17,7	0,7	
Klinik Flechtig – Klinik für Hals-, Nasen- und Ohren-krankheiten GmbH	Kiel	<50	p	<1000	0,440	0,992	25	1	2	3:99%	3:99%	3:99%	2:0%	98	0,0	0,0				14,1	31,9	14,3	0,7	14,1	0,7	14,1	0,7	
Ostseeklinik Kiel GmbH	Kiel	<50	p 3082	<5000	0,757	0,953	90	3	8	8:59%	8:59%	8:59%	6:16%	96	0,8	0,0				7,5	21,9	9,1	0,5	8,6	0,5	6,4	0,3	
Park-Klinik GmbH	Kiel	<50	p 3155	<5000	0,634	0,960	66	2	7	6:32%	6:32%	6:32%	13:26%	90	3,1	0,0				16,1	36,4	6,2	0,6	5,8	0,5	5,7	0,5	
Städtisches Krankenhaus	Kiel	<1000	ö 3126	<50000	0,953	0,829	353	7	24	5:17%	5:17%	5:17%	6:15%	20	6,6	1,2				6,6	10,5	21,7	0,6	20,2	0,5	13,9	0,3	

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis										
									25%	50%	1:10%	5:15%	8:9%		O	ZE	SE			B	P	Med	oQ	HHI	Marktanteil	10KM	HHI	Marktanteil	20KM	HHI	Marktanteil	30KM	HHI
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel und Lübeck	Kiel	>1000	ö	>50000	1,415	0,663	553	20	58	1:10%	8:9%	45	6,8	1,9							70,2	0,6	66,2	0,6	62,7	0,6							
DRK Therapiezentrum Marii GmbH	Lübeck	<200	p	3076	1,729	0,966	99	2	4	1:19%	5:18%		1,7	5,3							24,3	0,8	23,8	0,8	8,1	0,3							
Marien-Krankenhaus Lübeck	Lübeck	<50	fg	3235	0,433	0,959	138	2	5	15:21%	3:18%	58	0,1	0,0							41,5	0,8	41,2	0,7	19,5	0,3							
Sana Kliniken Lübeck GmbH	Lübeck	<500	p	3117	1,127	0,813	359	10	30	8:15%	6:13%	35	2,2	0,0							72,2	0,8	52,5	0,5	24,4	0,3							
FEK-Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH	Neumünster	<1000	ö	3093	1,094	0,775	413	11	32	5:17%	6:14%	31	2,9	1,0	P						98,3	1,0	78,0	0,9	25,0	0,3							
Klinik Klosterstr. GbR Dr. Rüdiger/Gottburg	Neumünster	<50	p	2995	0,654	0,973	42	1	5	13:71%	9:10%	88	0,0	0,0							10,6	0,9	10,6	0,9	1,6	0,3							
Kinderzentrum Pelzerhaken	Neustadt	<50	fg										0,0	100,0	B																		
Klinikum Neustadt	Neustadt	<500	p	3061	1,434	0,858	309	4	18	8:41%	6:12%	50	0,7	0,2							98,7	1,0	43,1	0,6	24,3	0,4							
Regio.Kliniken gGmbH	Pinneberg	<1000	ö	3110	1,040	0,777	438	10	32	5:17%	6:16%	34	1,1	0,5							41,5	0,4	9,7	0,2	6,7	0,1							
Klinik Preetz Krankenhaus des Kreises Plön	Preetz	<200	ö	3125	0,870	0,847	296	7	24	5:20%	6:19%	29	0,2	0,0							96,3	1,0	7,1	0,5	5,4	0,3							
Norddeutsches Epilepsie-Zentrum	Ralsdorf	<50	fg	3262	0,768	0,998	1	1	1	1:100%			0,0	68,7							22,1	0,6	22,1	0,6	19,1	0,4							
DRK Krankenhaus Mölln/Ratzeburg	Ratzeburg	<200	fg	3125	0,939	0,834	304	9	25	5:23%	6:15%	28	0,9	0,0							98,6	1,0	36,7	0,6	27,2	0,5							
DRK Rönneberg Klinik, Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH	Ratzeburg	<50	p	3078	1,894	0,981	47	1	3	8:31%	5:18%		1,8	4,7							30,0	0,9	12,6	0,6	9,2	0,5							
Krankenhaus Reinbek St.-Adolf-Stift	Reinbek	<500	fg	3118	1,032	0,812	337	8	28	5:21%	6:19%	32	2,6	1,2							51,0	0,5	6,6	0,2	4,0	0,1							
Kreiskrankenhaus und Kreisenotreinrichtungen Rendsburg-Eckernförde gGmbH	Rendsburg	<1000	ö	3134	0,960	0,804	430	11	31	5:16%	6:13%	35	1,5	0,9							100,0	1,0	100,0	1,0	39,6	0,4							
Schlei-Klinikum Schleswig MLK GmbH	Schleswig	<500	p	3116	1,077	0,809	368	9	30	5:24%	6:15%	33	2,8	2,2																			
Krankenhaus Mittelburg	Stüsel	<200	fg	3054	2,487	0,987	41	1	2	8:33%	1:19%	3	2,2	28,3							12,7	0,6	12,2	0,5	5,7	0,3							

Krankenhausaufname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis														
									25%	50%	1	2	3		4	5	6			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Curschmann-Klinik	Timmerdorfer Strand	<50	p	3176	<1000	0,782	0,958	61	2	6	5:48%	4:14%	6:13%	1	0,0	0,0			77,4	86,0	100,0	1,0	1,5	0,3	1,5	0,3										
Nordseeklinik Westerland	Westerland	<200	p	3382	<5000	0,786	0,849	257	5	22	5:17%	9:15%	8:13%	19	0,3	0,0			9,2	34,0	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0										
Klinikum Nordfriesland gGmbH, Klinik Föhr-Amrum	Wyk	<50	ö	7066	<1000	0,547	0,885	171	7	20	5:20%	6:14%	1:10%	12	0,0	0,0			6,7	7,4	100,0	1,0	100,0	1,0	100,0	1,0										
Thüringen		386		2999		1,111	0,788		14	45	5:16%	8:15%	6:12%	35	3,3	2,56	6	2																		
Kreis Krankenhaus Altenburg gMBH	Altenburg	<500	ö	3083	<20000	1,037	0,812	361	9	30	5:18%	1:15%	6:14%	22	3,5	0,8			8,7	16,5	100,0	1,0	36,0	0,4	13,2	0,2										
Kreis Krankenhaus Apolda	Apolda	<500	ö	3014	<10000	0,874	0,836	277	8	26	8:20%	5:14%	6:12%	33	0,4	1,0			1,8	16,3	100,0	1,0	14,5	0,5	7,8	0,3										
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmsee gMBH	Arnstadt	<500	ö	3098	<20000	0,923	0,820	365	9	28	5:18%	6:15%	8:12%	28	1,1	0,0			18,7	26,0	88,3	0,9	24,1	0,5	12,7	0,2										
Mariensift Arnstadt, Orthopädische Klinik	Arnstadt	<50	fg	3079	<5000	1,414	0,975	51	2	5	8:99%	1:1%	18:0%	81	2,8	1,9			42,6	105,1	55,6	0,7	25,0	0,4	11,8	0,2										
Zentral-Klinik Bad Berka GmbH	Bad Berka	<1000	p	3054	<50000	1,974	0,861	268	7	20	5:33%	4:20%	8:14%	44	5,0	5,1			57,6	86,4	52,5	0,6	40,6	0,5	12,9	0,2										
DRK – Mannische Krankenhaus	Bad Frankenhausen	<500	fg	3088	<50000	0,911	0,820	379	8	27	6:21%	5:18%	8:14%	30	1,7	0,1			30,4	33,4	100,0	1,0	41,8	0,6	28,7	0,4										
Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	<50	p											0,0	100,0	B																				
Hufeiland-Klinikum GmbH Bad Langensalza	Bad Langensalza	<1000	ö	3083	<50000	1,004	0,812	364	9	28	5:21%	8:16%	6:16%	35	1,4	0,0			27,7	27,7	100,0	1,0	53,4	0,6	19,8	0,3										
Heinrich-Mann-Klinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	<50	p																																	
& i Fachklinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	<50	p	3355	<1000	2,497	0,995	11	1	1	1:98%	8:1%	21:1%		8,3	79,9	B		71,0	99,7	14,5	0,9	4,9	0,3	2,4	0,2										
Klinikum Bad Salzungen	Bad Salzungen	<500	ö	3106	<20000	0,856	0,832	294	9	26	5:16%	8:13%	6:13%	28	1,3	0,0			14,7	21,9	99,7	1,0	66,2	0,6	31,1	0,3										
MEDIAN-Klinik Bad Tennstedt	Bad Tennstedt	<50	p											0,0	100,0	B																				
HELIOS Klinik Blankenhain	Blankenhain	<200	p	3094	<10000	1,207	0,853	200	9	28	8:21%	11:20%	6:14%	52	0,8	0,0			18,5	30,4	27,4	0,8	9,6	0,4	4,1	0,2										
HELIOS Klinik Bleicherode	Bleicherode	<50	p	3064	<5000	1,277	0,979	41	1	4	8:92%	1:8%	9:0%	55	0,7	0,0			34,0	50,2	100,0	1,0	40,9	0,5	27,4	0,3										
St. Georg Klinikum gMBH Eisenach	Eisenach	<500	fg	3062	<20000	0,962	0,794	370	9	31	5:19%	6:17%	8:11%	30	2,5	0,1			10,8	20,2	100,0	1,0	99,8	1,0	18,8	0,2										

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Bax	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile		Bes. Leist.	Notfall	AOK-Patientenwege (PKW-KM)			Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis									
									25%	50%	1	2	3		O	ZE			SE	B	P	Med	oQ	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
Waldkrankenhaus „Rudolf Eile“ gGmbH	Eisenberg	<500	ö	3087	<20000	1,252	0,888	237	4	16	8:57%	6:12%	5:9%	52	1,6	0,0			18,4	36,0	100,0	1,0	27,9	0,7	10,9	0,3					
HELIOS Klinikum Erfurt	Erfurt	>1000	p	3105	>50000	1,208	0,701	467	16	51	5:12%	8:10%	3:10%	41	2,8	0,4			11,7	43,0	76,8	0,7	58,1	0,5	28,7	0,3					
Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk	Erfurt	<500	fg	3083	<20000	0,952	0,822	319	8	27	5:18%	6:18%	8:10%	35	2,4	0,0			6,4	11,4	28,1	0,7	16,3	0,4	11,2	0,3					
Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH	Friedrichroda	<500	p	3131	<10000	0,825	0,839	260	8	25	5:18%	6:16%	8:14%	29	1,8	0,0			10,0	15,7	100,0	1,0	25,4	0,4	8,4	0,2					
SRH Waldklinikum Gera	Gera	>1000	p	3066	<50000	1,077	0,748	465	11	39	5:14%	4:12%	8:10%	35	5,7	0,4			10,7	26,1	99,7	1,0	78,5	0,8	40,5	0,4					
Gotha/Ohrdruf	Gotha	<500	p	3080	<20000	0,963	0,799	370	8	31	5:18%	8:16%	6:14%	31	2,0	0,1			6,2	14,9	100,0	1,0	39,0	0,4	12,6	0,2					
Kreiskrankenhaus Greiz	Greiz	<500	ö	3108	<20000	0,967	0,814	320	10	28	5:19%	6:15%	8:9%	28	2,8	0,0			14,2	21,1	65,4	0,6	16,5	0,3	8,7	0,2					
Fachkrankenhaus f. Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen	Hildburghausen	<500	p	3136	<5000	0,837	0,983	33	2	4	1:79%	8:16%	3:2%		1,8	1,6			18,2	36,5	66,8	0,8	31,3	0,5	15,0	0,3					
Henneberg-Kliniken gGmbH	Hildburghausen	<500	ö	3088	<10000	0,903	0,841	279	8	25	6:23%	5:20%	8:9%	29	2,8	0,0			13,7	16,6	85,6	1,0	29,7	0,6	12,9	0,3					
Universitätsklinikum Jena	Jena	>1000	ö	3079	>50000	1,499	0,665	529	17	55	5:14%	8:9%	1:8%	42	7,5	2,5			34,4	61,1	100,0	1,0	58,2	0,5	42,1	0,4					
St.-Elisabeth-Krankenhaus Fachkrankenhaus für Genatrie	Lengsfeld u. Stein	<50	fg	3088	<5000	1,953	0,992	21	1	2	8:52%	1:22%	5:14%		0,2	2,8			34,3	42,2	100,0	1,0	19,8	0,5	15,2	0,4					
Fachkrankenhaus für Dermatologie Schloss Friedensburg GmbH	Leutenberg	<50	ö											0,0	100,0	B															
Geriatrische Fachklinik Georgenhausen Meiningen	Meiningen	<200	fg	3090	<5000	1,876	0,992	21	1	2	8:51%	1:30%	5:12%		0,1	4,8			33,3	46,7	50,4	0,9	40,4	0,7	19,3	0,4					
Klinikum Meiningen GmbH	Meiningen	<1000	p	3071	<50000	1,224	0,762	426	13	39	8:16%	5:15%	6:12%	42	3,3	0,9			20,7	30,1	99,4	1,0	71,6	0,7	23,4	0,3					
Ökumenisches Heinrichsklinikum gGmbH	Mühlhausen	<1000	fg	2903	<5000	0,804	0,980	27	2	4	1:82%	19:6%	5:4%		1,0	0,3			20,9	33,9	100,0	1,0	46,8	0,7	14,2	0,3					
Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen	Neustadt	<50	fg	3135	<5000	0,998	0,987	28	1	2	4:90%	5:5%	-1:3%	3	0,6	8,2			37,9	59,5	34,2	0,8	34,2	0,8	20,3	0,5					
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH	Nordhausen	<1000	ö	3062	<50000	1,087	0,741	502	11	39	5:14%	6:11%	8:10%	37	3,1	0,4	P		14,6	26,8	90,1	0,9	79,0	0,9	43,6	0,6					
Eichsfeldklinikum gGmbH	Reifenstein	<500	fg	3125	<20000	0,866	0,836	359	7	22	5:19%	6:18%	11:9%	31	1,3	0,4			25,6	26,2	100,0	1,0	77,1	0,9	39,1	0,4					

Krankenhausname	Ort	Betten	Träger	Z-Baxger	Case-mix	CMI	Spez. Gini	Anz. Basis-DRG	Leistungsdichte Basis-DRG		TOP 3 MDC			Part. in %	Budget-Anteile			Bes. Leist.	Not-fall	AOK-Patientenwege (PKW-KW)		Regionale DRG-Marktanteile und -konzentration im Umkreis								
									25%	50%	1:19%	8:77%	1:19%		5:3%	O	ZE			SE	B	P	Med	oQ	10KM		20KM		30KM	
																									Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI	Marktanteil	HHI
Kreiskrankenhaus Ronneburg	Ronneburg	<200	ö	3109	<5000	1,864	0,996	15	1	1	8:77%	1:19%	5:3%	0,0	1,1			21,2	31,2	46,1	0,9	39,6	0,8	14,1	0,3					
Thüringen Kliniken „Georgius Agricola“ GmbH	Saalfeld	<1000	ö	3079	<50000	1,080	0,776	431	10	35	5:17%	6:16%	8:15%	33	1,5	0,5		19,9	25,8	100,0	1,0	96,9	1,0	49,2	0,6					
Kreiskrankenhaus Schleiz	Schleiz	<200	ö	3115	<5000	0,835	0,865	212	7	21	5:18%	8:14%	6:13%	25	1,7	0,0		17,8	23,7	100,0	1,0	100,0	1,0	15,6	0,4					
Elisabeth Klinikum Schmalkalden GmbH	Schmalkalden	<200	ö	3088	<10000	0,881	0,850	235	8	26	5:22%	6:16%	8:14%	26	2,9	0,0		10,0	15,2	100,0	1,0	17,2	0,3	9,6	0,2					
Kreiskrankenhaus Sonneberg und Neuhaus GmbH	Sonneberg	<500	ö	3101	<20000	0,980	0,821	303	9	29	5:22%	8:15%	6:14%	32	1,6	5,2		13,8	25,2	86,8	0,8	31,2	0,4	25,1	0,3					
ASKLEPIOS Fachklinik Stadtroda	Stadtroda	<500	p	3105	<5000	0,869	0,982	38	1	3	1:84%	8:7%	10:2%		2,4	34,0	P	32,0	57,4	100,0	1,0	15,8	0,7	8,8	0,3					
SBH Zentralklinikum Suhl GmbH	Suhl	<1000	p	3078	<50000	1,037	0,738	421	12	43	5:14%	3:10%	6:10%	40	4,1	0,4		14,0	32,1	100,0	1,0	71,3	0,7	40,1	0,4					
KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH	Sülzhayn	<50	p											0,0	100,0	B														
Rheumaklinik Weißenburg	Uhlstädt-Kirchhasel	<50	p	3080	<5000	1,092	0,991	13	1	2	8:91%	1:9%			4,8	0,0		47,8	67,1	100,0	1,0	42,2	0,5	15,6	0,3					
Sophien- und Hufeiland Klinikum GmbH	Weimar	<1000	fg	3095	<20000	0,911	0,824	375	7	25	1:16%	8:12%	5:12%	29	2,6	0,1		9,1	25,2	50,9	0,7	21,3	0,4	11,6	0,2					

Der Krankenhaus-Report 2015 im Internet

Alle Tabellen und Abbildungen des Krankenhaus-Reports 2015 stehen im Krankenhaus-Report-Internetportal unter der Adresse <http://www.krankenhaus-report-online.de> zur Verfügung und können unter Berücksichtigung des Copyrights heruntergeladen und in eigene Arbeiten übernommen werden. Mit den Daten können eigene Berechnungen durchgeführt werden.

Registrierung:

Gehen Sie bitte auf die oben genannte Internetseite und lassen Sie sich – falls noch nicht geschehen – registrieren. Folgen Sie dem Link: „Dann registrieren Sie sich [hier]!“. Nach dem Klick öffnet sich ein Formular zur Registrierung. Bitte füllen Sie die mit einem Stern markierten Pflichtfelder aus und klicken Sie dann unten auf den Button „absenden“. Sobald Ihre Angaben vom Schattauer Verlag überprüft wurden, erhalten Sie per E-Mail die Zugangsberechtigung zum Internetportal. Jetzt können Sie sich anmelden und den vorn in der Innenseite des Buchumschlags eingedruckten Code eingeben und die unten aufgeführten Materialien herunterladen.

Sollten Sie schon im Internetportal des Krankenhaus-Reports registriert sein, so müssen Sie sich nicht erneut registrieren. Geben Sie nach dem Einloggen nur den Code für den Krankenhaus-Report 2015 zusätzlich ein und Sie erhalten dann Zugang zu den Daten.

Im Internetportal zum Krankenhaus-Report 2015 finden Sie:

- Inhaltsverzeichnis
- Zusammenfassungen der Beiträge (deutsch/englisch)
- alle Abbildungen im EPS-Format
- alle Tabellen im XLS-Format
- das Krankenhaus-Directory 2013 mit erweiterten Informationen im PDF-Format
- die Krankenhauspolitische Chronik 2001 bis 7/2014

Zusätzlich zum Buch finden Sie im Internetportal:

- Inhaltsverzeichnisse der Krankenhaus-Reporte 1993 bis 2014
- Zusammenfassungen der Krankenhaus-Reporte 1997 bis 2014

Ergänzende Tabellen zu Kapitel 7, 20, 21 und 22:

Kapitel 7

- Tabelle 7-a: G-DRG 2012, die nach VUD-Definition überwiegend der Maximalversorgung zuzuordnen sind
- Tabelle 7-b: G-DRG 2012, die nach VUD-Definition überwiegend der Grund- und Regelversorgung zuzuordnen sind

Kapitel 20

- Tabelle 20-a: Zentrale Indikatoren der Krankenhäuser für 2002–2012
- Tabelle 20-b: Bettendichte im Ländervergleich 2002 und 2012

Tabelle 20–c: Personal nach Trägerschaft 2012

Tabelle 20–d: Krankenhäuser nach Trägerschaft 1991 bis 2012

Kapitel 21

Tabelle 21–a: Patienten nach Krankheitsklasse und Wohnort je 100 000 Einwohner 2012 – rohe Rate –

Kapitel 22

Tabelle 22–a: Ausgewählte Hauptdiagnosen und ihre zehn häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2012

Tabelle 22–b: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2012 – insgesamt –

Tabelle 22–c: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2012 – männlich –

Tabelle 22–d: Die 50 häufigsten Nebendiagnosen der Krankenhauspatienten 2012 – weiblich –

Tabelle 22–e: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – insgesamt –

Tabelle 22–f: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – männlich –

Tabelle 22–g: Die 50 häufigsten Operationen (Dreisteller) – weiblich –

Tabelle 22–h: Die Operationen mit den größten Veränderungen von 2011 auf 2012 (Dreisteller)

Tabelle 22–i: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – insgesamt –

Tabelle 22–j: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – männlich –

Tabelle 22–k: Die 50 häufigsten Operationen (Viersteller) – weiblich –

Tabelle 22–l: Die Operationen mit den größten Veränderungen von 2011 auf 2012 (Viersteller)

Tabelle 22–m: Fallpauschalen nach MDCs und Bundesländern

Tabelle 22–n: Casemix nach MDCs und Bundesländern

Tabelle 22–o: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – insgesamt –

Tabelle 22–p: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – männlich –

Tabelle 22–q: Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen – weiblich –

Krankenhaus-Directory (Kapitel 23)

Die Internetversion enthält die folgenden zusätzlichen Spalten:

CMI Abw. Land	Vergleich zwischen dem individuellen CMI und dem entsprechenden Landeswert
Leistungsdichte Basis-DRG 75 %	Gibt an, mit wie vielen Basis-DRGs 75 % aller Leistungen eines Hauses erbracht werden

TOP 5 MDC	Weist die fünf stärksten MDCs mit ihrer Nummer und ihrem Prozentanteil an allen DRG-Leistungen aus (im Buch sind nur die drei stärksten MDC ausgewiesen)
Partitionen A und M in %	A = andere und M = medizinische Partition
Besondere Leistungen Spalten N und H	N = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden H = hochspezialisierte Leistungen
QSR-Behandlungsergebnisse:	Weist jeweils Fälle und Ergebnis der Qualitätsbewertung aus
– Hüftendoprothese	
– Oberschenkelfraktur	
– Knie-TEP	
– Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen	
– Perkutane Koronarintervention (PCI)	

Informationen zum Krankenhaus-Report finden Sie auch unter <http://www.wido.de/khreport.html>.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
e. V. (RWI), Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen

Dr. Boris Augurzky studierte Volkswirtschaftslehre und Mathematik an der Universität Heidelberg. 2001–2003 war er als Berater bei der Boston Consulting Group tätig. Seit 2003 ist er Leiter des Bereichs Gesundheit am RWI. Seine Forschungsinteressen gelten angewandten ökonomischen Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsökonomie. Ein Fokus seiner Arbeit liegt auf dem stationären Gesundheitssektor, u. a. ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers
Hochschule Fresenius München, Infanteriestraße 11a,
80797 München

Jahrgang 1979. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 2004–2009 zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter, dann Bereichsleiter für stationäre Versorgung am Institut für Gesundheitsökonomik in München, Prof. Dr. G. Neubauer. Promotion an der Universität der Bundeswehr München. Seit 2010 Studiendekan für Gesundheitsökonomik an der Hochschule Fresenius in München. März 2011 Berufung zum Professor an der Hochschule Fresenius durch das Hessische Kultusministerium.



Dr. med. Alexandra Biermann, MPH
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Humanmedizin an der FU Berlin, 2004 Promotion an der Charité. Seit 2006 Fachärztin für Neurologie. Von 1997 bis 2011 als Ärztin in verschiedenen neurochirurgischen, neurologischen und psychiatrischen Kliniken tätig. 2013 Abschluss als Master of Public Health. Seit 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im QSR-Verfahren beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig.



Ute Bölt
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit,
Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198,
53117 Bonn

Geboren 1959. Diplom-Verwaltungswirtin (FH). Seit 1978 Beamtin des Landschaftsverbandes Rheinland. 1992 Wechsel in das Bundesministerium des Innern, Abteilung Öffentlicher Dienst. Federführende Erstellung des Ersten Versorgungsberichts der Bundesregierung zur Prognose der künftigen Entwicklung der Versorgungskosten. Seit 1999 Mitarbeiterin des Statistischen Bundesamtes in der Gruppe Gesundheit. Schwerpunkt: Methodische Weiterentwicklung der Krankenhausstatistik.



Prof. Dr. med. Johannes Bruns
Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Kuno-Fischer-Straße 8,
14057 Berlin

1984 Erhalt des Staatsexamens in Mathematik und Sportwissenschaften. 12/1987–3/1990 Mitarbeiter im Deutschen Bundestag. 1993 Approbation als Arzt der Humanmedizin. 12/1992–11/1993 Tätigkeit an der Abteilung für Chirurgie und 12/1993–06/1998 an der Abteilung für Unfallchirurgie der Universität Bonn. 1998 Facharzt für Chirurgie. 1999–2006 Leiter der Abteilung für medizinische Grundsatzfragen/Leistungen beim Verband der Angestellten Krankenkasse e. V. (VdAK). Seit 10/2006 Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft.



Dirk Bürger

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Seit 03/2010 Referent für Gesundheitspolitik beim AOK-Bundesverband, Stabsbereich Politik und Unternehmensentwicklung. 11/2009–02/2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Büroleiter des Bundestagsabgeordneten Rudolf Henke, CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Mitglied des Gesundheitsausschusses. 01/2001–10/2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Büroleiter des Bundestagsabgeordneten und stellvertretenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Dr. med. Hans Georg Faust. 10/1986–12/2000 Fachkrankenschwefler in der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin des Marienhospitals in Bottrop/NRW.



Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH, FFPH

Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen/ Dpt. Health Care Management – WHO Collaborating Centre for Health Systems, Research and Management, Technische Universität Berlin, H 80, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Geboren 1963. Lehrstuhlinhaber für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. 1999 Habilitation für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Assoziierter Leiter für Forschungspolitik des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und Leiter des Berliner Zentrums. Zahlreiche Ämter, u. a. seit 2006 Dekan der Fakultät VII „Wirtschaft und Management“ der TU Berlin sowie 2007–2008 Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich und das Spannungsfeld zwischen Markt und Regulation sowie Health Technology Assessment (HTA).



Dr. med. Werner de Cruppé
Institut für Gesundheitssystemforschung,
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Studium der Medizin in Bonn und Heidelberg mit anschließender internistisch-hausärztlicher und psychosomatischer Facharztausbildung. Studium der Gesundheitswissenschaften und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Public Health der Universität Düsseldorf. Seit 2008 Mitarbeiter am Institut für Gesundheitssystemforschung mit Arbeitsschwerpunkten im Bereich Qualitätsforschung und patientenorientierter Informationsbedarf.



Jörg Friedrich
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Sozialwissenschaften in Hannover. 1996–1999 Stabsstelle der Pflegedienstleitung des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzen. 1999–2002 Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation des AOK-Bundesverbandes. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Seit 2006 Leiter des Forschungsbereichs Krankenhaus.



Patrick Garre
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Von 1998 bis 2005 Referent der Geschäftsführung der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. In dieser Position auch verantwortlich für den Bereich Gesundheitspolitik. Im Anschluss daran bis 2011 als Projektleiter bei der AOK-Consult tätig. Schwerpunkt der Berater Tätigkeit war der Krankenhausbereich. Seit 2012 Referent für Gesundheitspolitik und Entgeltsysteme im Krankenhaus beim AOK-Bundesverband.



Dr. rer. oec. Alexander Geissler

Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Geboren 1979. Studium des Wirtschaftsingenieurwesens u. a. mit den Schwerpunkten Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, Diplom 2008. Promotion mit dem Schwerpunkt Vergleich international eingesetzter Krankenhausvergütungs- und Patientenklassifikationssysteme, 2013. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssystemvergleiche, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung mit Fokus auf den stationären Sektor.



Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. san.

**Institut für Gesundheitssystemforschung,
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH,
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten**

Geboren 1962. Studium der Medizin in Marburg und der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin in Düsseldorf. Ärztliche Tätigkeit am Universitätsklinikum Marburg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen. DFG-Forschungsstipendium und Postdoctoral Fellowship „Health Services Research“ am Institute for Health Policy Studies der University of California, San Francisco. Habilitation für das Fach Gesundheitssystemforschung an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 2000–2008 Professur für Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seit 2009 Lehrstuhlinhaber für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke.



Dr. med. Matthias Giebner, M. Sc.
Falck Danmark, Falck-huset, Polititorvet,
DK-1780 Copenhagen V

Medizinstudium und Ausbildung zum Anästhesisten in Deutschland; seit 1988 als Notarzt im Rettungsdienst und in der Luftrettung tätig; seit 1997 in Dänemark als Oberarzt, Leitender Oberarzt und als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst tätig; seit 2009 Ärztlicher Direktor bei Falck Danmark A/S.



Andreas Gmeiner
IfG München, Nixenweg 2b, 81739 München

Andreas Gmeiner, Jahrgang 1984, studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Regensburg und der Universität Maastricht. Er ist seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Consultant am Institut für Gesundheitsökonomik in München (IfG München). Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte: Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheitsversorgung, Versorgungsforschung.



Dr. med. Holger Haas
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Zentrum für
Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin,
Bonner Talweg 4–6, 53113 Bonn

Studium der Humanmedizin, 1992 Promotion. Tätigkeit am Krankenhaus Heilbronn und an den Universitätskliniken Bonn und Gießen. Facharzt für Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, sowie für Orthopädie und Unfallchirurgie. 2001 Kontaktstudium Gesundheitsökonomie an der European Business School. Seit 2006 Chefarzt des Zentrums für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus in Bonn. Mitgliedschaften in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und im Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie im Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU). Seit 2007 Mitarbeit bei der Entwicklung des EndoCert-Projekts der DGOOC, zuletzt als Leiter der Zertifizierungskommission des Verfahrens. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung und Endoprothetik.



PD Dr. med. Günther Heller
**AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen**

Geboren 1962. Studium der Medizin und Soziologie in Mannheim, Berlin, Frankfurt und Heidelberg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent am Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin der Universität Marburg. Von 2002–2010 im Wissenschaftlichen Institut der AOK tätig. 2006 Habilitation am Fachbereich Humanmedizin der Universität Marburg. Seit August 2010 Mitarbeiter des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsforschung im Gesundheitswesen.



Ralf Heyder
**Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD),
Alt-Moabit 96, 10559 Berlin**

Ralf Heyder studierte Politische Ökonomie. Die berufliche Laufbahn des Diplom-Politikwissenschaftlers umfasste u. a. Stationen in der Unternehmensberatung, dem Deutschen Bundestag und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Seit September 2006 koordiniert Herr Heyder beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) in leitender Funktion die Verbandsarbeit. Zum 1. Juli 2013 hat er dort das Amt des Generalsekretärs übernommen. Er ist zudem Mitglied des Präsidiums der Deutschen Krankenhausgesellschaft.



Theresa Huke, B. A.
**Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
(ISHME), Otto-von-Guericke-Universität,
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg**

Theresa Huke absolvierte 2009 das Studium Public Health B.A. mit dem Schwerpunkt Gesundheitsplanung und -management an der Universität Bremen. 2008 arbeitete sie als Hilfskraft am Lehrstuhl für Gesundheitsprävention und -förderung. Praxissemester bei Güse MediConsult und Abschlussarbeit zum Thema Belegungsmanagement in Akutkrankenhäusern. Seit 2009 Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und seit 2011 Doktorandin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie zum Thema Stationäre Notfallversorgung in Sachsen-Anhalt.



Dr. med. Alexander Kirstein
G.A.R.D. Gesellschaften für Ambulanz und Rettungsdienst,
Holstenhofweg 47b, 22043 Hamburg

Alexander Kirstein ist seit 1. August 2013 Vorsitzender der Geschäftsführung der Falck Rettungsdienst GmbH, Deutschlands größtem privatem Rettungsunternehmen. Zuvor war er acht Jahre als Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf tätig. Von 1993 bis 2004 arbeitete er als Berater und Geschäftsführer bei der Boston Consulting Group mit Schwerpunkt auf Klienten in der Gesundheitswirtschaft. Erste berufliche Erfahrungen sammelte der promovierte Mediziner im Medical Marketing bei Boehringer Mannheim.



Jürgen Klauber
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1961. Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). 1992–1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WiDO, 1997–1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband, ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WiDO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.



Stefanie Konheiser
AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen

Jahrgang 1983. Studium der Sozialwissenschaften (Dipl.) und Ernährungswissenschaften (M. Sc.) an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in der Abteilung „Daten, Analysen, Risikoadjustierung & Evaluation“. Tätigkeiten im AQUA-Institut: Betreuung der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin, Mitarbeit am NICU-Projekt, Auswertung von Qualitätssicherungs- bzw. Routinedaten im Rahmen der Versorgungsforschung.



Franz Krause
GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld. Danach Tätigkeiten als Entwicklungshelfer in Tansania und als Sozialplaner bei der Stadt Bielefeld. Studium der Gesundheitswissenschaften in Bielefeld. Anschließend Koordination der gesundheitlichen Versorgung in der Stadt Duisburg. 1999 bis 2008 Referent im Bereich Vertragsanalyse beim BKK-Bundesverband. Seitdem in gleicher Position beim GKV-Spitzenverband.



Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Geboren 1957. Studium der Physik und der Volkswirtschaftslehre in Aachen und Kiel. 1986 bis 1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie Promotion über Risikostrukturausgleich. Seit 1990 Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependance des AOK-Bundesverbandes) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). Projektleiter des AOK-Hausarztmodells und 1998 bis 2004 Leiter der Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband, seit 2005 Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit. Seit 2008 Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



Dr. rer. pol. Gregor Leclerque
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geboren 1970. Studium der Volkswirtschaftslehre. 1997–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Verteilungs- und Sozialpolitik, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Promotion zum Thema „Arbeitnehmervertretungen in Japan“. 2003–2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt am Main. Seit Jahresbeginn 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Krankenhaus des WIdO.



Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Humanmedizin in Berlin und Frankfurt am Main. Seit 1997 im AOK-Bundesverband tätig, dort bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement beschäftigt, dann Wechsel in das Referat Krankenhäuser und spätere Übernahme der Referatsleitung. Seit Januar 2007 Abteilungsleiter Stationäre Einrichtungen/Rehabilitation.



Jochen Metzner

**Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,
Referat Krankenhausversorgung, Gesundheits- und
Krankenpflege, Dostojewskistraße 4, 65189 Wiesbaden**

Jurist, nach 2. Staatsexamen ab 1983 in der Hessischen Versorgungsverwaltung, zuletzt als Justitiar im Versorgungsamt Frankfurt, ab 2000 im Hessischen Sozialministerium im Justitiariat der Gesundheitsabteilung, seit 2007 Leiter des Referats Krankenhausversorgung.



Prof. Dr. med. Dr. med. Wolfram Mittelmeier

**Universität Rostock, Orthopädische Klinik und Poliklinik,
Doberaner Straße 14, 18057 Rostock**

Studium der Humanmedizin, 1992 Promotion, 1999 Habilitation. 1988–1994 Assistenzarzt in Homburg/Saar, Erlangen und Lübeck. 1996–2003 Leitender Oberarzt an der Medizinischen Universität Lübeck und der TU München. 2003 Komm. Direktor und 2004 Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität Rostock. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Zusatzbezeichnungen: Spezielle Orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Rheumaorthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rettungsdienst, Strahlenschutz, Sonographie Säuglingshüfte und Bewegungsapparat. 2005 Vorstandsmitglied und 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). 2008 Vorstandsmitglied und 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). 2012 Mitglied des Vorstands und Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh). Forschungsschwerpunkte: Biomaterialien und regenerative Medizin/Biomechanik, Worse-Case-Simulationen, klinisches Qualitätsmanagement.



Carina Mostert

**Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31,
10178 Berlin**

Geboren 1986. Studium an den Universitäten Bielefeld und Duisburg-Essen. Masterabschluss im Jahr 2012 im Studiengang Medizinmanagement. 2009–2011 wissenschaftliche Hilfskraft beim Rheinisch-Westfälischen-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Krankenhaus des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO).



Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer
IfG München, Nixenweg 2b, 81739 München

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer lehrte von 1976 bis 2006 an der Universität der Bundeswehr München mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomik und ist Direktor des wissenschaftlichen Beratungsinstituts für Gesundheitsökonomik (IfG). Er war von 1986 bis 1990 Mitglied der Enquete Kommission „Reform der GKV“ des Deutschen Bundestages und von 1990 bis 1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Er ist Mitglied in mehreren Beratungs- und Aufsichtsgremien, Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses für Zahnärzte, Vorstand von Health Care Bayern e. V. und Mitglied des gesundheitsökonomischen Beirates der Bundesärztekammer.



Dr. rer. medic. Natalie Pomorin
**Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen**

Studium der Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Medizinmanagement und dem Abschluss Diplom-Kauffrau an der Universität Essen. Seit 2005 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2008 Leiterin der Arbeitsbereiche „Management von Gesundheitseinrichtungen“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Anfang 2012 Promotion zum Thema: Ökonomische Wirksamkeitsbewertung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung in der IT-Branche am Beispiel des BMBF-geförderten Forschungsprojektes „PräKoNet“.



Dipl.-Ges.oec. Antonius Reifferscheid
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen

Studium der Gesundheitsökonomie mit dem Schwerpunkt Unternehmensentwicklung und Organisation an der Universität zu Köln. Anschließend Tätigkeit bei der Sana Kliniken AG als Referent der Stabstelle Medizinstrategie und Mitarbeiter Sana Consulting. 2010-2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Dienstleistungsmanagement und Handel der Universität Duisburg-Essen. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Arbeitsbereich „Management von Gesundheitseinrichtungen“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.



Florian Rinsche
JP Gesundheitsmanagement, Rechts- und Wirtschafts-
wissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth,
95440 Bayreuth

Studium der Gesundheitsökonomie (Bachelor und Master) an der Universität Bayreuth. Davor Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Während des Studiums Studentische Hilfskraft am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, Praktikum bei Oberender & Partner – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen; seitdem dort auch Werkstudent. Studentische Tätigkeit an der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie. Seit Mai 2014 Studentische Hilfskraft an der Juniorprofessur Gesundheitsmanagement, Universität Bayreuth.



Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISHME), Otto-von-Guericke-Universität, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Geboren 1950. Studium der Medizin in Hannover und der öffentlichen Gesundheitspflege in Jerusalem. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Köln. Habilitation für Epidemiologie und Sozialmedizin, seit 1992 Institutsdirektor in Magdeburg.



Torsten Schelhase
Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit, Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198, 53117 Bonn

Geboren 1970. Studium der Geografie mit Schwerpunkten Wirtschafts- und Sozialgeografie in Bayreuth und Bonn. 2002–2003 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bereich Bedarfsplanung. Seit 2003 Mitarbeiter im Statistischen Bundesamt, seit 2005 Leiter des Referats Gesundheitsstatistiken.



Dr. rer. oec. David Scheller-Kreinsen
GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Geboren 1982. Studium Public Policy (MPP) sowie Industrial Relations and Human Resource Management (Bsc) in London (London School of Economics), Berlin (Hertie School of Governance) und Washington DC (Georgetown University). 2008 bis 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Promotion am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin. Managing Editor der Zeitschrift Health Policy 2011 bis 2012 sowie Guest Editor der Zeitschrift Health Economics 2011. Seit 2012 Referent in der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband.



Birgit Schliemann
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Betriebswirtschaft und Gesundheitswissenschaften. Mehrjährige Tätigkeit in der Wissenschaft, Industrie und verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Seit 2001 im AOK-System, seit 2008 in der Abteilung Ambulante Versorgung des AOK-Bundesverbandes, zuletzt als Referatsleiterin Verträge. In dieser Funktion seit 2009 Mitglied in verschiedenen Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses.



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Schmid
JP Gesundheitsmanagement, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth, 95440 Bayreuth

Inhaber der Juniorprofessur Gesundheitsmanagement an der Universität Bayreuth. Nach seinem Studium der Gesundheitsökonomie mit längeren Auslandsaufenthalten in den USA (University of North Carolina in Chapel Hill) und England (Leeds Teaching Hospitals NHS Trust) folgte die Promotion zu Konsolidierungs- und Konzentrationsprozessen im Krankenhaussektor bei Prof. Dr. Volker Ulrich. Sein primäres Forschungsinteresse gilt Krankenhausmärkten sowie der Koordination und Kooperation von Leistungserbringern.



Karl-Heinz Schönbach
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Diplom Volkswirt. Geb. 1954 in Wuppertal. Seit 2008 Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband. Herausgeber der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik. Vor Tätigkeiten in der Krankenversicherung Leiter der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn. Veröffentlichungsschwerpunkte: Versorgungssysteme und Wettbewerb im Gesundheitswesen.



Susanne Sollmann

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986–1988 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 Lektorat und Redaktion des Krankenhaus-Reports.



Jutta Spindler

**Statistisches Bundesamt, Gruppe VIII A Gesundheit,
Zweigstelle Bonn, Graurheindorfer Straße 198,
53117 Bonn**

Jahrgang 1965. Studium der Sozialwissenschaften mit den Schwerpunkten Empirische Sozialforschung und Sozialstrukturanalyse in Duisburg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin u. a. an den Universitäten Köln und Duisburg in berufs- und medizinsoziologischen Forschungsprojekten und Leitung der Geschäftsstelle eines Modellprojekts zur Verbesserung regionaler Ausbildungschancen von Jugendlichen. Seit 2002 im Statistischen Bundesamt zunächst in der Gruppe Mikrozensus, seit 2006 in der Gruppe Gesundheit zuständig für die Organisation und Koordination im Bereich der Gesundheitsstatistiken sowie für die konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung der Statistiken.



Dominik Thomas, M. A.
**Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen**

Bachelor- und Masterstudium im Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Seit 2008 Tätigkeit am Lehrstuhl für Medizinmanagement, zunächst als wissenschaftliche Hilfskraft in den Schwerpunktbereichen Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung; später als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Teil der Arbeitsgruppenleitung der Bereiche „Management von Gesundheitseinrichtungen“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“.



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem
**Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-
management, Schützenbahn 70, 45127 Essen**

Diplom-Volkswirt. 1985–1989 Referententätigkeit im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1991–1994 Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. 1989–1991 und 1994–1997 Fachhochschule Köln. 1997–1999 Universität München. 1999–2003 Universität Greifswald. Seit 2003 Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. 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.



Dr. med. Simone Wesselmann, MBA
**Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Kuno-Fischer-Straße 8,
14057 Berlin**

Seit Januar 2008 Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. 2005–2007 Weiterbildungsstudiengang MBA Health Care Management an der Universität Bayreuth. 2003 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1998–2006 klinische Arbeit im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe. November 1998 Verleihung des Doktorgrades der Medizin. 1997–1998 Tätigkeit am Oxford Radcliffe Hospital, Oxford, England. 1991–1998 Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität in Göttingen.

Dr. med. Cornelia Winten
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,
Referat Qualitätssicherung und Patientensicherheit,
Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden

Dr. med. Cornelia Winten leitet das Referat „Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Studium der Medizin und Promotion im Fach Pädiatrie an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Klinische Tätigkeiten in der Pädiatrie und der Inneren Medizin an der Goethe-Universitätsklinik Frankfurt am Main. Berufsbegleitendes Studium der Krankenhausbetriebswirtschaft an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie in Wiesbaden. Leitung Medizincontrolling am Krankenhaus Nordwest und Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt, Leitung Medizincontrolling und Erlösmanagement an den Lahn-Dill-Kliniken. Tätigkeiten in der Hessischen Krankenhausgesellschaft und als Referentin im Referat Krankenhausversorgung im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.



Prof. Dr. med. Stefan Wirth
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für
Gesundheit, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Prof. Dr. med. Stefan Wirth studierte Humanmedizin an den Universitäten Freiburg, Mainz und Bern. Die Facharztweiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin erfolgte an der Universitätskinderklinik in Mainz, wo er auch als Oberarzt tätig war und sich 1993 habilitierte. Seit Ende 1996 ist er Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am HELIOS Klinikum Wuppertal, Klinikum der Universität Witten/Herdecke. Von 2001 bis 2011 war er stellvertretender ärztlicher Direktor und von 2002 bis 2007 Prodekan für Forschung in der Fakultät für Medizin. Seit November 2011 ist er Dekan der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke.

This page intentionally left blank

Index

A

Akutversorgung 5, 61, 335
Ambulantisierung 8–9, 226–228, 232
Anfahrtsweg 107, 148–150, 153–154,
156
Ärztmangel 5, 85, 215, 231

B

Bedarfsnotwendigkeit 17, 20, 187–188,
193, 208, 224–225
Bedarfsplanung 211–234
Beitragsschuldengesetz 303, 306–307,
320
Betriebskosten 4, 176, 221, 237–238,
248
Bettenauslastung 6, 23–24, 27, 34, 36–
38, 198, 228, 272, 296, 327, 335, 338,
342
Brustkrebszentren 123, 143, 145, 148–
153, 158
Budgetentwicklung 303–304, 306,
320
Bundesgesundheitsminister 285, 290,
292, 294

C

Casemix 7, 27, 102–103, 160, 309, 389–
390, 415–417, 420, 426

D

Daseinsvorsorge 211–213, 222, 228

E

Einzugsgebiete 104–105
Endoprothesen 128–137
– Register 129, 138

Ergebnisqualität 86, 127–128, 132–133,
137, 140, 161–162, 166, 180, 192,
250, 262, 264–266, 277
Erreichbarkeit 5, 8–10, 23–39, 50, 86,
91, 104, 119–120, 147–150, 154–157,
188, 194–197, 203–205, 208–209,
216–217, 224, 233
Erstversorgung 10, 92

F

Fahrzeiten 23–38, 88, 95, 116, 120, 124,
194, 197, 205–206, 210
Fallzahlsteigerung 94, 160
Fehlversorgung 7, 177
Früh- und Neugeborene 209, 249–266,
279, 293, 298
Fusionen 5, 54, 189, 303

G

Grund- und Regelversorgung 90, 100,
102–104, 221
Grundversorger 24–33, 37–38, 92, 105,
188, 195–199, 216–217, 221, 228

H

Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) 44,
430
Hill-Burton-Formel 4, 18, 220
Hochleistungsmedizin 100, 103–104
Hygiene-Förderprogramm 299, 306–307

I

Investitionen 4–6, 13, 18–19, 181–184,
191, 222, 237–248, 290
– Bewertungsrelationen (IBR) 20–21,
240, 248, 290
– Finanzierung 4–6, 11, 14, 18, 21, 160,
172, 175, 186, 190–191, 213, 221, 247

Investitionen

- Förderung 4, 176, 178, 181, 183, 190, 222, 291
- Quote 181–182, 288
- Stau 4–5, 239

K

Kapazitätsplanung 13–14, 166

- Reserven 23–24, 38
- Steuerung 13–21

Katalogeffekte 310

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

- 25–27, 30, 34, 38, 62, 86, 94, 101, 147, 164, 195–196, 204, 289, 298, 304, 307, 321, 326, 352, 386, 389–391, 425, 429

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

- 4, 9, 19–22, 39, 75, 86, 111, 157, 159, 162–166, 171–172, 175, 181, 187, 190, 193–194, 209, 213, 220–222, 238, 248, 288–291, 297–298, 326–391

Kinder- und Jugendmedizin 70, 267–280

Krankenhaus

- Einweisungen 27, 61, 68, 70
- Hygiene 161, 290, 303, 307, 321
- Planung 3–5, 8, 10–12, 14–19, 21, 38–39, 77, 89, 91–92, 96, 99, 159–173, 175–186, 188–195, 211–234, 285, 288, 293, 338
- Reform 11, 24–25, 99, 159, 185, 188, 222, 288–289
- Schließungen 5, 43, 188–190
- Wahl 42, 115–119, 123–124, 183, 208

L

Landesbasisfallwerte 294, 304, 306, 420

Leistungsspektrum 16, 100, 104, 111–112, 278, 389, 427

M

Marktaustritte 59, 150, 187–208

- Hilfen 188, 193

Maximalversorgung 80, 90, 92, 94, 99–112, 132–134, 221

Mehrleistungsabschlag 306–308, 321

Mengenausweitung 7, 13, 316, 319

Mengenentwicklung 11, 75, 111, 187, 209–210, 228, 298, 303, 305, 311, 321

Mindestmengen 7, 21, 161, 180, 187–188, 192, 200–210, 265, 278, 293

- Regelungen 7, 200–201

N

Nachfragesteuerung 175, 178, 183–185

Nationaler Krebsplan (NKP) 140–141

Nationales Notaufnahmeregister 74

Neonatologie 249, 252–253, 260, 264–265, 269, 277–279

Notarzt 81–82

Notaufnahmen 73–74, 77, 79, 85–92, 95–96

Notfall 20, 43, 49, 61–76, 77–96, 104, 170, 224, 396, 429

- Anteil 63, 65–66, 68, 71, 73, 111

- Definition 71, 89, 92

- Kapazitäten 20

- Medizin 77, 89–96

- Raten 61, 63, 67

- Versorgung 20, 26, 38, 43, 56, 61–76, 77–96, 101, 111–112, 157, 166, 171, 222, 224, 226–228, 279, 286, 426, 429

P

Pädiatrie 8, 118, 267–281

pädiatrische Fachabteilungen 267, 271, 273, 275

Paramediziner 80, 82, 94

Patienten

- Perspektive 43, 71, 115, 200
- Sicherheit 8, 75, 134–135, 159, 161, 167, 169–171, 289, 291

- Wanderung 203, 386

- Wege 38, 49, 53, 58, 107, 120, 124, 148, 150, 429

Perinatalzentren 249, 252–264, 270

planbare Leistungen 201, 223, 285

Plankrankenhäuser 4, 183, 222

Privatisierung 178, 183, 190, 339

Prozessqualität 128, 132, 137, 180, 192
PsychEntgG 306–307, 320

Q

Qualitätssicherung mit Routinedaten
(QSR) 161, 249–266, 425, 430–431
Qualität
– Berichte 124, 161
– Indikatoren 7, 9, 57, 129, 135, 142,
251–253, 259, 264–265, 430
– Sicherung 83, 88, 93, 159, 161–162,
167–171, 195, 201, 222, 227–228,
232, 249, 253, 263–265, 289–293,
297, 430
– Standards 91–92
– Transparenz 265, 285, 293
– Wettbewerb 9, 160, 167, 224, 293

R

Rahmenplanung 9, 11, 15, 20, 221
Rationierung 6, 11–12
Restrukturierungsfonds (ReFo) 188,
193–195, 198–199
Rettungsdienst 71, 76, 77–96

S

sektorenübergreifend 11, 161, 211–212,
214, 227, 231, 292
Selektivverträge 9
Seltene Erkrankungen 108–112
Simulationen 149, 153, 169, 187–209,
265
Spezialfachärztliche Versorgung 214,
224, 227–228, 230
Spezialisierung 86, 95, 103–104, 109,
128, 134, 140, 200, 209, 223, 278,
293, 427
Struktur
– Bereinigung 23–24, 187–194, 208,
210
– Qualität 132, 161, 166, 180, 192,
224–225, 233, 278
– Reformen 113, 286

– Wandel 3, 10, 41–42, 73, 115–116,
124, 338

T

Therapiestandards 100

U

Über-, Unter- und Fehlversorgung 5,
176, 178
Überkapazitäten 6, 8, 23, 191, 193, 212,
222, 224, 288, 342
Überlebensrate 143, 265
Überversorgung 6, 12, 177, 194, 215,
234
Universitätsklinika 99–113, 180, 286,
290
Unterversorgung 5, 24, 164, 177, 188,
215, 226, 234

V

Versorgung
– Planung 113, 166, 178, 180, 212–214,
219, 222, 224, 227, 230, 233–234
– Qualität 10, 14, 58, 83, 85, 127–129,
134, 137, 156, 180, 249–252, 264,
291
– Strukturgesetz 215, 218–219
– Zuschlag 303–304, 308, 426
Vertragsfreiheit 183–184
Very Low Birth Weight Infants (VLBW)
249–266

W

Wettbewerb 12, 42–44, 175–176, 186,
224, 230–234, 430
wohnortnächstes Krankenhaus 45, 50–
51, 53

Z

Zentrale Notaufnahme (ZNA) 73–75,
77, 79

Zentralisierung 39, 41, 44, 57, 58, 90,
95, 140, 150, 157, 209, 427

Zentren 90, 96, 99, 101, 112–113, 127–
138, 139–147, 148–153–158, 218,
224, 226–227, 231, 249, 261, 270, 426

– Konzept 99, 113

– Zuschlag 99, 113

Zertifizierung 127–138, 142, 146–147,
149, 156

– Verfahren 130, 135, 137, 139, 141,
161

Zu- und Abschläge 304, 308

Zusatzentgelte 304, 316, 319–320, 429

Mit der Einführung der DRGs wurde die Leistungstransparenz erhöht und die Produktivität der Krankenhäuser gesteigert. Der parallel erwartete Strukturwandel ist jedoch weitgehend ausgeblieben. Krankenhausschließungen, Zentralisierung und Spezialisierung als marktwirtschaftliche Effekte erfolgten nur in überschaubarem Umfang. Aber auch von politischer Seite her blieben Bemühungen um einen Strukturwandel aus. Stattdessen steht die Krankenhausplanung wegen ihrer unzureichenden Gestaltungskraft und Mängeln in der Investitionsfinanzierung zunehmend in der Kritik. Ökonomische Parameter und Versorgungsindikatoren zeigen aber deutlich auf, dass ein Strukturwandel immer notwendiger wird.

Vor diesem Hintergrund analysiert der Krankenhaus-Report 2015 im Rahmen des Schwerpunktthemas »**Strukturwandel**« unter anderem:

- Planung von Versorgungskapazitäten in Deutschland und im internationalen Vergleich
- Fahrzeiten, Krankenhauserreichbarkeiten und -kapazitäten im regionalen Vergleich und im Zeitverlauf
- Organisation und Reformbedarf in der Notfallversorgung
- die Rolle der Universitätsmedizin in der regionalen und überregionalen Versorgung
- Strukturanforderungen aus Patientenperspektive
- Umsetzbarkeit qualitätsorientierter Versorgungsreformen, z. B. in der Onkologie
- ordnungspolitische Optionen für den zukünftigen Strukturwandel

Folgende aktuelle Themen werden **zur Diskussion** gestellt:

- Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen
- Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen
- Versorgung von Kindern im Krankenhaus

Der **Datenteil** umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes. Ergänzt werden diese Daten durch das **Krankenhaus-Directory** und die **Krankenhauspolitische Chronik**.

Das **Internetportal** zum Krankenhaus-Report enthält alle Abbildungen und Tabellen sowie die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000. Den Zugang zum Internetportal ermöglicht der im Buchumschlag eingedruckte Code.